LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE F. LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

SOIXANTE-DEUXIÈME ANNÉE

1889

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1889

N° 1. — MARDI 1er ET JEUDI 3 JANVIER 1889. 62e ANNÉE. MARDI 1er ET JEUDI 3 JANVIER 1889. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal; et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 2 janvier 1889.

L'année qui vient de s'écouler a vu le développement des « Revues générales » que nous avons inaugurées en 1887. Confiées à l'élite de notre nouvelle génération médicale, ces Revues n'ont pas tardé à prendre la place que nous avions entrevue pour elles dans le mouvement scientifique. Grâce aux soins si dévoués et si éclairés de MM. Mathieu et Ricard, nos lecteurs reçoivent, chaque semaine, une des questions à l'ordre du jour, mise complètement à son point.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur la liste des Revues générales, publiées en 1888, pour se rendre compte de leur valeur scientifique.

Médecine.

H. BARBIER. L'albuminurie dans la diphthérie. — P. BERBEZ. L'épilepsie jacksonnienne. — L'hystérie toxique. — CAYLA. Tuberculose du rein, ses rapports avec la tuberculose génito-urinaire. — Paul CHÉRON. L'hydrothérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde. — J. CUILLERET. Étude clinique sur l'entéroptose ou maladie de Glénard. — J.-B. DUPLAIX. Étude sur le purpura. — P. GALLOIS. Théories pathogéniques du rachitisme. — F. DE GRANDMAISON. La variole hémorrhagique. — G. GUINON. De la valeur séméiologique des réflexes tendineux. — E. JEANSELME. De l'insuffisance hépatique. — De l'ulcère de jambe; des lésions qui le précèdent et de celles qui le suivent. — E. LEFLAIVE. De l'asthme d'été. — A.-B. MARFAN. Dégénérescence amyloïde du rein. — Les pseudo-rhumatismes infectieux. — A. MARTHA. De la sclérose des artères. — A. MATHIEU. Les phénomènes cliniques de la dyspepsie gastrique. — Les phénomènes nervo moteurs de la dyspepsie gastrique. — A. MOREL-LAVALLÉE. Des formesgraves de la syphilis. Comment et pourquoi la syphilis peut être grave. Pronostic de la syphilis. — Traitement abortif de la syphilis. — J. PIGNOL. L'asystolie indépendante des lésions valvulaires. — P. RAYMOND. Les myopathies essentielles. — G.-H. ROGER. Fermentation et putréfaction intestinale. — A. ROUILLARD. Les pseudo-paralysies générales. — Les symptômes spinaux dans la paralysie générale des aliénés. — P. TISSIER. Des complications rénales de la scarlatine. — V. WALLICH. Des troubles musculaires consécutifs aux arthrites.

Chirurgie.

L. BEURNIER. Étude sur les ligaments ronds de l'utérus et sur leur raccourcissement (opération d'Alexander). — S. BONNET. Des kystes et abcès des glandes vulvo-vaginales. — A. BROCA et P. SEBILEAU. Chirurgie cranio-cérébrale; du trépan dans les traumatismes du crâne. — De l'intervention chirurgicale dans les maladies cérébrales. — A. CHIPAULT. Varices lymphatiques et lymphangiomes. — L. DEFONTAINE. Traitement chirurgical des abcès du foie. — H. DELAGENIÈRE. Des greffes cutanées et épidermiques dans le traitement des plaies ulcérées. — Étude critique des procédés modernes de cure radicale des hernies inguinales et crurales. — GUILLET. Des tumeurs solides du rein, leurs symptômes, leur traitement chirurgical. — N. HALLÉ. Thérapeutique utérine antiseptique. — H. HARTMANN. Du traitement chirurgical des pyélites. — P. MICHAUX. Des empyèmes chroniques avec fistule thoracique; de leur traitement chirurgical et particulièrement de l'opération d'Estlander. — E. OZENNE. Du traitement des tumeurs du corps thyroïde. — A. RICARD. De la section des os dans les résections articulaires : ostéotomie sous-périostée avec extraction consécutive de l'extrémité articulaire. — P. SEBILEAU. (Voir A. Broca.) — L. SECHEYRON. Le traitement chirurgical des myomes utérins. — VALAT. Traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipuncture. — F. VERCHÈRE. Contribution à l'étude du traitement de quelques fractures juxta-articulaires. — De la fièvre traumatique. — F. VILAR. Paralysie faciale et tétanos. Du tétanos céphalique avec paralysie faciale (tétanos dit céphalique ou hydrophobique de Rose).

Obstétrique.

A. AUVARD. Influence de la puerpéralité sur l'obésité.
DEMELIN. Du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Nous sommes heureux de faire remonter aux auteurs de ces « Revues générales » les félicitations qui nous sont parvenues, non seulement de notre cher pays de France, mais des points les plus éloignés du globe.

Et maintenant, après avoir payé ce juste tribut à l'un des éléments de notre prospérité, nous allons donner avec tous les développements qu'elle comporte, la réglementation de la nouvelle École du service de santé militaire. Aujourd'hui, tout le monde appartient à l'armée, et l'institution nouvelle de Lyon est d'un intérêt trop général, pour que nous ayons hésité à donner les divers documents d cette importante création.

Dr. E LE SOURD.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 25 décembre 1888.

Monsieur le Président,

En demandant au Parlement de reconstituer l'École du service de santé militaire, mes prédécesseurs avaient fait étudier la possibilité de l'organiser à Nancy, à Montpellier, à Bordeaux ou à Lyon, villes dont les municipalités s'engagaient à faire tous les sacrifices nécessaires. Au mois de juillet dernier, à l'occasion des offres émanées de Toulouse et de Marseille, j'ai repris cette étude; les plus minutieux détails de chacun de ses éléments ont été scrupuleusement examinés; les documents les plus complets ont été produits par les autorités civiles et militaires, par les doyens et directeurs des Facultés et Écoles de médecine, par les administrateurs des hôpitaux. Le directeur du service de santé de mon administration centrale, M. le médecin-inspecteur Dujardin-Beaumetz, a reconnu au cours de la double enquête qu'il a poursuivie que, nonobstant l'importance des ressources présentées par plusieurs de ces villes, malgré l'antique et légitime renom de la Faculté de Montpellier, la compétition devait finalement être restreinte entre Lyon et Bordeaux. Il a conclu que la prééminence était incontestablement acquise à Lyon.

J'ai voulu, M. le Président, avant de vous prier de statuer définitivement, recourir aux lumières du comité technique de santé, et j'ai envoyé à son examen le rapport précité, ainsi que tous les documents parvenus au ministère. Soit que le comité arrivât à mettre une ville au-dessus de toute autre, soit qu'il fût conduit à en placer deux sur le même rang, je lui demandais, vu la gravité des intérêts en jeu, d'appuyer sa décision sur des motifs certains, devant lesquels aucune contestation sérieuse ne pourrait s'élever.

Le comité en a délibéré dans les séances qu'il a successivement tenues du 17 octobre au 19 décembre. Dans les deux rapports qu'il m'a adressés le 29 novembre et le 20 décembre, son président, M. le médecin-inspecteur général L. Colin, déclare que Lyon l'emporte non seulement par l'installation matérielle de sa Faculté, la richesse de ses collections scientifiques, mais surtout et avant tout par l'immensité de ses ressources hospitalières et anatomiques; les ressources chirurgicales de l'Hôtel-Dieu sont telles que l'on peut se demander s'il existe une autre ville au monde qui possède, en un seul établissement, autant d'éléments d'une éducation chirurgicale complète. Ce point a d'autant plus d'importance que le médecin d'armée doit particulièrement diriger son éducation professionnelle vers la pratique chirurgicale dont il aura à faire la judicieuse application dans le service de guerre.

Sans doute l'installation de la Faculté de médecine de Bordeaux est grandiose, son enseignement est éminent, ses ressources hospitalières sont abondantes; le casernement offert par la municipalité, la possibilité de rapprocher l'hôpital militaire de ce casernement sont des conditions précieuses, et elles détermineraient mon choix si, à des avantages égaux, actuels ou certains dans un avenir peu éloigné, Lyon n'ajoutait les éléments d'enseignement pratique énumérés plus haut; ils ont paru, au jugement unanime des membres du comité technique de santé, devoir inévitablement déterminer le Gouvernement à choisir Lyon comme siège de la nouvelle École.

Si vous partagez cet avis, je vous prie, M. le Président, de vouloir bien revêtir de votre signature le décret ci-joint, qui règle en outre toutes les conditions d'organisation de cette École. J'ai eu soin, à cet égard, de m'entendre préalablement avec mon collègue de l'instruction publique.

Le ministre de la Guerre,

C. DE FREYCINET.

DÉCRET

Le Président de la République française,

Vu la loi du 24 juillet 1873;

Vu la loi du 13 mars 1875;

Vu la loi du 16 mars 1882;

Vu la loi du 14 décembre 1888;

Vu le décret du 15 juin 1880, sur le recrutement du corps de santé militaire;

Vu le décret du 1er octobre 1883, portant règlement sur le service de santé à l'intérieur et sur le service des troupes à l'intérieur;

Vu le décret du 22 novembre 1887, portant réorganisation de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires;

Vu les décrets des 20 juin 1878 et 23 juillet 1882, relatifs à l'obtention du grade de docteur en médecine;

Vu le décret du 28 décembre 1885, relatif à l'organisation des facultés et des écoles d'enseignement supérieur;

Vu le décret et l'arrêté du 31 mars 1887, relatifs au rétablissement du droit d'inscriptions dans les Facultés et dans les écoles d'enseignement supérieur de l'État;

Sur le rapport du ministre de la Guerre, le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts entendu,

Décrète :

TITRE PREMIER

INSTITUTION DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

ARTICLE PREMIER. — Il est créé à Lyon une École du service de santé militaire.

ART. 2. — Cette École est instituée près de la Faculté de médecine de Lyon. Elle a pour objet : 1° d'assurer le recrutement des médecins de l'armée; 2° de seconder les études universitaires des élèves du service de santé; et 3° de donner à des élèves l'éducation militaire jusqu'à leur passage à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce).

ART. 3. — Les élèves se recrutent parmi les étudiants en médecine, dans les conditions indiquées au titre II du présent décret. Ils reçoivent à l'École l'instruction définie au titre IV.

ART. 4. — Aucun élève ne peut être autorisé à redoubler une année d'étude, à moins que des circonstances graves ne lui aient occasionné une suspension forcée de travail pendant plus de deux mois.

ART. 5. — Tout élève qui aura subi, à un même examen de la Faculté ou de l'École, deux échecs successifs, est exclu de l'École. Le conseil de discipline donne son avis, le ministre statue.

ART. 6. — Sauf le cas où il en aurait été renvoyé pour indiscipline ou inconduite, l'élève qui a cessé de faire partie de l'École peut y être admis de nouveau par voie de concours, s'il remplit encore les conditions générales d'admission.

ART. 7. — Lorsque les élèves sont pourvus du diplôme de docteur en médecine et remplissent, du reste, les conditions déterminées par les décisions ministérielles, ils passent de droit à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce).

ART. 8. — Le jour où ils sont promus médecins aides-majors de deuxième classe, il leur est attribué cinq ans de service à titre d'études.

TITRE II

MODE ET CONDITIONS D'ADMISSION DES ÉLÈVES

Art. 9. — Nul n'est admis à l'École du service de santé que par voie de concours.

Le concours est public et a lieu tous les ans.

Le ministre de la Guerre en détermine les conditions; chaque année il en arrête le programme et en fixe l'époque.

L'arrêté du ministre est rendu public avant le 1er avril.

Le jury du concours est composé d'un médecin inspecteur, président, de deux médecins principaux ou médecins-majors de première classe et, s'il y a lieu, de membres appartenant à l'Université.

Le président et les membres du jury sont annuellement désignés par le ministre de la Guerre.

Art. 10. — Nul ne peut être admis au concours s'il n'a préalablement justifié :

1° Qu'il est Français ou naturalisé Français;

2° Qu'il a eu dix-sept ans au moins et vingt-deux ans au plus le 1er janvier de l'année du concours; néanmoins, les sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats des corps de l'armée, âgés de plus de vingt-deux ans et qui auront accompli, au 1er juillet de l'année du concours, six mois de services réels et effectifs, sont admis à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de vingt-cinq ans à cette même date et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des compositions;

3° Qu'il a été vacciné avec succès ou qu'il a eu la petite vérole;

4° Qu'il est robuste, bien constitué, et qu'il n'est atteint d'aucune maladie ou infirmité susceptible de le rendre impropre au service militaire;

5° Qu'il est pourvu du diplôme de bachelier ès lettres et du diplôme de bachelier ès sciences complet ou restreint pour la partie mathématique, ainsi que du nombre d'inscriptions à une Faculté de médecine ou à une École de plein exercice ou à une École préparatoire et d'examen probatoire déterminés par le ministre de la Guerre.

Toutes ces conditions sont de rigueur et aucune dérogation ne peut être autorisée.

Art. 11. — Chaque année, à l'époque déterminée par la décision ministérielle fixant le programme des épreuves, les candidats auront à requérir leur inscription sur une liste ouverte à cet effet dans les bureaux des directeurs du service de santé des corps d'armée, gouvernements militaires, divisions (Algérie), brigade (Tunisie).

Après la clôture définitive des examens, le jury établit la liste des candidats en les classant par ordre de mérite, d'après l'ensemble des points obtenus. Le président du jury adresse cette liste, avec les procès-verbaux des séances, au ministre qui nomme aux emplois d'élèves de l'École du service de santé militaire.

Art. 12. — Le prix de la pension est de 1 000 francs par an. Celui du trousseau est déterminé chaque année par le ministre de la Guerre; les livres et les instruments nécessaires aux études des élèves leur sont fournis par l'État et sont comptés dans le prix du trousseau.

Des bourses et des demi-bourses peuvent être accordées aux élèves qui ont préalablement fait constater, dans les formes prescrites, l'insuffisance des ressources de leur famille pour leur entretien à l'École.

Les bourses et les demi-bourses sont accordées par le ministre de la guerre, sur la proposition du conseil d'administration de l'École.

Art. 13. — Il peut être alloué, sur la proposition du même conseil, à chaque boursier ou demi-boursier, un trousseau ou un demi-trousseau.

Art. 14. — Les différents droits de scolarité et d'examen sont payés par le ministre de la guerre, conformément aux règlements universitaires.

Art. 15. — Les élèves démissionnaires ou exclus de l'École sont tenus au remboursement des frais de scolarité et, s'ils ont été boursiers, au paiement du montant des frais de pension et trousseau avancés par l'administration de la Guerre.

Art. 16. — Les élèves non militaires doivent contracter un engagement régulier avant leur entrée à l'École, s'ils sont âgés de plus de dix-huit ans ou dès qu'ils auront atteint cet âge.

Les élèves dont le temps de service expirera pendant leur séjour à l'École seront tenus de contracter un rengagement.

Tous les élèves contractent, en outre, à leur entrée à l'École, l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur promotion au grade de médecin aide-major de deuxième classe.

Art. 17. — A leur arrivée à l'École, les élèves sont soumis à une visite médicale; ils ne sont définitivement admis que s'ils sont déclarés aptes au service militaire. Si l'élève est jugé inapte au service militaire, il est renvoyé devant la commission spéciale de réforme qui statue.

TITRE III

PERSONNEL DE L'ÉCOLE

Art. 18. — Le personnel de l'Ecole du service de santé militaire comprend :

1° L'état-major de l'École, formé d'officiers du corps de santé et d'officiers d'administration des hôpitaux.

Tous ces officiers sont du cadre actif.

2° Un petit état-major.

La composition et les attributions de ce personnel sont définies par le présent titre.

Art. 19. — L'état-major de l'École comprend :

Un médecin inspecteur ou médecin de première classe, directeur; — un médecin principal ou major de première classe, sous-directeur; — un médecin-major de première classe, major; — six médecins-majors de deuxième ou de première classe, répétiteurs; — cinq médecins aides-majors de première classe ou de deuxième classe, surveillants des élèves; — un officier d'administration de première ou de deuxième classe des hôpitaux, comptable du matériel et trésorier; — un officier d'administration adjoint de première ou de deuxième classe des hôpitaux, adjoint à l'officier comptable.

Art. 20. — Des professeurs civils peuvent être attachés à l'École pour l'enseignement des belles-lettres, arts et langues étrangères.

Art. 21. — Le petit état-major de l'École comprend :

Sept adjudants sous-officiers (dont un vaguemestre); — deux adjudants-élèves d'administration des hôpitaux; — un sergent maître d'escrime; — un sergent concierge; — deux sergents et quatre caporaux employés pour le service administratif et dans les bureaux; — un caporal infirmier de visite; — dix soldats (dont trois au moins ouvriers en bois ou en fer) employés pour le service administratif et dans les bureaux; — deux soldats infirmiers de visite; — deux clairons; — le nombre de soldats ordonnances nécessaires pour les officiers de l'École.

Art. 22. — Le directeur est nommé par décret, sur la proposition du ministre de la Guerre.

Art. 23. — Le sous-directeur, tous les officiers et les professeurs civils de belles-lettres, arts et langues étrangères, attachés à l'École, sont nommés par le ministre de la Guerre.

Art. 24. — Le directeur a autorité sur tout le personnel et sur toutes les parties du service de l'École. Il a les prérogatives et pouvoirs disciplinaires d'un général commandant d'École.

Il exerce sur l'hôpital Desgenettes, qui est annexé à l'École comme hôpital d'instruction, l'action d'un directeur du service de santé de corps d'armée, telle qu'elle est définie par l'article 12 du décret du 28 décembre 1883, portant règlement sur le service de santé à l'intérieur, sauf les modifications ci-après spécifiées. En qualité de directeur de l'hôpital d'instruction, il est, pour ce service spécial seulement, sous les ordres du général gouverneur militaire de Lyon.

Le directeur de l'École correspond directement avec le ministre pour toutes les affaires relatives à l'École.

En principe, la correspondance pour les affaires de l'hôpital est directe entre le gouverneur militaire de Lyon et le directeur de l'École et *vice versa*. Toutefois, s'il le juge utile pour l'unité et la facilité du service, le gouverneur militaire de Lyon peut transmettre ses instructions ou ses ordres généraux relatifs à l'hôpital d'instruction au directeur de l'École, par l'intermédiaire du directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon, qui les adresse alors par bordereau au directeur de l'École. Ces deux fonctionnaires correspondent librement entre eux.

Le directeur de l'École adresse au directeur du service de santé du gouvernement militaire : 1° tous les renseignements utiles à la prophylaxie des épidémies, à l'hygiène ou à la santé des troupes qui sont logées dans les casernements envoyant leurs malades à l'hôpital d'instruction ; 2° les éléments de la statistique médicale mensuelle et annuelle ; et 3° les pièces relatives au traitement par les eaux minérales.

Les deux directeurs règlent d'un commun accord toutes les questions ayant trait aux évacuations des malades des divers hôpitaux du gouvernement militaire de Lyon sur l'hôpital d'instruction et, réciproquement, aux convocations du personnel de l'hôpital d'instruction ou de l'École pour le service de la place de Lyon, à la répartition et aux mutations des infirmiers militaires de l'hôpital et, en général, à toutes les affaires intéressant à la fois la direction de l'hôpital d'instruction et la direction du service de santé du gouvernement militaire de Lyon.

Art. 25. — Le directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon a le droit de visiter les militaires hospitalisés à l'hôpital d'instruction et provenant des casernes ou établissements dudit gouvernement, toutes les fois qu'il le juge nécessaire dans l'intérêt de l'hygiène des troupes et de la prophylaxie des épidémies.

Il peut, dans ces circonstances, à charge de prévenir le directeur de l'École, se faire accompagner par le médecin-chef de l'hôpital d'instruction, mais, en aucune circonstance, il n'a à intervenir dans le service intérieur de cet établissement.

Il lui est loisible également, en prévenant le directeur de l'École, de convoquer le médecin-chef pour toute conférence à laquelle il estimera utile la présence de cet officier supérieur.

En cas de mobilisation, l'hôpital d'instruction passe sous l'autorité du directeur du service de santé du camp retranché de Lyon.

Art. 26. — Le sous-directeur est l'intermédiaire du directeur dans toutes les parties du service.

Il est directeur des études et, à ce titre, a le contrôle général sur tout ce qui concerne l'enseignement.

Il exerce, sous l'autorité du directeur, la surveillance des études scientifiques, de l'instruction spéciale et militaire, de la police et de la discipline.

Tout le personnel militaire et civil de l'École est sous ses ordres immédiats et sous sa surveillance directe.

Il tient le registre du personnel.

En cas d'absence du directeur, il le remplace dans toutes ses fonctions et dans la présidence de tous les conseils.

Art. 27. — Il est médecin-chef de l'hôpital d'instruction ci-dessus dénommé.

Ses attributions, comme médecin-chef, sont déterminées par le décret du 28 décembre 1883 sur le service de santé à l'intérieur.

Il adresse toute sa correspondance, notamment celle prévue aux articles 146 et 148 de ce même décret, au directeur de l'École, ainsi que la statistique médicale. Il rend compte, au directeur de l'Ecole, de tous les faits intéressant l'hygiène et la santé des troupes du gouvernement militaire de Lyon. Il prend les ordres du directeur pour tout ce qui a trait à ses relations éventuelles avec le directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon.

Néanmoins, pour tout ce qui concerne le travail afférent à la mobilisation du camp retranché de Lyon, le médecin-chef de l'hôpital d'instruction relève exclusivement, dès le temps de paix, du directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon.

Aucune modification n'est apportée aux dispositions définissant le fonctionnement des services pharmaceutique et administratif, sous l'autorité du médecin-chef de l'hôpital d'instruction, ni à celles relatives aux infirmiers militaires, ni à la situation des médecins, pharmaciens et officiers d'administration, ne faisant pas partie du cadre de l'École tel qu'il est établi par le présent décret.

Art. 28. — En cas d'absence, le sous-directeur est suppléé dans son service d'École par le médecin le plus élevé en grade ou le plus ancien dans le grade immédiatement inférieur.

En cas d'empêchement, il est suppléé dans son service d'hôpital par un des médecins de l'École désigné par le directeur de l'École.

Art. 29. — Le major, l'officier d'administration comptable du matériel et trésorier, l'officier d'administration-adjoint exercent leurs fonctions spéciales conformément aux règlements qui régissent l'administration et la comptabilité des écoles militaires.

Le major peut être chargé d'un service à l'hôpital d'instruction, de conférences, etc.

Art. 30. — Le petit état-major est commandé par l'officier d'administration comptable qui remplit, sous la surveillance du major et du conseil d'administration, pour les hommes de ce petit état-major, les devoirs administratifs attribués aux commandants de compagnie par les règlements sur l'administration et la comptabilité des corps de troupe.

L'officier d'administration comptable a, sous ses ordres directs, le personnel militaire et civil affecté à l'exécution et à l'exploitation du service dont il est chargé.

Il est secondé dans toutes les parties de son service par l'officier d'administration adjoint.

Art. 31. — Les pouvoirs disciplinaires des médecins vis-à-vis de tout le personnel de l'École sont ceux attribués aux officiers dont ils ont la correspondance de grade. Ceux des officiers d'administration vis-à-vis du petit état-major sont ceux définis par les cinquième et sixième alinéas de l'article 130 du décret du 28 décembre 1883 portant règlement sur le service de santé à l'intérieur.

Art. 32. — Les répétiteurs sont chargés de faire aux élèves des conférences ou répétitions, de seconder l'enseignement de la Faculté et de donner, suivant les ordres du directeur, l'instruction médico-militaire spéciale. Ils sont répartis ainsi qu'il suit :

Un répétiteur d'anatomie normale et pathologique ; — un répétiteur de physiologie et d'histologie ; — un répétiteur de pathologie interne et de clinique médicale ; — un répétiteur de pathologie externe et de clinique chirurgicale ; — un répétiteur de médecine opératoire et d'accouchement ; — un répétiteur de matière médicale, de thérapeutique, d'hygiène et de médecine légale.

Les répétiteurs sont nommés pour cinq ans par le ministre de la Guerre à la suite d'un concours dont le programme est déterminé par une décision ministérielle. Ne peuvent y prendre part que les médecins-majors de deuxième classe.

La nomination de répétiteur exempte le titulaire des formalités de l'examen exigé pour le passage au choix au grade supérieur.

Les répétiteurs promus majors de première classe, après leur entrée en fonctions, peuvent être maintenus à l'École, avec leur nouveau grade, jusqu'à l'expiration de leurs cinq années d'exercice.

Sur l'ordre du directeur, les répétiteurs peuvent être chargés d'un service médical, administratif ou de surveillance.

Ils remplissent à l'hôpital d'instruction des emplois de leur grade, sur la proposition du sous-directeur et la désignation du directeur.

Art. 33. — Les surveillants des élèves sont choisis parmi les médecins aides-majors de première classe ayant au moins deux ans d'ancienneté de grade et régulièrement proposés pour cet emploi.

La durée de leurs fonctions ne sera pas de plus de quatre années.

S'ils sont promus majors de deuxième classe pendant cette

période, ils peuvent être maintenus à l'École, avec leur nouveau grade, jusqu'à l'expiration de leur quatre années d'exercice.

Art. 34. — Les surveillants peuvent être désignés par le directeur, et sur la proposition du sous-directeur, pour remplir à l'hôpital d'instruction les fonctions de leur grade.

Art. 35. — Les professeurs civils, attachés à l'École, font les conférences dont ils sont chargés, en se conformant aux instructions du directeur.

Art. 36. — Les adjudants sous-officiers attachés à l'École sont choisis parmi ceux proposés pour les écoles ; ils ont autorité sur les élèves ; ils peuvent leur infliger la punition de la consigne.

Art. 37. — Le ministre nomme, sur la présentation du directeur, les employés d'administration et les agents qu'il y a lieu d'admettre à subir des retenues et à jouir des bénéfices de la législation sur les pensions.

Le directeur nomme les agents subalternes.

Le traitement de ces agents est fixé par le ministre de la Guerre, sur la proposition du conseil d'administration de l'École.

Art. 38. — Il est affecté des logements dans l'École :

Au directeur ; — au sous-directeur ; — au major ; — à l'officier d'administration comptable du matériel ; — si les locaux le permettent, à un médecin aide-major de première classe, ou à un médecin-major de deuxième classe, et à d'autres officiers de l'École.

Le personnel du petit état-major est logé à l'École.

Art. 39. — Les officiers, sous-officiers et soldats qui font partie du cadre de l'École, reçoivent la solde et les indemnités attribuées au personnel de même grade attaché aux autres Écoles militaires.

Art. 40. — Les traitements des employés non militaires, nommés par le ministre, sont passibles des diverses retenues prescrites par la loi ; leurs pensions de retraite sont réglées conformément aux lois.

Art. 41. — Les employés d'administration et les agents subalternes ne peuvent être révoqués que par l'autorité qui les a nommés.

TITRE IV

INSTRUCTION

Art. 42. — Les élèves de l'École du service de santé militaire, sur le vu de leur lettre de nomination, sont inscrits au secrétariat de la Faculté de médecine.

Ils suivent à la Faculté les cours cliniques, conférences et exercices pratiques afférents à leur année d'études et dans les mêmes conditions que les étudiants civils. Dans les mêmes conditions aussi, ils sont admis à prendre part à tous les concours de la Faculté et de l'administration des hospices.

Ils reçoivent en outre, par les soins de l'École, un enseignement spécial sous forme de conférences, exercices pratiques ou interrogations se rapportant à l'enseignement donné par la Faculté, à des études complémentaires ainsi qu'à l'exécution du service de santé et à l'instruction militaire proprement dite.

Art. 43. — Le directeur se concerte avec le recteur de l'Académie et le doyen de la Faculté, au sujet des heures des cours, conférences et exercices pratiques, et, en général, de tout ce qui a trait à l'enseignement donné par la Faculté aux élèves de l'École, de telle sorte que les obligations universitaires et celles du service intérieur de l'École soient mises autant que possible en parfaite concordance et se prêtent un mutuel appui.

Art. 44. — Les élèves subissent devant la Faculté leurs examens probatoires dans l'ordre et selon le mode prescrit par les règlements universitaires, avec cette seule différence que, dès qu'ils ont pris leur 16e inscription, ils sont autorisés à passer le troisième examen de doctorat, puis successivement le quatrième, le cinquième et la thèse, de telle sorte qu'ils puissent être présents à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires le 1er février au plus tard.

Art. 45. — A l'issue de chaque année scolaire, les notes obtenues à la Faculté de médecine sont combinées avec les notes données aux interrogations faites par les répétiteurs et professeurs à l'intérieur de l'École et avec celles qui se rapportent à la conduite et à l'instruction militaire ; le classement qui en résulte détermine le rang de passage des élèves d'une division dans une autre.

Les classements sont établis par le conseil d'instruction.

Art. 46. — Les élèves sont, d'après les ordres du directeur, exercés, à l'hôpital d'instruction, à l'examen des malades et au fonctionnement du service de santé dans les hôpitaux.

Art. 47. — Les élèves de toutes les divisions suivent un cours d'équitation dans un des manèges de la garnison.

Sur la proposition du directeur de l'École, le gouverneur militaire de Lyon désigne un nombre suffisant d'officiers et sous-officiers pour donner aux élèves l'instruction militaire.

Les chevaux, armes, effets d'équipement et munitions nécessaires sont également mis à la disposition de l'École, par le gouverneur militaire de Lyon.

TITRE V

RÉGIME. — POLICE. — DISCIPLINE

Art. 48. — L'École est soumise au régime militaire.

Art. 49. — Tous les élèves sont casernés à l'École et y prennent leurs repas : ils sont astreints à toutes les obligations de la discipline militaire.

Art. 50. — Le règlement sur le service intérieur détermine les conditions dans lesquelles des sorties leur sont accordées.

Art. 51. — Les élèves portent un uniforme spécial dont la description est déterminée par une décision ministérielle.

Ils sont répartis en divisions, commandées par les médecins surveillants et les adjudants.

Art. 52. — Les élèves doivent le salut à tous les officiers et fonctionnaires de l'armée ainsi qu'aux adjudants sous-officiers de l'École.

Art. 53. — Il est institué un conseil d'instruction qui est composé des membres suivants :

Le directeur de l'École, président ; — le sous-directeur de l'École ; — quatre répétiteurs désignés chaque année par le directeur ; — le surveillant le plus ancien ; — un surveillant, désigné par le directeur, remplit les fonctions de secrétaire ; il n'a pas voix délibérative.

Art. 54. — Le conseil d'instruction s'assemble sur la convocation du directeur. Il arrête le programme des conférences qui se font à l'intérieur de l'École. Ce programme est soumis à l'approbation du ministre.

Art. 55. — Le conseil d'instruction étudie, en outre, toutes les questions relatives à l'amélioration de l'enseignement qui lui sont soumises par le directeur de l'École.

Il arrête le classement annuel des élèves et établit pour chaque élève un bulletin résumant :

Les notes relatives au travail et aux progrès ; — les notes relatives à la conduite et à la tenue ; — les punitions encourues.

Le directeur adresse un relevé de ces notes au ministre et en fait parvenir un extrait aux familles.

Art. 56. — Un conseil de discipline est spécialement institué pour prononcer sur le compte des élèves qui, pour fautes graves, inconduite ou paresse habituelles, insuffisance aux examens ou tout autre motif, se mettraient dans le cas d'être exclus de l'École.

Le conseil de discipline est composé de sept membres :

Le sous-directeur, président ; — le major de l'École ; — un médecin-major de première classe d'un des régiments de la garnison ; — un médecin répétiteur et un médecin surveillant désignés chaque année par le directeur ; — un médecin-major de deuxième classe et un médecin aide-major de la garnison.

Les fonctions de rapporteur sont remplies par un médecin surveillant désigné chaque année par le directeur.

Les membres n'appartenant pas à l'École sont renouvelables tous les ans et désignés par le gouverneur militaire de Lyon, sur la proposition du directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon.

ART. 57. — Le conseil s'assemble sur la convocation du directeur de l'École.

Le conseil ne peut délibérer que lorsque tous les membres sont présents.

Nul membre ne peut se dispenser d'assister au conseil sans un empêchement légitime, dont il doit, dans le plus bref délai, donner avis au directeur de l'École.

Les membres absents sont remplacés par des fonctionnaires du même ordre, désignés d'avance en qualité de suppléants.

Les membres du conseil siègent en grande tenue.

ART. 58. — Lorsqu'un élève est traduit devant un conseil de discipline, le conseil, après s'être réuni et constitué, entend la lecture du rapport établi sur les faits qui motivent sa comparution et prend connaissance de sa feuille de punition, ainsi que de ses notes depuis son entrée à l'École.

Le conseil peut, d'ailleurs, demander tous les renseignements écrits ou verbaux qu'il jugerait utiles dans l'intérêt de la discipline ou de l'élève inculpé.

L'élève est admis à présenter sa justification.

ART. 59. — Lorsque le conseil juge qu'il est suffisamment éclairé, le rapporteur, les divers témoins et l'élève inculpé se retirent, le conseil délibère et procède ensuite au vote par le mode du scrutin secret.

ART. 60. — L'exclusion de l'élève ne peut être proposée par le conseil qu'à la majorité des deux tiers des voix, sauf dans le cas prévu à l'article 5.

Le ministre de la Guerre statue.

ART. 61. — En cas de troubles, de refus d'obéissance collectifs ou de tout autre acte compromettant l'ordre de l'École et présentant un caractère d'insubordination générale, le ministre de la Guerre, sur le rapport du directeur de l'École, arrête les mesures nécessaires pour ramener l'ordre et la tranquillité, et peut prononcer l'exclusion des élèves signalés, après comparution de ces derniers, devant le conseil de discipline.

ART. 62. — Les élèves démissionnaires ou ceux dont l'exclusion de l'École aura été ordonnée par le ministre de la Guerre, pour motif de discipline ou pour insuffisance dans les examens ou les notes de travail, suivent le sort de la classe de recrutement à laquelle ils appartiennent.

TITRE VI

ADMINISTRATION ET COMPTABILITÉ

ART. 63. — Les dépenses de l'École se divisent en deux parties distinctes :

1° Celles qui concernent l'École considérée comme établissement d'instruction ; — 2° celles qui concernent l'École considérée comme corps de troupe.

Les premières sont acquittées sur les fonds du chapitre affecté aux Écoles militaires dans le budget de la guerre. Les secondes sont acquittées sur les fonds généraux de la solde et les autres services de l'armée auxquels elles s'appliquent.

ART. 64. — L'administration de l'École est confiée à un conseil d'administration dont la composition est la suivante :

Le directeur de l'École, président; — le sous-directeur; — le major rapporteur; — deux médecins répétiteurs; — un médecin surveillant; — l'officier d'administration comptable; — l'officier d'administration adjoint assiste le conseil, comme secrétaire, sans voix délibérative, ni consultative.

Les répétiteurs et le surveillant sont, chaque année, désignés par le directeur, de telle sorte qu'ils alternent dans l'ordre de l'ancienneté.

ART. 65. — Le conseil d'administration se réunit sur la convocation du directeur ; son fonctionnement, ainsi que l'administration générale et la comptabilité de l'École, sont fixés par les règlements généraux sur l'administration et la comptabilité des Écoles militaires.

ART. 66. — Un fonctionnaire de l'intendance est désigné par le gouverneur militaire de Lyon, pour exercer la surveillance administrative de l'École.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

ART. 67. — Pendant l'année scolaire 1888-1889, l'École recevra : 1° les élèves ayant concouru avec 4 et 8 inscriptions et nommés élèves du service de santé militaire, le 14 octobre 1888; 2° sur leur demande, les élèves pourvus actuellement de 8 à 11 inscriptions et nommés élèves en 1887.

ART. 68. — Tout élève entrant à l'École dans l'année scolaire 1888-1889 et qui désirerait être admis à concourir pour l'obtention du dégrèvement total ou partiel du prix de la pension et du trousseau, en fera la demande dans les formes usitées pour les autres Écoles militaires.

ART. 69. — Ceux des élèves actuellement pourvus de 8 à 11 inscriptions, qui ont été nommés élèves en 1887, ne devront formuler cette demande que pour l'année scolaire 1888-1889; s'ils entrent à l'École en 1888-1889, ils seront, dès qu'ils auront pris leur 13e inscription et jusqu'à la fin de leur scolarité, dégrevés du prix de la pension.

ART. 70. — Pendant l'année scolaire 1889-1890, l'École comprendra, outre les élèves admis en 1888-1889, les élèves à 4, 8 et 12 inscriptions, reçus au concours de 1889, et, si le ministre de la Guerre le juge opportun, les élèves du service de santé à 16 inscriptions reçus au même concours ou nommés antérieurement élèves du service de santé.

ART. 71. — Les élèves du service de santé militaire ayant, le jour de la promulgation du présent décret, moins de 16 inscriptions, bénéficieront des dispositions de l'article 44.

ART. 72. — Transitoirement, et jusqu'à l'arrivée à l'École des médecins répétiteurs, le conseil d'administration de l'École ne sera composé que de cinq membres :

Le directeur de l'École, président; — le sous-directeur de l'École; — le major; — un médecin surveillant; — l'officier d'administration comptable.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART. 73. — Le ministre de la Guerre détermine, par des règlements particuliers ayant pour bases les dispositions du présent décret, tout ce qui est relatif au service intérieur, à la discipline, à l'administration et à la comptabilité à l'École du service de santé militaire.

ART. 74. — L'inspection générale annuelle de l'École du service de santé militaire est passée par le médecin-inspecteur général ou, à défaut, par un médecin-inspecteur.

ART. 75. — Sont abrogées toutes les dispositions des décrets et règlements contraires au présent décret, notamment celles du décret du 1er octobre 1883.

ART. 76. — Le ministre de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 25 décembre 1888.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de la Guerre,

C. DE FREYCINET.

DÉCISION MINISTÉRIELLE

relative aux élèves de l'École du service de santé militaire.

Paris, le 26 décembre 1888.

Conformément au décret du 25 décembre 1888, le ministre de la Guerre décide ce qui suit :

L'École du service de santé militaire, instituée près la Faculté de médecine de Lyon, recevra pendant l'année scolaire 1888-1889 : 1° tous les élèves du service de santé qui, ayant concouru avec 4 ou 8 inscriptions, ont été nommés le 14 octobre 1888 ; 2° les élèves qui, ayant concouru en 1887 avec 4 inscriptions, demanderont à être immédiatement admis à l'École.

Leur demande d'admission à l'École, transmise par la voie hié-

rarchique, devra parvenir au ministre de la Guerre (7e direction, service de santé) avant le 1er février 1889.

Les élèves de ces deux catégories se présenteront à l'École le jour qu'il leur sera fixé par une lettre individuelle de convocation. Ils seront munis des pièces suivantes :

1° Lettre de nomination d'élève de l'École du service de santé militaire ;

2° Acte d'engagement militaire pour ceux qui ont plus de dix-huit ans ;

3° Récépissé du receveur central de la Seine, d'un trésorier-payeur général ou d'un receveur particulier constatant que l'élève a payé : 1° le prix du trousseau, fixé à 1 000 francs, ou du demi-trousseau s'il n'en a pas été dégrevé ; 2° le prix du trimestre ou du demi-trimestre de la pension, fixé à 1 000 francs par an, selon qu'il est pensionnaire ou qu'il a obtenu une demi-bourse. Les boursiers n'ont à produire d'autre pièce justificative que l'avis de notification du dégrèvement qui leur est accordé ;

4° Une promesse, légalisée par le maire ou le sous-préfet, sous seing privé, dans la forme indiquée par l'article 1326 du code civil, par laquelle leur père, mère ou tuteur s'engage à verser dans la caisse du receveur central de la Seine ou d'un trésorier-payeur général ou d'un receveur particulier, par trimestre et d'avance, le montant de la pension, si l'élève est pensionnaire, ou de la demi-pension s'il a obtenu une demi-bourse. Cette promesse sera établie par l'élève lui-même s'il est majeur ou s'il jouit de ses biens ;

5° Le nom et l'adresse des parents ou tuteurs et du correspondant choisi par la famille et habitant la ville de Lyon, si toutefois la famille n'y réside pas elle-même.

Les officiers de l'École ne pourront pas être les correspondants des élèves, à moins qu'ils ne soient leurs parents.

Tout élève appelé à l'École et qui, sans raison dûment constatée ou sans autorisation ministérielle préalable, ne se présente pas dans les délais fixés par sa lettre de convocation, est considéré comme démissionnaire.

Tout élève en entrant à l'École dépose entre les mains du trésorier une somme de 100 francs destinée à former le fonds de sa masse individuelle.

Les familles de ceux des élèves qui croiraient devoir demander un dégrèvement total ou partiel du prix de la pension et du trousseau sont invitées à se mettre immédiatement en instance à cet effet.

Les demandes à formuler seront établies : 1° pour les élèves nommés en 1888 en vue de la durée totale de leur scolarité ; 2° en ce qui concerne les élèves nommés en 1887, pour la période qui les sépare actuellement de leur 13e inscription : les jeunes gens nommés élèves en 1887, et entrés à l'École pendant l'année scolaire 1888-1889, seront dégrevés du prix de la pension dès qu'ils seront pourvus de leur 13e inscription, époque à laquelle ils auraient droit, s'ils n'étaient pas à l'École, à une indemnité annuelle de 1 200 francs.

Les élèves du service de santé militaire nommés en 1887 et 1888 et provenant du Prytanée militaire, jouissant actuellement d'une indemnité, seront reçus à l'École comme boursiers, le trousseau restant à leur charge, sauf décision spéciale faite sur la demande des intéressés dans les formes ordinaires.

Toutes les demandes de bourses, demi-bourses, trousseau et demi-trousseau, seront adressées sans aucun retard par les parents ou tuteurs ou par les élèves, s'ils sont majeurs ou jouissent de leurs biens, au ministre de la Guerre (7e direction), par l'intermédiaire des préfets des départements où résident les parents, tuteurs ou élèves signataires de la demande.

Les préfets instruiront ces demandes, y joindront toutes les pièces de l'instruction et les transmettront de telle sorte qu'elles soient parvenues au ministère de la Guerre avant le 1er février 1889, terme de rigueur.

Toute demande doit être établie sur papier timbré, accompagnée des renseignements nécessaires pour remplir l'état ci-joint (modèle n° 2), et en outre d'un engagement pris par les parents ou tuteurs ou par l'élève lui-même, s'il est majeur, et libellé ainsi qu'il suit : « Je soussigné..... étant en instance pour obtenir une place gratuite (ou une demi-bourse) à l'École du service de santé militaire en faveur de mon (fils ou pupille), m'engage à rembourser au Trésor le montant des frais de pension et de trousseau qui me seront accordés, dans le cas où ils ne serviraient pas au moins pendant six ans à partir de sa nomination au grade d'aide-major de 2e classe. A défaut du payement du montant de ces frais de pension et de trousseau, je déclare me soumettre à ce que le recouvrement en soit poursuivi par voie de contrainte administrative décernée par M. le ministre des Finances suivant les droits qui lui sont conférés par les lois des 12 vendémiaire et 18 ventôse an VIII. »

Cette pièce sera établie sur papier timbré et la signature du pétitionnaire sera légalisée par le maire.

Pendant l'année scolaire 1889-1890, l'École du service de santé militaire comprendra, outre les élèves admis à l'École en 1888-1889, les élèves de 4, 8 et 12 inscriptions qui seront reçus à la suite du concours d'admission de 1889.

Les élèves à 16 inscriptions, quelle que soit leur provenance, ne sont reçus à l'École cette même année scolaire 1889-1890 que s'il intervient une décision spéciale à leur égard.

En 1889, pour la dernière fois, les étudiants pourvus de 12 à 16 inscriptions seront autorisés à se présenter pour des emplois d'élèves du service de santé militaire.

En 1890, pour la dernière fois, les étudiants pourvus de 8 inscriptions, seront admis au concours, l'École devant, dès 1891, ne recevoir que des étudiants pourvus de 4 inscriptions et ayant subi avec succès le premier examen de doctorat.

DÉCISION MINISTÉRIELLE

relative aux emplois de répétiteurs à l'École du service de santé militaire.

Paris, le 26 décembre 1888.

Les répétiteurs de l'École du service de santé militaire sont nommés au concours.

Les médecins-majors de deuxième classe sont seuls admis à concourir.

Les répétiteurs sont nommés pour cinq ans.

Ils sont exemptés de droit de l'examen d'aptitude au grade supérieur.

Les répétiteurs promus majors de première classe après leur entrée en fonctions peuvent être maintenus à l'École, avec leur nouveau grade, jusqu'à l'expiration de leurs cinq années d'exercice.

Les emplois de répétiteurs sont répartis ainsi qu'il suit :

Anatomie normale et pathologique ; — pathologie interne et clinique médicale ; — pathologie externe et clinique chirurgicale ; — médecine opératoire et accouchement ; — matière médicale, thérapeutique, hygiène et médecine légale.

Les fonctions de répétiteurs consistent à faire aux élèves des répétitions, conférences et interrogations, et à assurer les divers services dont ils peuvent être chargés à l'intérieur de l'École, conformément aux règlements de l'établissement et aux ordres du directeur.

En outre, ils remplissent, à l'hôpital militaire d'instruction annexé à l'École, les fonctions de leur grade et exercent les élèves à l'examen des malades, à la rédaction des observations et aux détails du fonctionnement du service hospitalier.

Le concours de chirurgie et celui de médecine sont distincts. Dans chaque spécialité, le jury présidé, soit par le médecin-inspecteur général, soit par un médecin-inspecteur désigné par le ministre de la Guerre, est formé d'un professeur de l'École du Val-de-Grâce et d'un médecin-principal ou major de première classe, n'appartenant pas à cette École, désignés par le ministre sur la proposition du comité technique de santé.

Un professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce remplir les fonctions de membre suppléant.

Les épreuves sont publiques.

Les questions, tant pour les épreuves écrites que pour les épreuves orales, sont tirées au sort. Il est toujours mis dans l'urne, pour chaque matière, un nombre de questions double que celui des candidats.

L'ordre dans lequel les candidats subiront chaque épreuve est également déterminé par le sort.

CHIRURGIE

CONCOURS POUR LES EMPLOIS DE RÉPÉTITEURS D'ANATOMIE, DE PATHOLOGIE EXTERNE, DE MÉDECINE OPÉRATOIRE ET D'ACCOUCHEMENT

1° *Épreuve écrite sur un sujet de pathologie chirurgicale.* — Il est accordé quatre heures pour la rédaction.

La lecture de la composition est faite en public par le candidat sous la surveillance d'un de ses concurrents.

Cette épreuve est éliminatoire.

2° *Dissection d'une région anatomique et préparatoire microscopique d'un tissu.* — Il est accordé vingt-quatre heures pour les préparations et quarante-cinq minutes pour la démonstration orale.

3° *Examen de deux malades atteints d'affection chirurgicale, suivi d'une leçon orale.* — Durée totale de l'épreuve, quarante-cinq minutes.

4° *Pratique de deux opérations. Exposé des considérations relatives aux procédés opératoires et à leur exécution.* — Quarante-cinq minutes sont accordées pour cette épreuve.

MÉDECINE

CONCOURS POUR LES EMPLOIS DE RÉPÉTITEURS DE PHYSIOLOGIE, PATHOLOGIE INTERNE, MATIÈRE MÉDICALE, HYGIÈNE ET MÉDECINE LÉGALE.

1° *Composition écrite sur un sujet ayant trait à la physiologie et à la pathologie médicale.* — Il est accordé cinq heures pour la rédaction.

La lecture de la composition est faite en public par le candidat sous la surveillance d'un de ses concurrents.

Cette épreuve est éliminatoire.

2° *Préparation d'histologie normale ou pathologique. Exposé des considérations se rapportant au sujet.* — Il est accordé vingt-quatre heures pour la préparation et trente minutes pour l'exposé oral.

3° *Examen de deux malades atteints d'affection médicale, suivi d'une leçon orale.* — Quarante-cinq minutes sont accordées pour la totalité de l'épreuve.

4° *Exposé oral, après une préparation d'une heure, sans livre ni document d'aucune sorte, d'un sujet de thérapeutique, d'hygiène ou de médecine légale.* — Durée de l'épreuve : une demi-heure.

Un concours pour un emploi de répétiteur d'anatomie normale et pathologique et un emploi de répétiteur de pathologie externe et clinique chirurgicale s'ouvrira, à l'École du Val-de-Grâce, le 28 janvier 1889.

Un concours pour un emploi de répétiteur de physiologie et d'histologie et un emploi de répétiteur de pathologie interne et clinique médicale s'ouvrira également, à l'École du Val-de-Grâce, le 28 janvier 1889.

Les médecins-majors de deuxième classe qui désireraient concourir pour ces emplois en feront la demande au ministre de la Guerre (7e direction); ces demandes suivront la voie hiérarchique et devront parvenir au ministre avant le 15 janvier 1889, au plus tard. Elles seront accompagnées de l'avis motivé de tous les chefs hiérarchiques des candidats, y compris celui du directeur du service de santé du corps d'armée auquel ils appartiennent.

HOPITAL DU MIDI. — M. du Castel.

Blennorrhée et spermatorrhée.

Un certain nombre d'individus, atteints de blennorrhée, se présentent à leur médecin sous une étiquette tout autre que celle de leur maladie véritable : ils se plaignent de pertes séminales. Quelques-uns, vivement préoccupés de l'écoulement muqueux de la goutte militaire, en arrivent à le considérer comme un écoulement de sperme ; d'autres regardent également comme du sperme les filaments et les flocons contenus dans leur urine. Mais il ne vous faudra pas un interrogatoire bien subtil pour dépister une telle illusion, il vous suffira d'avoir entendu dans quelles conditions se produisent ces pertes, pour reconnaître l'erreur des malades.

Beaucoup plus excusables dans leurs illusions et beaucoup plus capables de vous entraîner dans leur erreur, sont les sujets atteints d'uréthrite postérieure, qui vous feront la même déclaration, le pus s'échappant d'une façon intermittente, tantôt par une véritable éjaculation, tantôt à l'occasion des efforts de la défécation ou à la fin de la miction urinaire.

En somme, dans les malades qui viendront se plaindre à vous de pertes séminales, il existe plus de blennorrhéiques que de vrais spermatorrhéiques, plus de malades vidant, d'une façon intermittente, leur urèthre postérieur ou leur prostate chroniquement enflammés, que de malades rejetant le contenu de leurs vésicules séminales, un liquide contenant véritablement des spermatozoaires.

Il y a, en effet, dans la tribu des spermatorrhéiques, deux grandes classes, qu'il est absolument nécessaire de bien distinguer l'une de l'autre : la variété chirurgicale et la variété médicale. Lasègue, qui connaissait si bien ces sortes de malades, se plaisait à insister sur la nécessité de cette distinction : le spermatorrhéique chirurgical est un spermatorrhéique par accident, un spermatorrhéique incomplet; à la suite d'une affection inflammatoire des voies urinaires, il a gardé un état d'irritation subaiguë des voies urinaires, et il en résulte pour lui ces rejets intermittents de muco-pus qui accompagnent l'uréthrite postérieure ou la prostatite chronique. Quelquefois aussi, quand l'irritation a gagné les canaux éjaculateurs et les vésicules séminales, de véritables éjaculations, le rejet trop facile d'un sperme vrai, se produisent, surtout la nuit.

Cet accident exerce parfois une influence désastreuse sur le moral du blennorrhéique ; cependant, le plus grand nombre de ces malades ne s'en tourmentent que modérément.

Tout autre est le spermatorrhéique médical : c'est un adulte, il a atteint l'âge de vingt-cinq à quarante ans ; un jour, il vient à vous, honteux et désespéré ; il a des pertes séminales qui se répètent une fois, deux fois, trois fois par semaine, par mois, par an ! La nuit, après un rêve, il s'est senti mouillé, et, le lendemain, il est brisé de tous les membres, souffrant des reins, absolument incapable de rien faire. Jamais il n'a eu d'antécédents pathologiques uréthraux ; jamais il n'a contracté la blennorrhagie et pour cause ! il ne s'est pas exposé à la contagion ; se méfiant de lui-même et craignant un affront, il s'est condamné au célibat. L'origine de son malheur, il la connaît : un jour, il y a de longues années, au collège, il a connu l'onanisme. Celui-ci ne fut cependant pour lui qu'un fait accidentel,

une aberration d'un jour et non devenu une habitude. Néanmoins, dans cet oubli d'un instant, le spermatorrhéique voit pourtant l'origine de tous ses maux; à cette journée si éloignée, il rapporte et la faiblesse de ses appétits génésiques et le fonctionnement imparfait de son appareil génital.

Le spermatorrhéique rapporte à ses pertes séminales tous les troubles fonctionnels, habituels ou accidentels, qu'il éprouve, les imperfections de sa santé générale et celles de son système nerveux. En cela, il se trompe et vous vous tromperiez, avec lui, en acceptant ses idées : la spermatorrhée n'est pas la cause de l'infériorité nerveuse du malade, elle en est la conséquence. Le spermatorrhéique vrai n'est qu'un individu mal portant, à système nerveux mal équilibré, naturellement faible ou artificiellement épuisé, chez qui une excitabilité exagérée amène des pertes séminales faciles, que le malade apprécie avec un verre grossissant, car il est foncièrement hypochondriaque.

Né de parents à système nerveux fautif, il est lui-même un nerveux; il n'est pas rare que, dans son enfance, il ait eu de l'incontinence d'urine; d'un caractère plutôt mélancolique il a, à l'âge de la puberté, reporté sur son système génital le besoin qu'il avait de faire du noir. Par suite, d'une imperfection, d'une faiblesse, il a fait une monstruosité; et, ce qui prouve qu'il exagère, c'est que si, dans un jour de hardiesse, qu'il appellera un jour de faiblesse coupable, il se marie, il fera des enfants tout comme un autre, mieux souvent même que certains fanfarons.

D'autre part, vous verrez des gens, absolument vigoureux et irréprochables de santé, avoir, pendant plusieurs jours ou pendant plusieurs semaines, après de grandes fatigues, après un surmenage du système nerveux, des pertes séminales faciles. Eh bien! à ces individus, qu'il leur soit accordé un peu de repos, un peu de tranquillité, et tout rentrera complètement dans l'ordre, comme par le passé.

Le vice de fonctionnement que les spermatorrhéiques possèdent à l'état chronique, par suite d'un vice congénital de leur système nerveux, il l'ont eu à l'état aigu et d'une façon accidentelle et acquise; il leur a cependant beaucoup manqué pour mériter le titre de spermatorrhéique; ils ont supporté, avec philosophie, un mal que celui-ci, hypochondriaque de naissance, noircit à plaisir.

Le spermatorrhéique véritable est donc un malade en partie double; sa maladie se compose de deux facteurs : un système nerveux imparfait entraînant un trouble fonctionnel, quelquefois bien léger, de l'appareil génital; une imagination portée à l'hypochondrie et exagérant considérablement l'imperfection génitale dont le malade est atteint.

Le spermatorrhéique chirurgical pourra quelquefois se rapprocher, sur ce point, du spermatorrhéique médical; il en différera toujours par l'origine même des accidents qui, dans un cas, sont la conséquence d'une inflammation accidentelle de l'appareil génito-urinaire, et qui, dans l'autre, sont la conséquence d'un vice du système nerveux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite du décès de M. Martineau et la création de deux nouvelles places à l'hôpital Broussais, les mutations suivantes ont eu lieu dans le service médical des hôpitaux.

M. Barth passe de Tenon à Broussais; M. Chauffard, de Sainte-Périne à Broussais; M. Oulmont, de La Rochefoucauld à Tenon; M. Muselier, du Bureau central à Sainte-Perine; M. Brissaud, du Bureau central à La Rochefoucauld, et M. de Beurmann, du Bureau central à Lourcine.

— Par décret, en date du 26 décembre 1888, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Talairach, médecin en chef de la marine; de Nozeille, pharmacien en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. Bœuf, Bourat, Nicomède, Coquiard, Drago, Cazés, Bastian et Néis, médecins de première classe de la marine.

— Par décret, en date du 27 décembre 1888, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Calmettes, médecin auriste de la maison d'éducation de Saint-Denis, et Olivier, ancien médecin des hôpitaux de Lille.

— Par décret en date du 28 décembre 1888, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Albert et Kriez-Base; MM. les médecins principaux de deuxième classe Pernod et Robert; M. le médecin-major de première classe Chauvin; M. le pharmacien principal de première classe Pélissié.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Roch, Charropin, Ferrandi, Baudouin, Bourgois, Lachappelle, Donion, Landois, Belleau et Vaillard; MM. les médecins-majors de deuxième classe Martin, Bequin, Darré et Toussaint; MM. les pharmaciens-majors de première classe Camus et Chambard; MM. les docteurs Fromen (d'Espalion) et Duchâteau (de Bessines).

M. le docteur Courssières, médecin-major de première classe de l'armée territoriale.

Mmes Gourdon (Michelle), en religion, sœur Eveline, hospitalière de l'ordre de la Sagesse à Lorient; Cahen (Coralie), membre de l'Association des Dames françaises.

— Par décret, en date du 28 décembre 1888, M. le docteur Ménard, directeur-adjoint du Jardin d'acclimatation, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 30 décembre 1888, ont été nommés dans la Légion d'honneur.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Féréol, médecin des hôpitaux de Paris; Chipault, chirurgien en chef des hôpitaux d'Orléans.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Gueit-Dessus, Gasne, Hallopeau, Combe, Hénocque (de Paris); Armaingaud (d'Arcachon), Vedel (de Lunel); Depautaine (de Gondrecourt).

— Par décret, en date du 30 décembre 1888, a été nommé dans la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — Mme Marguerite Pereymond (en religion sœur Vincent), de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul, supérieure de l'hôpital européen d'Alexandrie.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 décembre 1888, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Arnaud, Bonnefoy, Broquère, Henneguy, Level, Pinet et Roussel (de Paris); Figuier (de Bordeaux); Hallez (de Lille); Girard (de Grenoble); Bleynie (de Limoges); Cazeneuve (de Lyon); Villard (de Marseille); Dubrueil (de Montpellier); Duprey (de Rouen); Dumas (de Thiers); Doué, pharmacien en chef de la marine.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Billon, Boyé, Butte, Cazin (Maurice), Depasse, Durand-Fardel, Duroziez, Ernous, Gautier (Henri), Josias (Albert), Large, Larrivé, Love (James), Rigout, Rotillon, Savoye, Schindler, Camus, Vauthier, Blanchard, Dubar, Soller, Darier, Taub, Chaslin (de Paris); Bernaudeaux (de Nantes); Buisson (d'Auberchicourt); Collin (de Saint-Honoré-les-Bains); Deschamps (de Riom); Dodin (de Challans); Dubousquet-Laborderie (de Saint-Ouen); Durand-Desmons (de Seine-et-Marne); Flous (de Noaillan); Gallois (de Rilly-la-

Montagne); Gémy (d'Alger); Godard (de Mamers); Hauguel (de Lillebonne); Liégeois (de Bainville-aux-Saules); Loignon (de Talence); Lorimy (de Coulommiers); Mathieu (de Saint-Remy-en-Bouzemont); Mauriac (de Bordeaux); Pécaut (de Salles-Mongiscard); Pernet (de Rambervillers); Pottier (de Vanves); Poulet (de Plancher-les-Mines); Rouquette (de Bône); Tichy (de Cette); Vallon (de Villejuif); Bottey (de Divonne); Gaston (de Voiron); Musson (de Montbéliard); Puton (de Remiremont); Bergonié (de Bordeaux); Debierre (de Lille); Lenoël (d'Amiens); Didelot (de Lyon); Tédenat, Lannegrâce, Boinet et Courchet (de Montpellier); Surre (de Saint-Cloud); Michel (de Chaumont); Biron (d'Argenteuil); Palenc (de Toulouse).

M[lle] Bottard, infirmière à la Salpêtrière.

— Par décret, en date du 26 décembre 1888, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Malet, Rousseau, Persillard, Augis, Guyard, Teulière, Jacquot, Lefèvre, Lesguillon, Dutanzin, Chevalier et Furet.

— Par décret, en date du 26 décembre 1888, M. Destrem, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Toulouse, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

— Par décret, en date du 27 décembre 1888, M. le professeur Frémy est maintenu dans les fonctions de directeur du Muséum.

— Par décision ministérielle, en date du 19 décembre 1888, ont été nommés près l'École du Val-de-Grâce :

Professeur agrégé de chirurgie d'armée (blessures de guerre), M. le médecin-major de première classe Moty.

Professeur agrégé des maladies et épidémies, M. le médecin-major de deuxième classe Antony.

Professeur agrégé d'hygiène et de médecine légale militaire, M. le médecin-major de deuxième classe Burlureaux.

— Par décision ministérielle, en date du 20 décembre 1888, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Strauss, pour l'hôpital du Gros-Caillou ; — Battarel, pour le 3e zouaves ; — Duchêne, pour le 1er zouaves ; — Poulet, pour les hôpitaux de la division de Constantine (par ordre); — Camus, pour l'hôpital de Briançon ; — Chavasse, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Schrapf, pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains ; — Soulié, pour le 9e hussards ; — Pozzo di Borgo, pour le 24e bataillon de chasseurs à pied ; — Cristau, pour le 13e chasseurs à cheval ; — Aubertin, pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; — Marty, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; — Augé, pour le 7e chasseurs à cheval ; — Pommay, pour l'orphelinat Hériot ; — Colin, pour le 25e bataillon de chasseurs à pied ; — Paquy, pour le 71e d'infanterie ; — Masson, pour le 9e cuirassiers ; — Roblot, pour l'École de Joinville-le-Pont ; — Beau, pour le 12e d'infanterie ; — Vedel, pour le 15e chasseurs à cheval ; — Mary, pour le 1er hussards ; — Renard, pour le 18e dragons ; — Cros, pour les hôpitaux de la division de Constantine.

MM. les médecins aides-majors de première classe Germain, pour le 154e d'infanterie ; — Dumontier, pour le 26e d'artillerie ; — Baylac, pour le 2e spahis ; — Bich, pour le 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; — Courboules, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; — Soula, pour la légion de la garde républicaine ; — Breton, pour le 4e chasseurs à cheval ; — Marignac, pour les hôpitaux de la division d'Alger ; — Darbouet, pour le 108e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 28 décembre 1888, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins de première classe Viry, pour l'emploi de sous-directeur de l'École du service de santé militaire de Lyon ; — Martino, pour l'emploi de major à la même École ; — Barthé, pour l'emploi de médecin-chef de l'hospice d'Ajaccio.

M. le médecin-major de deuxième classe Schneider, pour être attaché à la 7e direction, au ministère de la Guerre.

MM. les médecins aides-majors de première classe Debrie, Nicolas et Lapasset, pour l'emploi de surveillant à l'École du service de santé militaire de Lyon ; — Pascaud, pour le 101e d'infanterie ; — Pellier, pour le 22e d'artillerie.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 décembre 1888, M. le docteur Napias est nommé membre du Comité d'organisation du Congrès international des accidents du travail.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 décembre 1888, M. le professeur de Quatrefages est nommé directeur suppléant du Muséum.

— La lecture des compositions écrites du concours d'internat est terminée. L'épreuve orale a commencé mercredi soir, 26 décembre. Tous les candidats qui ont obtenu vingt points au minimum sont admissibles.

La première question a été : « Rapports de l'urèthre chez l'homme. — Rétention d'urine. »

— La dernière question tirée au concours d'externat est la suivante : « Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme et chez la femme. »

— *Facultés de médecine.* — Le concours pour les bourses de doctorat en médecine a eu lieu le 26 décembre 1888, dans toutes les Facultés de médecine.

Les sujets des épreuves écrites ont été les mêmes pour toutes les Facultés, et choisis par le ministère de l'Instruction publique :

1° *Candidats à quatre inscriptions.* — I. Les lentilles convergentes. La loupe ; — II. Les alcaloïdes végétaux ; — III. La fleur.

2° *Candidats à huit inscriptions.* — I. Le tibia ; — II. L'articulation du genou ; — III. Les muscles de l'avant-bras.

3° *Candidats à douze inscriptions.* — I. Le rein ; — II. Texture du rein ; — III. Physiologie de la glotte.

4° *Candidats à seize inscriptions.* — I. Les signes de la pneumonie aiguë ; — II. Les tubercules du testicule.

Les sujets des épreuves orales sont laissés au choix des juges de chaque Faculté.

Nous espérons que le gouvernement fera une bonne part aux candidats à ces bourses de doctorat en médecine, car, pour pouvoir se présenter au concours, il faut déjà justifier de la note *bien*, au précédent examen. Or, on sait que cette mention est rarement obtenue ; l'État ne risquera donc pas, au concours des bourses de médecine, de faire un mauvais emploi de ces crédits.

— *École pratique.* — Travaux anatomiques. — Les élèves du pavillon VIII (débutants), ont passé l'examen d'ostéologie le lundi 24 décembre, à deux heures. Les travaux de dissection commenceront dans ce pavillon le lundi 7 janvier 1889, à une heure.

Le pavillon VII (vétérans), ouvrira également le 7 janvier, à une heure. A partir de cette date tous les pavillons de l'Ecole pratique seront occupés par la dissection.

— *Hospices de Grenoble.* — Le lundi 20 mai 1889, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place, de médecin-adjoint près les hospices de Grenoble.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Linossier, agrégé, est chargé d'un cours de chimie minérale.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Lambert est chargé des fonctions de préparateur de physique.

— M. le docteur Borne est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Vesoul.

— M. le docteur A. Ferrand, n'envoyant pas de cartes à l'occasion du jour de l'an, prie ses amis et ses confrères de l'excuser.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1889, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien*, par le professeur Trousseau, le docteur C. Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical*, par M. le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral*, par M. Delpech, pharmacien de première classe, membre des Sociétés de Pharmacie et de Thérapeutique. — 4° *Code médical et professionnel*, par le docteur Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière. — 5° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur de Valcourt. — *Plus, un calendrier à deux jours par page*, la liste des médecins, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins inspecteurs des eaux minérales, maisons de santé de Paris et des environs ; la liste des divers journaux scientifiques ; *les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France ; les Écoles de médecine militaire et navale*, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales ; des modèles de rapports et certificats ; le tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 500 pages, dont 190 de calendrier et 310 de renseignements utiles.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; — n° 2, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr. ; — n° 4, en maroquin, 7 fr. ; — n° 5, avec fermoir en maillechort, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 2. — SAMEDI 5 JANVIER 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 5 JANVIER 1889. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. L'uréthrotomie interne, par M. le docteur Henri HARTMANN, prosecteur à la Faculté. — NÉCROLOGIE. Le docteur Saint-Vel. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

L'uréthrotomie interne.

Par M. le docteur Henri HARTMANN, prosecteur à la Faculté.

L'idée d'inciser les rétrécissements uréthraux, pour rétablir le cours de l'urine, ne date pas d'hier. Héliodore, Galien, Paul d'Egine, Rhazès, Avicenne, Albucasis tentèrent et firent la section, avec l'instrument tranchant, des rétrécissements de la partie antérieure du canal, qu'ils pouvaient atteindre. Vers le milieu du XVIe siècle, Al. Ferri, F. Diaz, A. Paré firent, avec des sondes coupantes, des sections intra-uréthrales.

L'uréthrotomie interne ne date toutefois, dans la réalité, que de la fin du siècle dernier, et le premier instrument méritant réellement le nom d'uréthrotome est dû à Physick (de Philadelphie), qui le fit connaître en 1795. Il se composait d'une canule et d'un mandrin terminé par une lame pointue, coupant sur les côtés à la manière d'une lancette.

Depuis ce premier instrument, les uréthrotomes se sont multipliés; chacun a voulu avoir le sien, Arnott, Mac Ghie, Amussat, Leroy d'Étiolles, Guillon, Ricord, Civiale, etc., ont chacun leur uréthrotome. Reybard, en 1833, imagine un appareil destiné non plus simplement à scarifier le rétrécissement, mais à fendre dans toute son épaisseur la paroi uréthrale et, en 1852, l'Académie de médecine lui décerne le prix d'Argenteuil.

Trois ans plus tard, en 1855, Maisonneuve fait faire un grand pas à l'uréthrotomie, en imaginant un appareil d'un maniement facile, généralement employé aujourd'hui et que nous décrirons longuement un peu plus loin. D'autres uréthrotomes ont encore été imaginés depuis lors : mentionnons celui de M. Voillemier, celui de M. le professeur Trélat, celui de M. Horteloup. Ces instruments ne sont toutefois pas parvenus à enlever à l'uréthrotome de Maisonneuve la place qu'il occupe légitimement, et c'est encore ce dernier qui jouit de la faveur de la plupart des chirurgiens.

Malgré les nombreux travaux et les nombreux instruments que la section interne des rétrécissements a suscités, l'uréthrotomie interne a toujours été violemment attaquée par quelques-uns et cette opération a toujours trouvé des détracteurs. Ses partisans se sont toutefois considérablement augmentés, depuis une trentaine d'années. On est maintenant loin du temps où Théodore Turquet (de Mayenne) était obligé de fuir en Angleterre devant les persécutions des « suppôts de la rue de la Bucherie », pour avoir osé porter l'instrument tranchant dans l'urèthre royal d'Henri IV de France (1).

Les discussions successives, qui ont eu lieu à la Société de chirurgie, nous montrent que cette opération y a peu à peu gagné du terrain. En 1856, Vidal (de Cassis) croyait pouvoir exprimer l'opinion de la Société, en disant : *Point d'uréthrotomie.* En 1863 et en 1865, au contraire, quelques chirurgiens, MM. Dolbeau, Perrin, Follin, Trélat acceptaient l'opération dans des cas bien déterminés. Enfin, l'an dernier, M. Le Dentu soulevait de nouveau la question de l'uréthrotomie interne, en présentant un résumé comparatif de 25 uréthrotomies internes et de 24 divulsions; pour lui, l'uréthrotomie, tout en étant une bonne opération, devait céder le pas à la divulsion. Sa communication était le point de départ d'une discussion, qui occupa plusieurs séances et qui montra que presque tous les membres de la Société pratiquaient volontiers l'uréthrotomie interne. Deux seulement, MM. Le Fort et Després, dirent qu'ils ne pratiquaient jamais l'uréthrotomie interne. Tous les autres, MM. Sée, Kirmisson, Terrier, Tillaux, Lucas-Championnière, Trélat, Horteloup, Humbert, Polaillon se déclarèrent partisans de l'opération et la discussion se termina par une importante communication de M. Guyon, qui vint apporter, à la cause de l'uréthrotomie interne, l'appui de sa haute autorité et le résultat d'un millier d'uréthrotomies qu'il avait faites.

Malgré ses immenses progrès, l'uréthrotomie interne n'est pas encore universellement acceptée. En Amérique, quelques chirurgiens lui préfèrent l'électrolyse et, en 1885, Robert Newman, le vulgarisateur de cette méthode, a publié le résultat de cent rétrécissements traités par ce procédé. En France, toutefois, les divers traitements que l'on peut mettre en parallèle avec l'uréthrotomie interne, ne comptent que peu de partisans. La divulsion n'est guère pratiquée à Paris que par MM. Duplay et Le Dentu. Quant à l'électrolyse, employée par Mallez et par son élève Jardin, elle n'est guère utilisée que par M. Fort qui vient de la pré-

(1) GRÉGORY. *De la méthode sanglante dans les rétrécissements de l'urèthre*, Thèse de Paris, 1879, n° 295, p. 21.

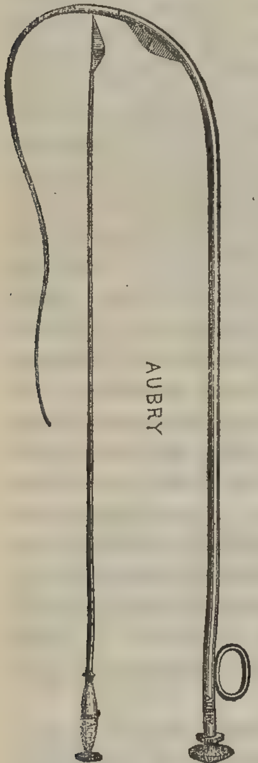
coniser de nouveau, dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine, par M. le professeur Richet, en mai de cette année. Ce travail, le dernier publié sur la question, en même temps qu'il constitue l'apologie du procédé personnel à l'auteur, n'est qu'un long factum contre l'uréthrotomie. On y retrouve toutes les critiques, toutes les accusations, déjà formulées il y a quelques années dans une thèse fort intéressante, pleine de documents, due à un prosecteur de Bordeaux, à M. Grégory.

Ces différences dans les appréciations tiennent certainement à la manière différente de comprendre les indications et de pratiquer l'opération de l'uréthrotomie interne. Aussi, avant d'examiner les accidents imputés à la méthode, commencerons-nous par indiquer le *modus faciendi* qui nous paraît le meilleur (1) et par poser les indications de cette opération. Nous pourrons alors étudier, d'une façon plus complète, les pièces du procès, et voir si les accidents, si souvent mis sur le compte de l'uréthrotomie, ne sont pas plutôt le fait de l'opérateur que de l'opération.

I

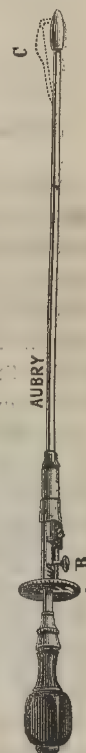
MANUEL OPÉRATOIRE

1° *Instruments.* — L'uréthrotomie, la plus simple, celle qui réalise toutes les conditions désirables pour la section complète de tous les points rétrécis, est celle qu'on pratique d'avant en arrière avec l'uréthrotome de Maisonneuve.



Cet uréthrotome se compose d'un conducteur métallique courbe, pourvu dans toute sa longueur d'une cannelure sur sa concavité. Ce conducteur porte à son extrémité un pas de vis qui lui permet de se visser sur une bougie conductrice, armée d'un embout métallique. Un anneau, placé sur la tige de ce conducteur, indique la situation de la convexité de sa courbe et permet, en même temps, de le tenir solidement lorsqu'il est engagé dans l'urèthre. Dans la rainure du conducteur, glisse une lame coupante de forme triangulaire, à sommet mousse, écartant la paroi uréthrale, à base portée sur un mince mandrin métallique. L'uréthrotome possède encore une mince tige métallique (2), qui peut aussi se visser sur l'extrémité de la bougie armée et guider la sonde à bout coupé qu'on introduit dans l'urèthre après l'opération. Dans quelques cas, on peut se servir d'un conducteur portant sur sa convexité une cannelure, dans laquelle glisse la lame de l'uréthrotome; on sectionne ainsi la paroi inférieure du canal.

Les reproches, adressés à cet instrument, ont été nombreux, et, fait intéressant à noter, ils se contredisent les uns les autres. Voillemier lui reproche de *trop couper*, de sectionner des parties saines et d'être le point de départ de rétrécissements cicatriciels consécutifs dans la partie antérieure du canal. D'autres, au contraire, lui ont reproché de *ne pas couper*. Voillemier avait cru à tort à des rétrécissements cicatriciels dans un cas, où il avait vu des strictures multiples, superposées depuis le méat jusqu'aux parties profondes du canal. Il ignorait que c'était là une disposition habituelle chez les blennorrhagiques qui présentent le plus souvent des rétrécissements en chapelet, du méat à la région membraneuse, de plus en plus serrés à mesure qu'on s'avance vers la profondeur (Guyon). L'erreur inverse de ceux qui reprochaient à l'uréthrotome de ne pas couper, résultait de ce simple fait que ces opérateurs se servaient de l'uréthrotome coupant sur la convexité et que, de cette façon, il leur arrivait quelquefois de léser des plis de la muqueuse, alors, qu'au contraire, le rétrécissement fuyait sous la pression de la lame coupante. Nous verrons plus loin que l'uréthrotomie de la paroi inférieure du canal présente des indications spéciales et que l'uréthrotomie supérieure, suivant la paroi, dite, par M. Guyon, chirurgicale de l'urèthre, est celle que l'on doit pratiquer dans la presque totalité des cas.



L'uréthrotome de Civiale, dont les indications sont beaucoup plus restreintes que celles de l'instrument de Maisonneuve, est destiné à sectionner les rétrécissements d'arrière en avant. Il se compose d'une tige droite terminée par une olive. En prenant point d'appui sur la rondelle A et tirant à soi le manche, on fait saillir de l'olive la lame coupante C. Une vis de pression B permet de limiter la saillie de la lame. L'instrument est introduit fermé dans le canal; il faut avoir soin de dépasser de 1 centimètre au moins le rétrécissement avant de faire saillir la lame, celle-ci se développant en avant de l'olive, ainsi qu'on peut s'en assurer en regardant la figure ci-jointe et buttant contre le rétrécissement, si l'on n'a pas pris soin de porter suffisamment l'instrument en arrière. L'avantage de cet instrument est de permettre des sections dans toutes les directions, mesurées à volonté et ne présentant dans leur exécution aucune difficulté.

2° *Soins préliminaires.* — Autrefois Civiale recommandait de préparer l'urèthre à l'opération par la *dilatation préalable*. Il voyait là un double avantage. Faire la voie à l'olive de son uréthrotome et émousser la paroi du canal. Aujourd'hui, le premier de ces avantages n'a plus sa raison d'être; le cathéter de Maisonneuve franchissant des rétrécissements très serrés. Quant à émousser les parois du canal, nous verrons plus loin qu'il n'y a pas lieu d'y songer, l'indication capitale de l'uréthrotomie étant pour nous la nécessité qu'il y a à rétablir rapidement le cours des urines et l'impossibilité où l'on est, de passer des instruments dans le canal, sous peine de déterminer des complications.

L'introduction préliminaire d'une bougie, que l'on aura

(1) C'est celui que conseille notre maître, M. Guyon, et qu'a, du reste, déjà fort bien exposé, en 1870, dans sa Thèse inaugurale, un de ses internes, J.-L. Reverdin, actuellement professeur à Genève. Dix-huit ans de pratique n'ont guère amené que des modifications sans importance dans la technique de cette opération et dans les soins dont on doit l'entourer. (Voir Reverdin, *Étude sur l'uréthrotomie interne*, Thèse de Paris, 1870, n° 205.)

(2) On aura soin de prendre une tige longue, notablement plus longue que la sonde qu'elle doit guider, sous peine de ne pouvoir s'en servir avec avantage, et, malheureusement, aujourd'hui les fabricants font souvent des tiges trop courtes.

prise armée (1) et son séjour à demeure pendant une nuit, sera toutefois possible et utile, lors de rétrécissement fibreux très dur et très serré où le contact prolongé d'un instrument n'est pas cause d'accident. Le passage du cathéter sera notablement facilité par cette manœuvre (2). A part ce cas, en somme exceptionnel, la dilatation préalable est à rejeter.

Aussi le traitement préliminaire est-il, aujourd'hui, réduit à peu de chose. L'ingestion de *tisanes diurétiques* (graine de lin, *uva ursi*, etc.), conseillée par Gosselin dans le but de rendre les urines moins toxiques, peut être conseillée; c'est une pratique qui, en tous cas, ne présente pas d'inconvénients.

Il semble actuellement, avec les idées de pathologie générale ayant cours, qu'il est beaucoup plus important de chercher, comme le fait M. Terrier, à obtenir, dans la mesure du possible, l'*antisepsie vésicale* et celle de l'urèthre. On y arrive en donnant à prendre au malade, sous forme de solution, du biborate de soude (3), qui passe dans les urines sous forme d'acide borique. Un malade peut prendre, sans l'ombre d'accident, 15 à 17 grammes de borax dans les vingt-quatre heures, soit 5gr,50 à 6gr,50 d'acide borique. L'élimination de l'acide borique par les urines se fait très rapidement et en grande quantité, dès le jour de l'administration du médicament; cette élimination continue pendant les jours qui suivent et l'on a pu encore noter, six jours après la cessation du borax, la présence de l'acide borique dans les urines (F. Terrier); 4 grammes de borate de soude par jour suffisent à assurer l'asepsie des urines (F. Terrier).

Certains ont dit que cette antisepsie était beaucoup plus apparente que réelle, que, dans les cas où l'on était exposé à des accidents, il y avait des lésions rénales, et que, lors de lésion rénale un peu avancée, l'acide borique cessait d'être éliminé par les urines. Nous pouvons leur répondre que, tout au moins chez deux malades, porteurs de lésions rénales anciennes, nous avons recherché dans les urines, quelques jours avant la mort, la présence de l'acide borique et que nous l'y avons constatée. Le seul accident, qui nous ait paru lié, dans quelques cas, à l'ingestion de ce médicament, est un léger degré d'inappétence.

L'antisepsie urinaire, déterminée par ce médicament, semble démontrée par ce fait que les urines ne subissent plus la transformation ammoniacale.

Avant de pratiquer l'uréthrotomie, on pourra donc avantageusement prescrire le biborate de soude. De plus, à titre de fébrifuge ou d'antiseptique, comme l'on voudra, on peut donner du *sulfate de quinine* à prendre au malade comme l'a conseillé M. Ricord, comme le fait encore aujourd'hui M. le professeur Guyon. On donnera donc, la veille et le matin de l'opération, 60 centigrammes de sulfate de quinine; ce sel pourra être continué à doses faibles (20 centigr.) pendant les trois ou quatre jours qui suivront.

Enfin, il est utile, comme on le fait du reste lorsqu'on pratique une opération, quelle qu'elle soit, de purger le malade l'avant-veille, ou tout au moins de lui donner, la veille au soir, un *lavement* additionné de quelques cuillerées de glycérine ou de gros miel.

3° *Opération.* — Les instruments, qui doivent servir pendant ou après l'opération (uréthrotome, bougie conductrice, sonde à bout coupé), sont plongés dans une solution phéniquée (1), forte à 1/20e. Avant de les introduire dans le canal, on les graisse en les trempant dans de l'huile phéniquée au 1/40e. Un litre d'eau boriquée, à 30 p. 1000, est mis à tiédir au bain-marie; on s'en servira après l'opération pour laver la vessie.

Avant de commencer l'opération, il faut s'assurer que tous les instruments sont en bon état et fonctionnent bien. La lame doit courir facilement dans la cannelure du cathéter, sans arrêt, ni ressaut; le pas de vis du cathéter doit se visser bien et facilement dans l'armature de la bougie. Enfin, on examinera, avec une scrupuleuse attention, la partie de celle-ci, qui confine à l'armature; c'est elle qui se détériore le plus rapidement, parce que c'est à son niveau que la flexion se fait surtout. Nous avons été témoin d'un cas où l'on n'avait pas pris cette précaution, et où, lorsqu'on a retiré l'instrument, on n'a ramené que l'ajutage métallique, la bougie s'étant cassée à sa jonction avec l'armature, lorsqu'elle avait été fléchie dans la vessie.

Le malade est placé dans le décubitus horizontal, dans le lit où il restera après l'opération; celle-ci ne devant donner lieu qu'à un écoulement sanguin très minime, une simple serviette placée entre les jambes suffira pour protéger les draps.

On lavera avec soin le gland et le prépuce avec une solution phéniquée au 1/40e. On aura aussi soin d'assurer, dans la mesure du possible, l'antisepsie du canal. Pour y parvenir, M. Guyon a coutume de charger une seringue d'eau boriquée, d'introduire le bec de la canule dans le méat, qu'on serre sur elle avec les doigts de la main gauche, puis de pousser avec la main droite, le contenu de la seringue dans le canal. On l'injecte par une série de coups de piston, ayant toujours soin de retirer la canule du méat et de laisser le liquide s'écouler, dès que le canal est rempli, ce que sent très bien un doigt de la main gauche, qui, maintenant le canal serré sur la seringue, en apprécie parfaitement la tension.

L'anesthésie générale, employée par quelques-uns, nous semble le plus souvent inutile. Cependant, M. Guyon n'hésite pas, chez quelques malades pusillanimes, à recourir à une anesthésie relative, au chloroforme dit « à la reine » (2).

Il suffira donc, après avoir passé la bougie, de placer, devant la figure du malade, une compresse imbibée de quelques gouttes de chloroforme; pendant la période d'obnubilation, alors que le malade cause encore, mais alors aussi que la sensibilité à la douleur est notablement atténuée, on exécutera et l'on terminera l'opération. Le malade se réveille immédiatement, ayant conscience, dans une certaine mesure, de ce qu'on lui a fait, mais n'ayant éprouvé aucune sensation douloureuse. Dans quelques cas,

---

(1) Nous disons armée, afin que l'on puisse visser directement sur elle le cathéter cannelé et qu'on n'ait pas à la changer le jour de l'opération, l'introduction de la bougie étant quelquefois pénible dans cette sorte de rétrécissements.

(2) Le simple séjour d'une bougie filiforme à demeure pendant une nuit suffit en effet pour amollir, d'une façon notable, un rétrécissement.

(3) A 11, 16 ou 20 degrés, 1 litre d'eau peut dissoudre 33gr,99, 42gr,78 et 57gr,49 de borax (Jolly). L'addition de glycérine permet d'augmenter cette solubilité.

(1) On aura soin de prendre une solution d'acide phénique dans la glycérine; l'alcool, qui entre quelquefois dans les solutions phéniquées, altérant les sondes et les bougies.

(2) On l'appelle encore « chloroforme obstétrical ». Il consiste à obtenir une anesthésie relative, sans même aller jusqu'à la période d'agitation. C'est le chloroforme tel que le donnent aux femmes les accoucheurs, tel que Simpson l'a autrefois donné à la reine Victoria.

l'anesthésie locale par la cocaïne pourra être utilisée. Mais, le plus souvent, des rétrécissements multiples et assez serrés de la portion pénienne empêchent de porter l'agent anesthésique jusqu'au niveau du rétrécissement périnéal, qui est le plus serré. Le moyen le plus simple, pour obtenir cette anesthésie, est de se servir de l'instillateur de M. Guyon et de porter, avec une boule de très petit calibre, au niveau du rétrécissement le plus profond, une vingtaine de gouttes d'une solution de cocaïne au 1/20°. En ramenant à soi la boule de l'explorateur, on déposera quelques gouttes de cocaïne sur tout le trajet de l'urèthre antérieur. Nous avons ainsi pu faire une uréthrotomie, sans que le malade accusât la plus petite douleur. Le plus souvent toutefois, comme notre maître M. Guyon, nous avons opéré sans anesthésie aucune. L'opération est si simple et si rapide, qu'il est à peu près inutile de s'attarder à rechercher une anesthésie quelconque.

L'introduction de la bougie armée conductrice ne présente, en général, rien de spécial. Cependant elle est quelquefois difficile. On peut alors la faciliter en maintenant, pendant le lavage, l'urèthre quelques instants en tension ; on fait ainsi de la pression hydraulique sur le rétrécissement qu'on dilate. Dans certaines circonstances, il est avantageux d'employer des bougies dont l'extrémité présente une forme spéciale, tortillée, en baïonnette (1).

Le plus souvent, en effet, ce n'est pas l'étroitesse du rétrécissement qui rend son passage difficile, c'est une déviation du canal, une situation excentrique de l'orifice. D'autres fois, il suffira d'attendre quelques instants en laissant la bougie au contact du rétrécissement. Le cathétérisme appuyé, qu'on peut encore faire avec une bougie de cire, amenée au contact du rétrécissement, rend des services en donnant à la lumière du rétrécissement une forme d'entonnoir et en ramenant son orifice sur la ligne médiane.

Chez quelques malades cependant, malgré ces artifices, malgré la patience et l'habileté de l'opérateur, l'introduction est impossible. Que faire ? La conduite à tenir varie suivant les cas : si rien ne presse, si le malade vide facilement la vessie, on remettra les tentatives au lendemain. Le repos, les bains, les cataplasmes, les boissons diurétiques et lénitives, comme la graine de lin, suffiront le plus souvent pour diminuer la congestion, dont le rétrécissement est le siège, et rendre son passage plus facile.

Si, au contraire, il y a des accidents rénaux graves, si le malade ne vide pas la vessie et est exposé à tous les accidents que détermine la distension vésicale, il n'y a pas à hésiter, il faut que le chirurgien ne quitte son malade qu'après avoir assuré la libre évacuation de l'urine. Nous avons vu mourir, en quarante-huit heures, d'infection urineuse suraiguë, un rétréci porteur d'une distension vésicale et chez lequel les vaines tentatives, faites pour introduire la bougie, avaient été l'occasion de l'éclosion d'accidents mortels.

En pareille circonstance, il faut donner le chloroforme. Sur le malade endormi, on peut, de nouveau, essayer le passage d'une bougie ; celui-ci deviendrait alors quelquefois possible, si l'on en croit MM. Sédillot, Gaujot et Reliquet. S'il reste impossible, ce qui est surtout à redouter lorsque l'urèthre a été fourragé par un chirurgien inexpérimenté qui y a creusé des fausses routes, on fera immédiatement l'uréthrotomie externe, complétant cette opération par une uréthrotomie interne de la partie antérieure du canal, pour peu que celle-ci présente des points resserrés, comme c'est la règle dans les rétrécissements les plus fréquents, ceux qui résultent de la blennorrhagie.

Dans un seul cas, on devra avoir recours à la taille hypogastrique et au cathétérisme rétrograde, lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement traumatique consécutif à une fracture du bassin. La lésion est alors profondément située dans la région membraneuse ou dans l'étage supérieur du périnée et l'on ne peut songer à l'atteindre par l'incision périnéale. Dans toute autre circonstance, l'uréthrotomie externe peut être pratiquée et doit naturellement avoir la préférence sur la taille, vu son peu de gravité.

Lorsque la bougie a pénétré dans l'urèthre, il faut visser sur son armature le cathéter cannelé qu'elle doit conduire. Mais auparavant, il faut s'assurer qu'elle est bien introduite jusque dans la vessie ; avec un peu d'habitude, on reconnaît parfaitement, à l'aide de quelques petits mouvements de va et vient, qu'elle a franchi le rétrécissement. Pour peu qu'il y ait le moindre doute (1), on vissera, sur l'armature de la bougie, la tige métallique et l'on poussera celle-ci de 6 à 8 centimètres dans le canal ; si la bougie n'est pas engagée dans le rétrécissement, si elle est repliée dans le canal, on voit son extrémité revenir au méat.

Lorsqu'on est sûr que la bougie est bien placée, *on visse sur son armature le cathéter courbe*, cannelé sur la concavité. On s'assure que le pas de vis tient bien et qu'il n'y a pas à craindre de perdre la bougie dans la vessie au retour.

Le cathéter est introduit dans l'urèthre, comme dans le cathétérisme ordinaire. L'opérateur, debout à droite du malade, le place tout d'abord parallèlement au pli de l'aine et le pousse doucement dans l'urèthre jusqu'à l'amener dans la région périnéale. Il ramène alors l'extrémité de l'instrument sur la ligne médiane, puis l'abaisse graduellement et doucement entre les jambes du malade. Pendant que la main droite fait exécuter ce mouvement au conducteur, veillant à ce qu'il n'oscille, ni d'un côté, ni de l'autre, la gauche refoule en bas les tissus de la région hypogastrique, de manière à relâcher le ligament suspenseur de la verge, en abaissant ses insertions supérieures. On sent peu à peu le cathéter pénétrer et, au bout d'un instant, une sensation de liberté plus grande et un relâchement du ligament suspenseur avertissent que l'instrument a pénétré jusque dans la vessie. Assez souvent, à ce moment, on voit filtrer le long du cathéter quelques gouttes d'urine. On fera la section dans cette urine ; la chose n'a pas d'importance et jamais on n'a vu d'accidents à la suite.

Les choses ne se passent pas toujours aussi facilement et, comme le dit M. Reverdin dans sa thèse, « ce temps est, en réalité, le plus difficile de l'opération ». C'est pendant cette introduction du conducteur que l'on est exposé à faire des déchirures de l'urèthre, pour peu qu'on n'ait pas toute la patience nécessaire et qu'on déploie de la force.

Si cette introduction présente de réelles difficultés, et si rien ne presse, le mieux est de remettre au lendemain l'opération, en laissant la bougie à demeure. Le contact de celle-

(1) On donne ces formes aux bougies avec la plus grande facilité, et l'on fixe les coudures en les maintenant immobiles, après les avoir trempées dans le collodion, jusqu'à dessiccation de celui-ci.

(1) Et il est important de n'en pas avoir, car il faut que la bougie ne soit pas repliée. M. Félix Brou (de Lyon) a, en pareille circonstance, sectionné, avec la lame de l'uréthrotome, la bougie conductrice repliée en avant du rétrécissement. (In *Lyon médical*, octobre 1872.)

ci suffira pour dilater le rétrécissement, de façon telle que l'introduction du cathéter sera des plus faciles. Si, au contraire, le temps presse, s'il y a nécessité de terminer le jour même l'opération et de rétablir le cours de l'urine, on cherchera par quelques manœuvres appropriées à faciliter le passage de ce conducteur. Notre maître, M. Guyon, a coutume, en pareille circonstance, de pousser l'instrument d'une main, pendant qu'il guide son extrémité profonde avec un doigt de l'autre introduit dans le rectum ; un aide facilite la manœuvre en abaissant fortement en bas la racine de la verge. Jamais il ne faut employer la violence, car on pourrait faire une fausse route, malgré la bougie conductrice qui peut se replier au niveau de son ajutage métallique (J.-L. Reverdin).

Lorsque le cathéter est en place, il faut faire la *section du ou des rétrécissements*. Pour cela, il est inutile de prendre une lame très volumineuse. Une lame, mesurant 21 ou 23 à la filière Charrière, est excellente. On emploiera le plus souvent la lame n° 23 ; toutefois, dans les cas de rétrécissement très serré, dur, M. Guyon recommande de ne prendre que la lame n° 21, parce qu'on est exposé à dépasser les limites des parties à sectionner. On la glisse dans la rainure du conducteur, mais, avant de la pousser, on s'assure que ce cathéter conducteur est bien placé. Il doit avoir une direction correspondant à peu près à celle du canal, c'est dire qu'il doit être oblique en haut et en avant. Il y a une importance capitale à ne pas abaisser le pavillon de l'instrument entre les jambes ; cette manœuvre détermine, par un mouvement de bascule, une élévation trop considérable de sa portion profonde et expose à couper les plexus de Santorini. Il est probable que bien des hémorrhagies, consécutives à l'uréthrotomie, ont été dues à l'oubli de cette précaution élémentaire. On spécifiera donc bien à l'aide, chargé de maintenir le cathéter immobile pendant la section, qu'il est de toute nécessité qu'il ne modifie pas l'inclinaison donnée à l'instrument et surtout qu'il n'en abaisse pas le pavillon. Le chirurgien, tenant la verge entre le pouce et l'index gauches, tendant et écartant la paroi uréthrale de la cannelure du conducteur, de façon à effacer les plis de la muqueuse, pourra alors pousser de la main droite la lame en toute confiance ; la résistance, qu'il éprouvera en différents points, lui indiquera qu'il sectionne une série de rétrécissements. Au retour, la lame ne dénote, en général, de résistance qu'au niveau d'un ou de deux rétrécissements, tous les autres, qu'on avait sentis à l'aller, ne sont en général plus perçus au retour.

Il est inutile, croyons-nous, de rappeler qu'il ne faut pas, comme le recommandait Richard, « jouer du violon dans l'urèthre ». Le double passage de la lame, à l'aller et au retour, suffit à assurer une section suffisante.

La section faite, on retire le cathéter, on le dévisse et on le remplace sur l'armature de la bougie par la tige droite qui va servir à conduire la *sonde* qu'on laissera *à demeure ;* celle-ci sera de *calibre moyen ;* M. Guyon insiste sur ce point. Pour peu que l'on éprouve la moindre résistance dans l'introduction de la sonde, il faut en prendre une plus petite. Une grosse sonde, telle que l'emploient certains de ceux qui dénigrent l'uréthrotomie et qui, en réalité, ne devraient s'en prendre qu'à leur propre façon d'opérer, irrite les parois du canal et expose à une foule d'accidents.

Les chirurgiens, qui en ont préconisé l'usage, sont partis de vues théoriques. Ils ont cru, en recourant à des instruments de fort calibre, pouvoir obtenir un écartement plus grand de la plaie uréthrale et partant une dilatation plus considérable ; ils ont aussi pensé pouvoir prévenir de cette manière les hémorrhagies, de même que l'infiltration de l'urine au niveau de la plaie.

Dans la réalité, cette pratique de la grosse sonde donne des résultats déplorables. Il est absolument inutile de chercher à écarter les bords de l'incision faite à la paroi uréthrale ; ceux-ci s'écartent naturellement et la plaie prend d'elle-même une forme elliptique, ainsi que le montrent les autopsies. De plus, bien loin de donner une cicatrice plus large, la grosse sonde, en irritant le canal, donne une cicatrice rétractile, détestable par conséquent. Il se passe, au niveau de la plaie uréthrale, ce qui a lieu dans les lambeaux d'amputation qui s'enflamment. Ceux-ci, quelque longs qu'ils soient, se rétractent et finalement se trouvent trop courts, beaucoup plus courts que des lambeaux primitivement de dimensions minimes, mais qu'on est arrivé à réunir par première intention.

Le passage d'une grosse sonde, après l'uréthrotomie, détermine aussi très souvent des hémorrhagies ; écartant violemment les deux lèvres de l'incision qu'on vient de faire, il déchire la paroi uréthrale dans une étendue variable, si bien que l'on substitue, à une incision bien déterminée, une déchirure qu'on ne peut limiter ; de là des hémorrhagies, des accidents multiples.

Quant à *prévenir le passage de l'urine à travers la plaie* en plaçant à demeure une sonde de gros calibre, c'est là une simple vue de l'esprit. Une grosse sonde, bien loin de prévenir l'infiltration, ne pourra que la favoriser. Quelque grosse qu'elle soit, cette sonde n'aboutira jamais à combler les parties profondes du canal, elle obstruera complètement la portion préalablement rétrécie et ce sera tout. Quant au résultat, il est facile à prévoir : que la sonde se bouche ou qu'elle soit bouchée (on voit encore nombre de chirurgiens la fermer avec un fosset) et qu'il survienne une contraction vésicale, celle-ci va chasser l'urine entre la sonde et la prostate, la pousser jusqu'au niveau du rétrécissement et, comme ce liquide est incompressible, s'il est en quantité suffisante, il forcera la plaie et s'infiltrera. Le meilleur moyen de prévenir l'infiltration, c'est, comme l'a dit, enseigné et répété notre maître M. Guyon, de mettre une sonde de moyennes dimensions. Si accident pareil à celui que nous venons de rappeler arrive, l'urine filtre entre les parois du canal et la sonde ; elle passe bien au contact de la plaie, mais ne la pénètre pas. *Il y a simple contact et non pénétration*; comme le fait si justement observer M. Guyon. Partant, il n'y a pas d'accident, pas d'infiltration.

On prendra donc une sonde n° 16 à 18, à bout coupé, pourvue de deux yeux latéraux ; on aura soin qu'elle soit assez souple, de manière à ne pas léser les parois du canal lors de son passage. Cette sonde est trempée dans l'huile phéniquée ; on a soin de la tenir un instant renversée avant de l'introduire, de manière à faire couler une goutte d'huile dans son intérieur, ce qui facilitera le glissement de cette sonde sur la tige droite qui va la guider. On enfile la sonde sur cette tige qui a remplacé le cathéter, puis sur la bougie, et on la conduit ainsi à l'intérieur de la vessie, sans léser en quoi que ce soit les parois uréthrales. Pour éviter que la sonde ne butte et ne se ploie contre une portion uréthrale indurée ou contre un calcul placé en arrière d'un rétrécissement, il est bon, comme le fait actuellement M. Guyon, de ne pas se contenter de faire glisser la sonde sur la tige et la bougie, mais, ayant enfilé la sonde jusqu'à la jonction de

la tige et de la bougie, de pousser simultanément tige et sonde, la tige empêche la production de coudure au niveau de l'extrémité de la sonde et conduit facilement celle-ci en arrière du rétrécissement. Bougie et tige sont alors retirées.

Il est assez fréquent, à ce moment, de ne pas voir couler une seule goutte d'urine par la sonde. Cela tient à ce que celle-ci a entraîné au passage le petit caillot uréthral qu'a formé le sang, écoulé au niveau de la petite plaie qu'on a faite. Il suffit d'injecter un peu de solution boriquée pour voir sortir ce petit caillot et couler l'urine claire contenue dans la vessie. Au reste, dans tous les cas, un lavage boriqué de la vessie est utile. Ce lavage fait, on place la sonde de manière à ce qu'elle donne lieu à un écoulement continu d'urine, et, lorsque le *goutte à goutte* s'est établi, on la fixe, on lui ajoute un bout de tube de caoutchouc et l'on place l'extrémité de celui-ci dans un urinoir, le plongeant dans un peu de solution boriquée, afin d'éviter, autant que possible, le développement de fermentations à l'intérieur de la sonde.

4° *Soins consécutifs.* — M. Guyon a coutume de laisser la *sonde à demeure pendant quarante-huit heures.* Pendant ce temps il faut assurer, à l'aide d'injections boriquées douces, la perméabilité de la sonde, la débarrassant des flocons muqueux qui peuvent l'obturer, si le malade a un certain degré de cystite. L'urine coule ainsi d'une façon continue et l'on n'a pas à craindre de voir une contraction vésicale chasser brutalement la sonde.

Au bout de quarante-huit heures, on enlève la sonde après avoir fait un lavage boriqué de la vessie. Il est bon, pendant qu'on retire la sonde, de continuer l'injection qui reflue alors entre elle et les parois du canal. Cette petite manœuvre a le double avantage de laver l'urèthre et de ramollir, de dissocier les croûtelles muco-sanguinolentes qui, souvent, font adhérer la sonde aux parois du canal. On n'a dès lors pas à craindre de déterminer, au moment de l'ablation de la sonde, de petites excoriations de la muqueuse par arrachement.

Le lendemain ou le surlendemain de l'ablation de la sonde, le malade peut se lever. On veillera toutefois à ce qu'il ne prenne pas froid, tout au moins pendant les premiers jours. Quinze jours environ après l'opération, il est utile de passer quelques bougies, lors de rétrécissements très durs, en particulier de rétrécissements traumatiques. Dans les autres cas, on peut attendre, si l'on veut, pendant quelques semaines, sans le moindre inconvénient (Guyon). Plus tôt on fait souvent saigner le canal et l'on détermine des douleurs; on déchire, on contusionne, on enflamme la cicatrice, et, au lieu d'un tissu mince et peu rétractile, on provoque la formation d'une cicatrice épaisse, dure et rétractile (J.-L. Reverdin). On ne cherchera pas à passer d'emblée un instrument très volumineux; ce serait, il est vrai, possible le plus souvent, mais cela pourrait, dans quelques cas, déterminer une déchirure. On commencera donc par des bougies 17 et 18; puis on montera graduellement, d'un numéro tous les deux jours, ne faisant chaque fois qu'entrer et sortir la bougie. Les béniqués rendront aussi des services dès que l'on aura passé quelques numéros de bougie. On recommandera au malade, s'il veut éviter les récidives, de continuer ce passage de bougies, d'abord toutes les semaines, puis tous les mois, pendant une période de temps qu'il est actuellement encore impossible de déterminer.

L'emploi de l'*uréthrotome de Civiale* est des plus faciles; il suffit d'amener l'olive à une petite distance en arrière du rétrécissement le plus profond, de faire saillir la lame coupante et de ramener l'instrument à soi, en faisant porter la section successivement sur différents points de la paroi. Les soins préliminaires et consécutifs sont les mêmes que dans l'uréthrotomie faite avec l'instrument de Maisonneuve.

II

COMPLICATIONS DE L'URÉTHROTOMIE INTERNE

L'uréthrotomie interne, pratiquée avec les précautions que nous avons indiquées, est une excellente opération qui ne présente, pour ainsi dire, pas de gravité. Nous n'en voulons pour preuve que la faiblesse de la mortalité qu'elle donne, ainsi qu'on peut le constater par l'examen de la statistique de M. le professeur Guyon qui, sur 1000 uréthrotomies, n'a perdu que 6 malades du fait de l'intervention, soit 1/2 p. 100. Aussi croyons-nous ne pouvoir nous élever avec assez de force contre cette opinion émise récemment que « l'uréthrotomie est une opération *dangereuse, douloureuse* et *inutile*, qui *effraye* le malade parce que celui-ci redoute toute opération par instrument tranchant, suivie d'écoulement sanguin » (1). Il est évident: d'une part, que le chirurgien, dont nous venons de rapporter les paroles, a eu affaire à des malades d'une impressionnabilité spéciale, et qu'on n'avait pas su calmer leurs appréhensions; d'autre part, que les praticiens, qu'il a eu l'occasion de voir opérer, n'étaient pas les mêmes que les chirurgiens à l'école desquels nous avons été élevé.

Nous n'irons pas, toutefois, jusqu'à dire que l'uréthrotomie ne cause jamais d'accidents. Ceux-ci existent et ils ont fait l'objet d'un long réquisitoire de la part de M. Grégory. Cet auteur donne une statistique personnelle, faite à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, et portant sur 44 cas. Des 44 opérés, 8 sont morts (soit 18 p. 100); 7 fois on a noté une hémorrhagie, 4 fois une infiltration urineuse, 1 fois une orchite; 24 malades seulement n'ont pas eu d'accident particulier, à part la fièvre qui s'est montrée 34 fois sur 36.

Une pareille statistique est évidemment des plus décourageantes, mais les résultats obtenus s'expliquent facilement par le *modus faciendi* des opérateurs. Qu'on lise les observations, et, dans le peu de détails opératoires mentionnés, on trouvera des fautes multiples. Immédiatement après la section on a passé des béniqués n° 36 (Obs. XIX), n° 38 (Obs. II), n° 43 (Obs. IV et VIII); on a fait la dilatation immédiate du rétrécissement incisé à l'aide de baleines introduites l'une après l'autre [!] (Obs. VI); on a placé à demeure une grosse sonde métallique (Obs. XI); dans certains cas, au lieu d'inciser la paroi supérieure de l'urèthre, on a incisé la paroi inférieure (Obs. IX); dans d'autres, on a promené à plusieurs reprises la lame de l'uréthrotome d'avant en arrière et d'arrière en avant (Obs. XXVII); les sondes placées à demeure après l'opération étaient de gros calibre n° 19 (Obs. XL), etc.

Il serait malaisé de s'expliquer l'absence d'accidents avec de pareilles pratiques. L'existence même de ces complications multiples nous montre l'importance du plus petit détail dans le manuel opératoire et servira d'excuse à la description minutieuse que nous en avons donnée.

---

(1) J.-A. Fort. *Nouveau procédé pour guérir les rétrécissements de l'urèthre*, p. 12, Paris 1888. Les mots *en italiques* le sont dans le texte de l'auteur.

M. Guyon a eu, lui aussi, des accidents ; mais c'était à une époque où il n'avait pas encore précisé, d'une façon aussi absolue qu'aujourd'hui, les différents points de l'opération. C'est ainsi qu'en 1871, il eut, à la suite d'une uréthrotomie, faite chez un vieillard de soixante-deux ans, pour un rétrécissement très dur et très serré, des *hémorrhagies abondantes* qui plongèrent le malade dans un état de cachexie marquée et contribuèrent à amener l'issue fatale. Les accidents s'expliquent parfaitement dans ce cas par la façon dont l'opération a été pratiquée. Ils ne se seraient pas produits, si l'on avait suivi les règles, qu'a aujourd'hui si magistralement posées notre maître. L'incision avait été faite avec la *lame* n° 26, et, par suite, avait présenté des dimensions excessives.

Un second accident, fréquent à la suite de l'uréthrotomie, est la *fièvre*. Celle-ci se montre en moyenne une fois sur trois, si l'on tient compte de toute élévation de température, aussi bien de la plus modérée que de la plus forte (F. Guyon).

Une des formes, que l'on observe le plus fréquemment, est celle de l'accès urineux aigu franc. Le jour de l'opération ou plus souvent encore dans les vingt-quatre heures qui suivent l'ablation de la sonde, le malade est pris d'un grand frisson, avec claquement de dents, pouvant durer deux heures et plus ; la température s'élève à 40 degrés, 40° 1/2 ; puis survient une période de chaleur, bientôt suivie de sueurs, et, le lendemain, tout est terminé. Il semble bien que, dans ces cas, il s'agisse de phénomènes d'absorption de matériaux septiques au niveau de la plaie uréthrale. Chez un des malades que nous avons observés, il y eut un premier frisson trois heures après la première miction qui suivit l'ablation de la sonde, soit neuf heures après cette ablation, puis un deuxième deux heures et demie après la troisième miction. La première et la troisième mictions avaient été abondantes, douloureuses, accompagnées de quelques gouttes de sang. La deuxième, la nuit, avait été peu abondante et indolente. Le malade guérit et n'eut pas de nouveaux accès, lorsque, quinze jours plus tard, on commença le passage de bougies. A aucun moment, on n'avait constaté de symptômes pouvant autoriser à supposer l'existence de lésions rénales.

L'urine, dans ce cas, contenait, presque à l'état de culture pure, un microbe, que nous avons ensemencé avec l'aide de notre ami, M. de Gennes, et qui nous a paru rappeler les caractères de la bactérie septique, décrite par M. S. Clado dans sa thèse (1). Nous avons retrouvé le même microbe dans le sang pris par une piqûre de l'index, au début d'un frisson. Une autre piqûre, faite au même endroit pendant une période d'apyrexie, nous a donné un liquide stérile. Y a-t-il eu une faute commise dans l'expérience ? L'absence de toute observation analogue, la rareté des constatations de microbes dans le sang, ne nous autorisent pas à conclure de ce cas unique à la pathogénie de ces frissons qui suivent l'uréthrotomie. Nous croyons cependant, qu'il est difficile d'expliquer ces accès urineux aigus francs autrement que par l'absorption d'un agent infectieux, au niveau de la plaie uréthrale (2), et qu'on ne peut invoquer ici l'idée d'une résorption. L'accès dépendrait de l'accumulation dans le sang d'un produit de sécrétion de ces microbes. Sa non-reproduction et la chute rapide de la température s'expliqueraient par l'élimination simultanée de ce produit et du microbe qui le sécrète (?).

Chez quelques malades, en particulier chez ceux porteurs de lésions rénales, la fièvre peut affecter un autre type et persister plusieurs jours. C'est ainsi que chez un rétréci, dont la région rénale droite était nettement douloureuse à la pression et dont la température s'élevait à 39°4, 39°8, 39, 38 degrés chaque soir, pour redevenir à peu près normale chaque matin, nous avons vu, après l'uréthrotomie interne, que nous avons cru devoir pratiquer en pleine période fébrile, non seulement malgré, mais à cause même de cette fièvre, la température présenter pendant les deux premiers jours qui suivirent l'opération, les mêmes oscillations, les mêmes frissons qu'avant toute intervention. Le troisième jour, lendemain de l'ablation de la sonde, la température qui, le matin, s'était maintenue à 38°2, ne s'éleva le soir qu'à 38°1 ; le quatrième jour elle était le matin de 36°2, le soir de 38°3 et il y avait encore un léger frisson ; le cinquième jour seulement, elle resta au-dessous de 37 degrés et ce n'est qu'à partir de ce moment, qu'on put considérer le malade comme guéri.

Enfin, chez une dernière catégorie de malades, la fièvre, symptomatique d'une néphrite, continue et la lésion rénale évolue jusqu'à la mort du malade. L'uréthrotomie peut, chez des malades dont les reins sont désorganisés, être l'occasion d'une poussée aiguë. « C'est l'histoire de ces vieux urinaires arrivés aux dernières limites, chez lesquels une simple rétention d'urine, une cystite légère, font l'effet de la goutte d'eau qui fait déborder le vase » (Guyon et Bazy).

Les autres complications de l'uréthrotomie interne sont, en somme, assez rares. L'*infiltration d'urine*, l'*infection purulente* résultent probablement de ce qu'on a mis, après l'opération, une sonde trop grosse qui a déchiré la paroi uréthrale, de ce qu'on a fait une incision trop étendue, etc. Pour notre part, nous n'avons jamais observé un seul de ces accidents, ni dans les uréthrotomies, que nous avons faites, ni dans celles que nous avons vu pratiquer par M. Guyon ou par M. Campenon, pendant les treize mois que nous avons passés à Necker, soit sur un total de 50 à 55 uréthrotomies environ.

Les autres accidents, *orchite*, *prostatite*, *uréthrite*, etc., ne présentent rien de spécial à cette opération et se montrent aussi bien à la suite de toute autre intervention intra-uréthrale ; ils sont, du reste, très rarement observés et ne doivent pas nous arrêter.

III

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'URÉTHROTOMIE INTERNE

Les indications de l'uréthrotomie interne ont été très différemment comprises suivant les époques. Au début, pré-

(1) Clado. *Sur une bactérie septique de la vessie*, Thèse de Paris, 1887.

(2) L'apparition d'un grand accès fébrile, avec frisson, chaleur et sueurs, s'observe du reste dans d'autres circonstances où l'idée d'une inoculation directe, d'une absorption de matériaux infectieux, ne peut être contestée. Dans un cas, nous avons vu survenir un grand frisson chez une nouvelle accouchée, qui avait eu de l'inertie utérine une heure après que nous avions introduit la main dans la cavité utérine pour la débarrasser de ses caillots et provoquer des contractions de l'organe. Cet accident fut le seul constaté chez cette malade, qui guérit parfaitement.

Dans un autre cas, chez un malade à peu près rétabli d'un abcès périnéphrétique, dont le trajet, encore assez long, ne suppurait pour ainsi dire plus, nous avons noté l'apparition d'un frisson violent quelques heures après la suppression d'un drain de très petit calibre. Celui-ci fut remis dans le trajet pendant quelques jours, et le malade guérit parfaitement sans avoir présenté d'autre accident que cet accès absolument comparable aux accès urineux francs.

conisée par quelques-uns pour tous les rétrécissements, quels que soient leur siège, leur étendue, leur nature, quels que soient les accidents qui les accompagnent, elle a été posée en rivale de la dilatation. Ses partisans « avaient, en effet, la prétention d'amener la *cure radicale*, c'est-à-dire de s'opposer à la production de la récidive. Telle était notamment l'opinion de Reybard, qui préconisait, dans ce but, des incisions profondes » (Kirmisson et Desnos). Les faits n'ont pas tardé à répondre aux opérateurs qu'ils s'illusionnaient et que, quel que fût le procédé d'uréthrotomie mis en usage, si profondes que fussent les sections, on ne parvenait pas d'une manière certaine à empêcher les récidives. Bien plus, la trop grande étendue donnée aux sections n'aboutissait qu'à déterminer des accidents, ainsi que nous l'avons déjà vu. D'autres, au contraire, lui ont dénié toute utilité, et l'on a pu encore voir, à la dernière discussion de la Société de chirurgie, deux membres de l'honorable compagnie, la rejeter d'une façon absolue. L'un, M. Le Fort, emploie toujours son procédé de dilatation immédiate progressive, l'autre, M. Després, se contente dans tous les cas de la bougie à demeure.

En réalité, l'uréthrotomie ne mérite, ni l'excès d'enthousiasme des uns, ni la proscription complète des autres. Comme toute bonne opération, elle a ses indications et ses contre-indications, mais ne doit jamais être considérée comme une méthode curative. L'uréthrotomie, de même que la divulsion, rend, il est vrai, immédiatement au canal son calibre normal. Mais, si le rétrécissement est vaincu, il n'est pas guéri, parce que les tissus sectionnés, allongés ou déchirés « n'ont subi aucune modification intime dans leur structure » (Voillemier). Aussi, est-il nécessaire d'exercer sur eux une action plus profonde et de les modifier par le contact répété d'instruments, tels que bougies ou béniqués. L'uréthrotomie n'est pas une rivale, c'est un adjuvant de la dilatation. Réduite à ce rôle, nullement à dédaigner, comme nous allons le voir, elle mérite d'être conservée.

La dilatation est inutile ou dangereuse dans un certain nombre de cas; soit qu'elle soit impuissante, soit qu'elle détermine des complications, soit qu'elle soit simplement trop lente dans son action pour arrêter l'évolution de complications dangereuses pour le malade. Aussi l'existence d'accidents, compliquant un rétrécissement, est-elle une des indications les plus fréquentes de l'uréthrotomie : « Plus j'observe, disait, il y a quelque temps, notre maître, M. Guyon, et plus je suis disposé à trouver dans les complications, non plus des contre-indications, comme on l'a souvent enseigné, mais de formelles et pressantes indications (1). »

Toutes ces *indications* peuvent être résumées en quelques mots : « L'uréthrotomie interne est indiquée dès que la dilatation est insuffisante, impuissante, nuisible ou dangereuse » (Guyon).

On peut les diviser en deux grandes classes : 1° celles qui dépendent directement de l'état du canal; 2° celles qui découlent de l'existence de telle ou telle complication.

1° *Indications fournies par l'état du canal.* — A. Nous nous contenterons d'une simple mention pour les *rétrécissements du méat*, que les auteurs font généralement figurer parmi les indications de l'uréthrotomie interne. Certes ces rétrécissements sont le plus souvent réfractaires à la dilatation; mais leur section n'est, en somme, qu'un simple débridement, facile à faire, soit avec l'instrument dit bascule, soit même avec un simple bistouri boutonné; bien qu'au sens même du mot, il y ait là uréthrotomie interne, nous nous refusons à assimiler ce genre d'intervention à l'opération que nous sommes en train d'étudier.

B. Les *rétrécissements cicatriciels*, où les récidives sont des plus rapides, sont souvent regardés comme justiciables de l'uréthrotomie, qui, divisant le tissu cicatriciel, interpose entre ces bords une pièce plus mince, plus souple et donne des chances d'amélioration durable (Reverdin). Nous croyons que l'on pourra toujours avoir recours à la dilatation et la tenter tout d'abord, à moins de complications, ne recourant à l'uréthrotomie que si l'on éprouve un échec.

C. L'*existence d'une fausse route* peut quelquefois déterminer le chirurgien à recourir à la section interne du rétrécissement, lorsqu'il y a avantage à ne pas attendre, pour commencer la dilatation, la cicatrisation complète de la fausse route : ce qui est le fait habituel, la fausse route ayant le plus souvent été créée par un médecin appelé pour une rétention brusque, consécutive à un excès ou à un refroidissement.

D. De même l'*incontinence d'urine* liée à la rétro-dilatation du canal étendue jusqu'au col vésical, est une indication de l'uréthrotomie. Dans ces cas, le malade est exposé constamment à la rupture de l'urèthre et à l'infiltration d'urine, en même temps que la vessie se rétracte d'autant plus que l'on est plus longtemps à restituer à l'urèthre son calibre normal. La dilatation n'est, il est vrai, pas toujours impuissante, mais elle est lente dans son action, et il est à craindre que, pendant le temps qu'elle nécessite, les lésions n'augmentent et ne deviennent irréparables. Il y a d'autant plus lieu de recourir à l'opération qu'elle donne, dans ces cas, des résultats excellents; le canal revient presque immédiatement sur lui-même et les sphincters vésicaux reprennent leurs fonctions, ainsi qu'en font foi cinq observations relatées dans la thèse de Reverdin.

E. Les *rétrécissements durs, résistants*, se laissent quelquefois mal dilater; lorsqu'on ne peut les vaincre par la bougie à demeure, il y a lieu de recourir à l'uréthrotomie.

2° *Indications fournies par l'existence de complications.* — A. La *rétention d'urine* est une complication en face de laquelle on se trouve fréquemment.

La rétention complète, d'origine congestive, n'a que peu d'importance, le simple séjour d'une bougie filiforme à demeure suffisant presque toujours à amener, en une nuit, une évacuation complète de la vessie. Au contraire, la *rétention partielle*, celle qui s'accompagne d'empoisonnement urineux (dyspepsie, langue sèche, teint terreux), ne peut être traitée par la dilatation. Il y a intérêt à faire cesser, le plus rapidement possible, les accidents d'empoisonnement urineux, d'autant que la distension, même partielle, de la vessie suffit à réagir de la manière la plus fâcheuse sur l'état des reins. Il est nécessaire d'empêcher l'empoisonnement de se compléter et de se perpétuer, aussi faut-il recourir à une opération rapidement libératrice (Guyon). La dilatation est trop lente dans son action, et, de plus, n'est pas sans présenter quelque danger; chez un très grand nombre de malades, elle détermine des accidents de gravité variable, tels que frissons, poussées de cystite, de néphrite; aussi y a-t-il lieu de recourir à l'uréthrotomie, qui est le plus souvent

(1) In *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, Paris 1886, t. XII, p. 345.

suivie d'un amendement immédiat de tous les symptômes.

B. L'existence d'*accès de fièvre* répétés, survenant sous l'influence de la dilatation, ou alors même que l'on n'a pas encore institué de traitement, en dénotant d'une manière certaine l'existence de lésions rénales menaçantes, indique d'une façon absolue la nécessité d'une intervention rapide, d'une uréthrotomie.

Il vaut certainement mieux opérer en dehors des accès, mais, pour peu que le danger devienne menaçant, on opérera en pleine fièvre, comme nous l'avons fait, avec un plein succès, sur un malade dont nous avons plus haut rapporté rapidement l'histoire.

C. Les *lésions rénales anciennes* et avancées dans leur évolution, sans état aigu, les suppurations totales de l'arbre urinaire, avec polyurie trouble, présence d'une énorme quantité de pus dans les urines, troubles digestifs, etc., sont le plus souvent modifiés d'une manière heureuse par l'uréthrotomie, ainsi que nous l'avons maintes fois constaté. L'intervention ne donne, il est vrai, qu'une simple survie; mais cette survie peut se chiffrer par mois et même par années. Nous avons en ce moment présent à l'esprit un de ces malades, opéré par M. Guyon en 1885, dans un état des plus précaires, et que nous avons revu en 1887, allant encore assez bien et présentant une santé certes meilleure qu'au moment même de l'opération.

D. L'existence d'une *cystite*, pour peu qu'elle présente une certaine intensité, ou que, loin de diminuer, elle s'aggrave par la dilatation, doit aussi conduire le chirurgien à pratiquer l'uréthrotomie.

E. On devra de même laisser de côté la dilatation lors de petites *indurations inflammatoires* le long du canal, d'*abcès au début*, de *fistules* périnéales ou scrotales. Il est d'une grande importance, dans ces cas, de ne pas irriter l'urèthre; aussi l'uréthrotomie interne constitue-t-elle la méthode de choix, soit seule, soit, ainsi que nous l'allons voir dans un instant, combinée à l'uréthrotomie externe.

Les *contre-indications* sont peu nombreuses, on a parlé de l'*âge*, de l'*hypertrophie prostatique*. Ces conditions ne peuvent, il est vrai, que diminuer les chances de l'intervention, mais elles ne constituent nullement une contre-indication.

Les *complications fébriles*, *rénales* et *vésicales*, non seulement ne doivent pas arrêter le chirurgien, comme on l'a dit et soutenu, mais elles doivent lui indiquer la nécessité d'un prompt rétablissement du cours des urines, comme nous l'avons vu il y a un instant.

L'*infiltration d'urine*, au contraire, est, pour notre maître M. Guyon, une contre-indication à l'uréthrotomie. Le chirurgien doit chercher uniquement à débrider toutes les parties infiltrées, à ouvrir, en particulier, les foyers périnéaux profonds, juxta-uréthraux, abandonnant à lui-même le canal jusqu'au moment où les accidents inflammatoires seront tombés. Alors seulement l'infiltration étant guérie, l'indication d'une uréthrotomie pourra se présenter et devra être discutée comme dans tout autre cas de rétrécissement.

On a autrefois conseillé l'uréthrotomie dans les *rétrécissements*, dits *élastiques*, où l'on arrive bien par la dilatation à obtenir un calibre assez notable, mais où l'on redescend presque immédiatement au point primitif. En réalité, l'uréthrotomie ne donne rien chez ces malades. Nous en avons observé plusieurs chez lesquels les incisions les plus larges n'avaient conduit à aucun résultat. Chez un, entre autres, malgré des uréthrotomies répétées, largement faites, suivant le procédé d'Otis, le canal revenait sur lui-même avec une rapidité désespérante. Le passage quotidien de bougies est lui-même insuffisant. Le procédé le plus simple et le meilleur est de faire maintenir à demeure pendant plusieurs heures, chaque nuit, une bougie de moyen ou même de petit calibre n°s 11 à 14. On obtient ainsi des canaux offrant une lumière considérable (1).

Dans les rétrécissements avec fistules périnéales et *périnée lardacé*, épaissi, l'uréthrotomie interne est souvent insuffisante; il y a nécessité de modifier plus énergiquement les tissus en recourant à un autre genre d'intervention : l'uréthrotomie externe. Toutefois, même en pareille circonstance, on a souvent l'occasion de pratiquer la section interne de rétrécissements. Certes, quand il s'agit d'un rétrécissement traumatique, localisé à un point, l'uréthrotomie externe suffit; mais, le plus souvent, on a affaire à des blennorrhagiques, porteurs de rétrécissements multiples, échelonnés depuis le méat jusqu'à la région membraneuse; il est clair que, chez eux, on ne peut songer à faire la section externe de tous les rétrécissements; on devra donc par l'uréthrotomie externe inciser les rétrécissements périnéaux, et compléter l'opération par une incision interne des rétrécissements de l'avant-canal.

IV

CHOIX DU PROCÉDÉ

On emploie presque toujours l'instrument de Maisonneuve, à lame courant sur la concavité du conducteur. On incise ainsi la paroi supérieure, chirurgicale de l'urèthre et l'on coupe la partie la moins malade du canal, celle où l'on a le plus de chances de voir se former une cicatrice mince, souple et extensible.

Une seule variété de rétrécissements, très rare du reste, fera préférer l'instrument à lame courant sur la convexité et coupant la paroi inférieure du canal. Nous voulons parler des rétrécissements traumatiques consécutifs aux fractures du bassin. Celles-ci rupturent l'urèthre dans ses parties profondes et le rétrécissement consécutif est sus-membraneux, en rapport en avant avec les plexus veineux de Santorini. Aussi, vu la possibilité d'une lésion de ces plexus par la lame que porte en avant le conducteur, soulevé par le tissu cicatriciel, abandonne-t-on l'instrument habituel pour recourir à celui dont la lame court sur la convexité et fait porter la section sur la paroi inférieure du canal.

Le plus souvent, une uréthrotomie interne suffit pour amener une détente immédiate et pour faciliter, dans l'avenir, la pratique de la dilatation. Cependant, il y a des cas, où la dilatation ultérieure ne se fait pas bien; il faut alors faire, comme le conseille M. Guyon, une uréthrotomie complémentaire. Cela arrive le plus souvent dans des rétrécissements péniens qui sont plus réfractaires que les autres à la dilatation, ce qui s'explique par ce fait qu'ils résultent d'une inflammation particulièrement vive (chaude-pisse cordée), ou encore d'un traumatisme, une déchirure accidentelle de la muqueuse pendant un mouvement brusque du coït, ce que M. Guyon appelle un faux pas du coït. On se sert alors avantageusement de l'instrument de Civiale, qui permet de faire porter successivement la section en différents points du canal.

(1) Voir Hartmann. De la dilatation des rétrécissements de l'urèthre, in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, novembre 1885.

V

RÉSULTATS

Comprise comme elle doit l'être, pratiquée comme nous l'avons décrite, l'uréthrotomie interne est une opération excellente. Il ne faut pas lui demander ce qu'elle ne peut donner : la cure radicale des rétrécissements. Celle-ci n'a lieu qu'à la suite du traitement par la dilatation; encore faut-il que cette dernière soit pratiquée avec persévérance, pendant des années. L'uréthrotomie n'a qu'un but : permettre cette dilatation.

Envisagée de cette façon, l'uréthrotomie donne les résultats les meilleurs : elle permet la dilatation de canaux indilatables avant elle, et surtout elle modifie rapidement la maladie, mettant, comme le fait observer M. Guyon, pour ainsi dire d'un seul coup, l'organisme à l'abri des inconvénients ou des menaces dus aux troubles fonctionnels que détermine la lésion. Grâce à elle on peut reprendre avec fruit le traitement par la dilatation, dans des cas où primitivement celle-ci déterminait des accidents presque constants.

Nous ne discuterons pas ici les autres méthodes qu'on peut mettre en parallèle avec l'uréthrotomie; cela nous mènerait trop loin; aussi nous contenterons-nous d'une simple mention pour l'électrolyse, encore peu connue en France, et pour la divulsion, qui n'est, en somme, qu'une uréthrotomie par déchirure, et qui ne peut rien contre les rétrécissements un peu résistants.

NÉCROLOGIE

Le docteur Saint-Vel.

La mort vient de frapper inopinément le docteur Saint-Vel, chevalier de la Légion d'honneur, ancien président de la Société médicale du IXe arrondissement.

Après un long séjour aux Antilles, M. Saint-Vel avait fait paraître un volume où se trouvent condensées ses observations journalières. Son traité des maladies des régions intertropicales mérite une place honorable à côté de l'ouvrage classique de Dutrouleau. On peut consulter avec fruit un opuscule intéressant : *l'Hygiène des Européens dans les climats tropicaux et des créoles dans les pays tempérés*, dans lequel l'auteur expose clairement le résultat de l'expérience qu'il avait acquise aux colonies et à Paris. Saint-Vel fit paraître, en collaboration avec Demarquay, un excellent traité des maladies de l'utérus. Cette œuvre de longue haleine mérite plus qu'une simple mention. Elle aurait eu un légitime retentissement, sans le concours de quelques circonstances que Saint-Vel ne voulut pas éviter, pour rester fidèle à la mémoire du maître qui lui avait confié, en mourant, la continuation de l'œuvre commune. Enfin, sans parler de nombreuses publications éparses dans le journalisme scientifique, il faut signaler un essai heureux (1) que Saint-Vel tenta hardiment, en montrant ses qualités de philosophe unies à une réelle érudition.

Écrivain facile, élégant, judicieux et honnête, Saint-Vel n'affirmait que ce qu'il avait vu et ne faisait jamais plier les faits aux exigences des doctrines du jour. Ses ouvrages, marqués au coin d'un esprit juste, probe, réfléchi, révèlent des connaissances étendues sur différentes branches de l'art médical.

Doux, bienveillant et dévoué, Saint-Vel était un homme de cœur. Quand, dans les hasards de la vie, il récoltait en oubli et en indifférence ce qu'il avait semé en bienfaits et en dévouement, sa sérénité ne s'altérait jamais. Son âme, largement ouverte aux souffrances humaines, planait au-dessus de toutes les ingratitudes.

Il a exercé la médecine pendant trente-six ans avec une incontestable dignité et il est mort, en léguant, aux générations qui naissent à la vie médicale, l'exemple d'une existence noblement remplie. Il a laissé à tous ceux qui l'avaient connu le souvenir d'un homme qui a honoré notre profession, par l'élévation de ses sentiments, par l'irréprochable délicatesse de ses procédés, par la modestie de sa vie consacrée au service de la science et des malades.

Nous adressons un dernier adieu à l'homme intègre et charitable qui vient de descendre dans la tombe. R. PICHEVIN.

(1) *De la douleur physique et morale.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Il est question de donner aux élèves du service de santé militaire, comme grande tenue, une tunique à deux rangées de boutons, avec le col rouge orné du caducée d'or, les brides d'épaule, le claque et l'épée des élèves de l'École polytechnique. La petite tenue consisterait en une vareuse et képi avec legalon-lézard.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Halipré, Sorel, Lenormand, Bouju (Théoph.), Gofestre et Pauchet.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1888-1889 sera ouvert le mercredi 9 janvier 1889. Il sera clos le samedi 26 janvier à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat : les mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11, samedi 12, mercredi 16 et jeudi 17 janvier ;

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les vendredi 18, samedi 19, mercredi 23, jeudi 24, vendredi 25 et samedi 26 janvier.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés : l'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et approuvés par le conseil de la Faculté.

La quatorzième inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie).

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du jeudi 17 janvier.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants internes et externes des hôpitaux devront joindre, à leur feuille d'inscriptions, un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 1er trimestre 1888-1889. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel ils sont attachés.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Estorc (de Bédarieux), Fleurot, Forestier (de Paris), Marié (de Callas-du-Var), Mestivier (de Saint-Gaultier).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

99

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » — sesqui-oxyde de fer
— de chaux..................
Chlorure de sodium..................
Matières organiques.................. } 0.44

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

19

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse*.

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur*.

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

82

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

21

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

91

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie,* les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes,* on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne.**

VERNE, Grenoble, et phies, France et étranger.

47

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

46

THE DE CHINE ET DES INDES

MARQUE DÉPOSÉE. **LE DÉLICIEUX** MARQUE DÉPOSÉE.

de **E. THIBAULT**, importateur, NANTES.

Le **Thé LE DÉLICIEUX** est exclusivement composé de thés noirs de qualités extra-supérieures et choisies avec le plus grand soin. Il mérite d'être recommandé :

A toutes les personnes soucieuses de leur santé, si elles doivent en faire usage comme tonique, stimulant ou stomachique ;

A toutes les personnes en général faisant un usage journalier de cette boisson et qui peuvent, plus que toutes les autres, en apprécier la finesse et le parfum délicat ;

Enfin à toutes les maîtresses de maison ayant à cœur de bien traiter leurs invités.

Dépôt général : A Nantes, E. THIBAULT, 15 et 19, r. Saint-Léonard. — *Gros :* A Paris, MICHELAT et LESUEUR, 9, r. des Guillemites. — *Détail :* Ttes phies.

74

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les phies.

67

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux ; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée ; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofulés, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris.

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phie Rogé-Cavaillès,** 9, r. du 4 Septembre, Paris.

39

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE.

11

Eau minérale

ARSENICALE, FERRUGINEUSE, MAGNÉSIENNE

FARETTE

Anémie, gastralgie, convalescence, maladies de la peau.

22, rue du Quatre-Septembre, Paris.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05 ; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, Place Vendôme, PARIS.

36

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs ; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies,* etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

20

L'ERGOTININE DE TANRET LAURÉAT DE L'INSTITUT

Alcaloïde et principe actif de l'ergot, s'emploie dans tous les cas où celui-ci est indiqué. L'auteur en prépare un **Sirop** à 1/4 miligr. la cuillère à café — (dose : de 1 à 6 par jour) et une **Solution** hypodermique à 1 milligr. le cent. cube — (dose : de 3 à 10 gouttes). — **L'Ergotinine de Tanret** ne produit jamais d'accidents locaux.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Phie, 64, rue Basse-du-Rempart.

N° 3. — MARDI 8 JANVIER 1889. 62e ANNÉE. MARDI 8 JANVIER 1889. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOTEL-DIEU. — M. Kirmisson.

Cancer du rectum; de l'intervention chirurgicale.

Le malade, dont je veux vous parler aujourd'hui, est un cultivateur, âgé de cinquante-trois ans. Les troubles anomaux qu'il ressent du côté du rectum datent du mois de mars 1888. Il avait des faux besoins d'aller à la selle : il se présentait cinq ou six fois à la garde-robe dans les vingt-quatre heures; de plus, il perdait un peu de sang par le rectum à chaque défécation. L'état général s'était conservé d'une façon assez satisfaisante jusqu'en ces derniers temps.

Il y a six semaines environ, cet homme prit froid; il eut du malaise, de la courbature, et fut forcé de garder le lit. Il présenta un phénomène nouveau : la douleur au niveau de l'anus et du rectum. Cette douleur était, à la vérité, peu marquée, en dehors des faux besoins et des défécations. La constipation qui existait déjà s'accentua nettement, au point de mettre le malade dans l'obligation de prendre fréquemment des lavements. L'amaigrissement fit des progrès.

Quand je l'ai examiné, son émaciation n'était pas très prononcée, en dépit de ses affirmations. Depuis trois jours, il n'avait pas été à la garde-robe, mais il s'y présentait huit à dix fois par jour. Il avait renoncé aux lavements et prenait des purgatifs. Les phénomènes de rétention fécale étaient à peine marqués.

L'examen local nous permet de voir quelques hémorrhoïdes flétries et sans aucune importance. En introduisant le doigt dans l'anus, on constate l'intégrité de la région sphinctérienne; il faut que l'index soit enfoncé plus profondément pour percevoir une tumeur limitée à la paroi postérieure et à la paroi latérale gauche du rectum. Cette tumeur est d'un volume considérable et fait largement saillie dans l'intestin, qui est rempli par une masse flottante, végétante et molle. Mais cette première constatation est insuffisante : en appuyant le doigt avec soin, en explorant du côté de la base d'insertion, on sent parfaitement bien que celle-ci est dure, résistante et constituée par la paroi rectale infiltrée. J'ajoute que la vessie et la prostate n'ont pas subi l'infiltration néoplasique.

Quant à la limite supérieure de la tumeur, je n'ai pu l'atteindre et force m'a été de renoncer à acquérir une certitude sur un point très important : j'ignore jusqu'où remonte la production pathologique. J'estime cependant que le néoplasme s'étend assez haut, en arrière.

Le diagnostic s'impose. Nous sommes en présence d'une tumeur maligne, d'un cancer, si vous voulez prendre ce mot dans son sens le plus général.

Cet homme a cinquante-trois ans. A cet âge l'on rencontre souvent des cancers du rectum. Cependant les tumeurs malignes rectales existent parfois chez des individus plus jeunes. D'habitude, les cas les plus nombreux se montrent entre quarante-cinq et cinquante ans.

Les symptômes (douleurs, ténesmes, écoulement sanguin par l'anus depuis sept ou huit mois) cadrent bien avec le diagnostic de cancer.

L'examen local donne des résultats démonstratifs. La tumeur paraît tout d'abord molle et végétante, mais la base sur laquelle reposent toutes ces excroissances est ferme, dure, résistante, et cette induration est d'une importance de premier ordre. Elle me permet de vous dire nettement que les végétations qui font saillie dans le rectum ne sont pas des productions de bonne nature (polype, adénome, papillome). Ces végétations me démontrent la malignité du néoplasme et me font porter le diagnostic d'*épithélioma du rectum*.

Notre malade présente, dans son histoire clinique, quelques particularités intéressantes. Il y a quinze ans, cet homme a eu une sciatique; c'est donc un arthritique : nouvelle preuve des relations qui existent entre les néoplasiques et les arthritiques.

Je vous ai dit que les pertes de sang par l'anus avaient fait leur apparition dès le mois de mars et que les douleurs n'existaient que depuis six semaines. Cette indolence du cancer, au début, est un malheur, en ce sens que les malades qui n'ont aucune souffrance laissent évoluer leur néoplasme pendant de longs mois. Quand la douleur survient et inquiète le patient, il est souvent trop tard pour faire une opération dans de bonnes conditions, avec des chances de guérison prolongée.

Les malades vivent dans une quiétude dangereuse. Quand le médecin est appelé en consultation, il se contente trop souvent des renseignements donnés par le client qui jouit souvent des apparences de la santé la plus parfaite. Les hémorrhagies par l'anus sont attribuées à la présence d'hémorrhoïdes. Une telle conduite est une faute et une faute grave. La règle absolue que tout médecin soucieux des

intérêts des malades doit s'imposer, c'est de pratiquer systématiquement le toucher rectal, chaque fois qu'il existe des troubles même vagues de la défécation, du ténesme ou seulement une perte légère de sang par l'anus. Vous éviterez ainsi des erreurs de diagnostic fort préjudiciables, comme bien vous le pensez.

Quel pronostic doit-on porter? Un pronostic fort grave. L'épithélioma du rectum est une des affections malignes les plus dangereuses. Cependant, dans le cas actuel, les parties postérieure et latérale gauche sont seules atteintes, et vous connaissez trop bien les dispositions du péritoine au niveau du rectum, pour ne pas en tirer des conséquences, au point de vue de l'intervention.

J'ajoute que cet homme, bien qu'amaigri, a encore un état général assez satisfaisant. Enfin, les urines n'ont ni sucre, ni albumine.

Quel sera le résultat définitif que l'opération donnera dans le cas actuel? Je l'ignore absolument. Quand un malade a un cancer du sein, par exemple, on peut explorer les ganglions et réunir quelques éléments de pronostic. La certitude n'est jamais absolue, mais enfin, on peut fonder des espérances, dans certains cas. Mais le cancer du rectum échappe à toute appréciation approfondie : les ganglions ne peuvent être explorés soigneusement et, quand on les sent par le palper abdominal ou par le toucher rectal, c'est qu'ils sont déjà très volumineux. Les petits ganglions ne sont pas perçus par le chirurgien.

Il est un point sur lequel j'appelle volontiers votre attention, c'est sur la possibilité des dépôts secondaires dans certains organes, dans le foie en particulier. M. Verneuil a prouvé, depuis longtemps, que beaucoup de cancéreux ne mouraient des suites opératoires que par le fait des métastases cancéreuses dans le foie tout spécialement. Chez notre malade l'exploration du foie a été négative. Mais nous ignorons si la généralisation n'existe pas déjà quelque part. J'ai eu l'occasion de constater, dans le cours de deux opérations, la présence de petits ganglions situés en arrière du rectum. Dans le dernier cas, le ganglion était largement infiltré. Ces faits qui se multiplient m'ont conduit à penser qu'il est nécessaire de fendre la paroi postérieure du rectum, afin de fouiller soigneusement le tissu cellulaire rétro-rectal. En fendant la paroi de l'intestin un peu haut, on pourra trouver des ganglions déjà atteints par la néoplasie.

Le pronostic dépend aussi de l'opération que l'on pratique dans un cas déterminé. Faut-il suivre le courant qui existe en Allemagne? Faut-il être un partisan forcené de l'extirpation du rectum? ou doit-on imiter la réservo des chirurgiens anglais qui ne font guère que l'anus artificiel? Grave question à laquelle il n'est pas possible de donner une solution définitive.

L'extirpation du rectum, même avec les perfectionnements de la chirurgie moderne et les avantages de la méthode antiseptique, l'extirpation est une opération grave. Bon nombre d'opérés succombent à l'hémorrhagie, à la péritonite, à la septicémie, aux inflammations périrectales. Cette gravité indéniable est-elle compensée par des résultats définitifs? Je le crois.

Richet rapporte le cas d'un malade opéré par lui et qui était sans récidive quatre ans après.

Dieffenbach a eu plusieurs malades qui ont survécu quatre ans. Billroth, en examinant une femme opérée par Schuh quatre ans auparavant, a constaté l'absence de récidive. Schuh lui-même cite une survie de sept ans. Volkmann raconte qu'il a trois guérisons persistantes et que souvent il n'a observé l'apparition des récidives qu'après trois, cinq et six ans. Czerny rapporte une survie de quatre ans. Esmarck a des guérisons qui se maintiennent après onze, huit, quatre et trois ans. Une dame à laquelle il a enlevé le rectum et de nombreux ganglions cancéreux, vit sans récidive depuis trois ans. Bardenheuer a observé des opérés restés absolument indemnes pendant huit, sept et six ans, à partir du jour de l'intervention. M. A. Guérin me citait l'exemple d'un de ses malades qui a vécu sans récidive pendant dix ans. Vous voyez donc qu'il existe dans la science un assez grand nombre de guérisons prolongées, après l'extirpation du rectum. Pour ma part, j'ai fait deux fois cette opération : dans un cas, la récidive a débuté après deux ans; dans l'autre, la réapparition de la tumeur a été rapide.

Je vais vous parler maintenant de quelques détails opératoires.

L'extirpation du rectum est une opération d'origine française; elle fut pratiquée pour la première fois par Lisfranc. Les successeurs de Lisfranc ont posé en principe — et c'est une règle classique en France — que pour pratiquer l'extirpation du rectum, il fallait pouvoir dépasser les limites de la tumeur, sans toucher au péritoine. L'intégrité du bas-fond vésical, de la prostate, de l'urèthre est exigée aussi par les chirurgiens français. Dès que le néoplasme a envahi ces parties, les opérateurs ne tentent plus aucune opération radicale du côté du rectum et font la colotomie.

Hüter a proposé une modification heureuse, quand le cancer a respecté les sphincters de l'anus. Il résèque la peau, en conservant ces muscles, et quand l'extirpation est faite, il suture les sphincters à l'autre section du rectum.

En 1883, Kraske a décrit un procédé qui consiste à faire une incision partant de la deuxième vertèbre sacrée, à détacher le grand fessier, les ligaments sacro-sciatiques, à réséquer le coccyx et le bord gauche du sacrum. Bardenhauer va même plus loin : il ouvre le péritoine, résèque le coccyx et le sacrum très haut et ne craint pas d'attaquer au besoin l'S iliaque, la vessie, la cloison recto-vaginale, la prostate et l'urèthre. Cette pratique a trouvé des imitateurs en Allemagne. Hochenegg, assistant d'Albert, a publié une série de 12 rectotomies avec ouverture du péritoine, et 12 fois il a obtenu la guérison opératoire. Bardenhauer, dans 20 opérations a entamé 19 fois le péritoine. Bergmann, en enlevant le rectum, a réséqué le coccyx et blessé le péritoine dans 40 cas; il n'a perdu que 2 ou 3 malades. Cependant ces résultats sont loin d'être toujours aussi favorables. Voigt cite 18 opérations et 6 morts; Hildebran donne une statistique portant sur 57 rectotomies faites d'après la méthode de Bardenhauer. Dans 20 cas, la mort a été provoquée par l'acte opératoire. Ces grands délabrements ne sont donc pas sans présenter des dangers. Déjà une réaction commence à se dessiner en Allemagne. Sonnenburg et Köning préfèrent la colotomie à ces extirpations énormes du rectum. Köning propose une double opération : commencer par faire la colotomie et exécuter plus tard l'ablation du rectum, quand la tumeur n'atteint pas le péritoine. Déjà Polosson, en 1874, avait formulé le même plan opératoire.

Il est difficile de se prononcer définitivement sur ces grandes audaces de la chirurgie allemande. Je pense que les extirpations qui entraînent des dégâts sur le squelette, sur la vessie, sur la prostate, etc., ne doivent pas entrer

dans la pratique. Cependant les statistiques étrangères démontrent que l'ouverture du péritoine n'est pas aussi dangereuse qu'on le croit et que si, dans le cours de l'opération, on constate la nécessité de toucher à la séreuse abdominale, il faut avoir le courage de le faire. Mais on ne doit pas oublier que le péritoine se laisse décoller avec facilité. Esmarch a pu extirper 23 centimètres de gros intestin, sans ouvrir la séreuse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 décembre 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS

Nature tuberculeuse des kystes à grains riziformes. — M. JALAGUIER a opéré, il y a quelque temps, un kyste à grains riziformes de la paume de la main et du poignet; des inoculations en ont été faites et en ont révélé la nature tuberculeuse, bien que l'examen histologique soit resté négatif.

Des salpingites. — M. TERRILLON communique sa statistique personnelle, en la faisant suivre de quelques réflexions sur la pathogénie et la marche de la salpingite, ainsi que sur le manuel opératoire.

Il a pratiqué jusqu'à ce jour, pour des salpingites variées, trente-deux opérations pouvant être divisées en quatre groupes distincts, comprenant cinq hémato-salpingites, dix-neuf pyo-salpingites, six salpingites simples ou catarrhales et deux salpingites hystériques. Sur les cinq hémato-salpingites, il a enlevé totalement, dans trois cas, les ovaires et les trompes. Ces dernières étaient oblitérées et adhérentes au péritoine. Les trois malades ont guéri, et l'une d'elles, opérée en mars 1887, a conservé très régulièrement ses règles, bien que les trompes et les ovaires aient été entièrement extraits. Des deux autres cas l'un se rapporte à une jeune fille de dix-huit ans, chez laquelle, une laparotomie médiane fit découvrir une tumeur saillante et en partie libre dans le bassin. Par une ponction, on retira 300 grammes de sang noir, sirupeux, mais il fut impossible de faire l'ablation de la poche à cause des adhérences.

Chez la deuxième malade, les règles se faisaient presque intégralement dans la trompe droite dilatée, depuis deux ans, et formaient une tumeur bien facile à sentir. En l'espace de quatre ans, M. Terrillon a ponctionné douze fois cette tumeur, et retiré 200 à 400 grammes à chaque séance. Enfin, en novembre 1887, il a fait la laparotomie, et enlevé totalement la poche épaissie, remplie de sang et de fibrine. La guérison a été parfaite.

Les pyo-salpingites, au nombre de 19, se partagent en deux groupes : 14 fois il a fait l'ablation de toutes les parties malades ; dans les 5 autres cas, il a dû se contenter du drainage par la voie abdominale. Parmi les quatorze salpingites qui ont nécessité des ablations totales, cinq étaient dues à la blennorrhagie et les neuf autres à des fausses couches ou à des suites de couches. Quant aux six salpingites catarrhales, caractérisées par l'hypertrophie et l'oblitération des trompes avec adhérences aux parties voisines, elles ont été traitées toutes, sauf une, par l'ablation des trompes et des deux ovaires.

Dans deux cas d'hydro-salpingite, M. Terrillon a trouvé des trompes oblitérées et transformées en kystes séreux.

Outre ces différentes variétés de salpingites, opérées en dehors de tout accident aigu, on peut se trouver en présence d'une inflammation de la trompe compliquée de pelvi-péritonites aiguës qui l'accompagnent parfois au début. Quelle est la conduite que l'on doit tenir en pareille circonstance? L'intervention hâtive, qui enlèvera les organes malades, est le meilleur moyen non seulement d'arrêter l'inflammation, mais encore de supprimer cette cause constante des poussées péritonéales, qui surviennent ultérieurement.

Relativement à la pathogénie de ces affections, M. Terrillon admet la théorie de la propagation sans aucune réserve. De l'utérus, l'inflammation se propage à la trompe; elle peut s'y localiser ou gagner le péritoine; quant à l'ovaire, il n'est atteint que secondairement, et, le plus souvent, à sa surface.

L'inflammation de la trompe succède toujours à une lésion de l'utérus par propagation, et la marche des inflammations péri-utérines prouve que la trompe peut être considérée comme le pivot de ces inflammations.

Relativement à la thérapeutique de ces affections, M. Terrillon n'accepte pas les conclusions excessives du travail de M. Routier; d'abord parce qu'il est possible de guérir, sans intervention radicale, certaines salpingites peu douloureuses et peu anciennes, ensuite parce que, dans certains cas, il s'agit de femmes qui, par leur position sociale, peuvent supporter, sans trop d'ennuis, leur maladie. C'est ainsi que, sur 86 cas de salpingites, il a 28 fois déconseillé l'opération.

D'autre part, il ne faut pas oublier que l'intervention peut être grave, puisque sur dix opérées M. Routier en a perdu deux.

Pour ce qui est du manuel opératoire, il trouve que la section — après ligature placée sur la corne utérine — faite avec le thermocautère, présente d'immenses avantages.

Il est également partisan, lorsque le pédicule est étalé, ligamenteux et assez large, de faire non seulement la ligature double en chaîne ou le nœud recommandé par Lawson Tait, mais encore à consolider celle-ci par une ligature simple et totale superposée.

Quant au drainage, précédé du lavage du bassin, M. Terrillon l'emploie dans les cas compliqués avec décortication très étendue.

M. TRÉLAT marche dans la voie suivie par MM. Quénu, Terrier et Terrillon.

Relativement aux phlegmons et abcès des ligaments larges, ces foyers purulents sont excessivement rares ; en effet, depuis un certain nombre d'années, M. Trélat n'a eu l'occasion d'en observer que deux cas, qui s'étaient développés consécutivement à des infections puerpérales.

Il est une autre variété de lésions inflammatoires qu'il est difficile de rattacher à une cause évidente. Ce sont ces faits qui ont été englobés sous la désignation de cellulites pelviennes : peut-être ces cas ont-ils, à un moment donné, quelques rapports avec les salpingites.

M. Trélat arrive en troisième lieu à cette catégorie de faits dénommés salpingites, par pure abréviation, car ce sont, en réalité, des faits plus ou moins compliqués, qui devraient être compris sous le terme général de *métro-salpingo-ovaro-péritonites*.

Pour ce qui est du diagnostic, M. Trélat ne peut partager l'opinion de M. Lucas-Championnière. Si, dans certains cas de tumeurs assez volumineuses, facilement perceptibles par le palper et le toucher, il est aisé de porter un diagnostic ; d'autres fois, on est forcé de rester dans la réserve, principalement lorsque les lésions sont peu accusées ou lorsque l'on a sous la main des ventres qui souffrent et se défendent contre toute exploration.

En pareille circonstance, l'anesthésie devient nécessaire, car l'on doit être en possession d'un diagnostic exact si l'on veut fixer, à propos, l'intervention qui doit être appliquée. Bien établir un diagnostic général et local, c'est la condition absolue de l'intervention qui doit être utile.

En résumé, M. Trélat partage, au point de vue de la pathogénie des salpingites, l'opinion soutenue par la grande majorité de ses collègues. Il estime que le diagnostic local et général doit être posé avec la plus grande exactitude, car il constitue la base la plus sérieuse des indications opératoires, qui seront mises en pratique suivant le moment opportun.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. JALAGUIER présente un malade auquel il a pratiqué l'amputation du pied par le procédé de Sims pour une arthrite fistuleuse du cou-de-pied.

La séance est levée.

Séance du 2 janvier 1889. — Présidence de M. POLAILLON.

COMMUNICATIONS

Traitement des salpingites. — **M. MONOD** rappelle que M. Macario (de Nice) a adressé une observation de persistance des règles à la suite de l'ablation totale des ovaires pratiquée par Lawson Tait. Il rapproche ce fait de ceux de MM. Terrillon et Quénu et de celui dont il a déjà entretenu la Société.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE revient sur deux points de la question des salpingites; l'un vise l'anatomie pathologique, l'autre le manuel opératoire.

Sans rappeler la théorie pathogénique qu'il a exposée, il regarde comme absolument insuffisants les arguments invoqués pour la combattre.

M. Terrillon a soutenu que, dans la plupart des cas qu'il a observés, il avait trouvé des lésions étendues à toute la muqueuse des trompes. Il n'en a pas été ainsi dans les cas de M. Lucas-Championnière; c'est plutôt le contraire qu'il a rencontré, et lors même que l'on constate une inflammation de cette muqueuse, il est de règle que la portion attenante à l'utérus reste indemne. Aussi ne saurait-on regarder, comme exacte, la théorie de la propagation de l'inflammation par la muqueuse. Au contraire, la propagation par les lymphatiques paraît indiscutable, tant à cause des preuves qui sont données par l'examen des pièces, que par ce fait que la région est très riche en vaisseaux lymphatiques. Mais, d'après M. Quénu, la disposition de ces vaisseaux ne serait pas en rapport avec la marche de l'inflammation, telle que l'a décrite M. Lucas-Championnière. Cette opinion de M. Quénu lui paraît donc fantaisiste.

Il est, d'ailleurs, facile de se convaincre que cette opinion est erronée, en examinant les organes après l'accouchement ou après une fausse couche, par exemple. A ce moment les lymphatiques apparaissent en nombre considérable, et ils sont relativement volumineux. On les voit très nettement se rendre des différentes parties de l'utérus sur les trompes et les ovaires. Il est naturel de penser qu'ils s'enflamment primitivement, et que, secondairement, l'inflammation se propage aux tissus voisins.

Si maintenant on se place au point de vue opératoire, M. Lucas-Championnière ne voit pas pour quelles raisons la théorie des lymphatiques peut, ainsi que l'a avancé M. Terrillon, exclure toute intervention et être regardée comme dangereuse. Quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur la cause des salpingites, toutes les fois que les lésions le commandent, il y a lieu d'avoir recours à une opération. La seule intervention qui présente quelque valeur est l'extirpation totale des tissus malades. M. Lucas-Championnière ne croit pas très utile l'emploi du drain; une bonne précaution est de cautériser le bout utérin.

Quant à la persistance des règles après l'ablation des ovaires, il la croit absolument impossible, si ces organes ont été entièrement enlevés. Lorsqu'elles paraissent, c'est que quelque portion de l'ovaire a échappé à l'extirpation, ce qui n'est nullement étonnant, car il est souvent difficile d'affirmer, pièces en main, qu'on n'en a pas laissé.

M. LE DENTU vient d'opérer une femme de quarante-cinq ans pour des accidents intenses de salpingo-ovarite, dont le début remontait à une vingtaine d'années. A la suite d'une couche elle avait été prise de phénomènes inflammatoires, qui n'ont jamais disparu depuis cette époque et qui se caractérisaient principalement par des douleurs intolérables.

Tous les traitements ayant échoué, croyant pouvoir affirmer des lésions de salpingo-ovarite, M. Le Dentu s'est décidé à pratiquer la laparotomie. Il a trouvé les trompes indurées au milieu d'adhérences multiples et résistantes, principalement du côté droit; l'opération a nécessité plusieurs ligatures et a été assez laborieuse. La malade, opérée jeudi dernier, a offert des phénomènes de péritonisme, qui actuellement ont disparu.

Chez une autre malade que M. Le Dentu a guérie de douleurs, qui avaient été, comme chez la précédente, le principal symptôme de salpingite, il a fait l'extirpation des annexes en deux séances. La maladie remontait à une dizaine d'années. Une première fois, il y a dix-huit mois, il a enlevé les annexes du côté droit; l'ovaire et la trompe étaient sclérosés, ratatinés, et les adhérences étaient tellement nombreuses que l'opération fut fort longue et très pénible. Pour cette raison, et espérant que cette ablation unilatérale suffirait peut-être pour amener la guérison, il a laissé le côté gauche intact. Malgré une certaine amélioration, il s'est vu forcé d'intervenir de nouveau cinq mois après. A partir de ce jour, sa malade a été complètement guérie.

M. TRÉLAT répète qu'il ne faut opérer ni trop tôt, ni trop tard. Certaines malades peuvent être traitées avec succès pa d'autres moyens que par la laparotomie; aussi, chez elles, faire cette dernière c'est marcher trop vite. D'autre part, si l'on se comporte de la même façon à l'égard de femmes souffrant depuis de nombreuses années, il semble que l'opération est bien tardive. Ce n'est pas, en effet, à une époque éloignée, alors qu'il n'existe plus que des reliquats d'inflammations antérieures, qu'il est préférable d'agir. C'est au moment où l'on se trouve en présence de poussées inflammatoires aiguës et répétées, et que la femme ne touche pas au terme de sa vie ovarienne.

M. LE DENTU se rallie entièrement à ce que vient de dire M. Trélat, et croit également fort important de bien choisir l'époque opératoire. L'un des meilleurs guides serait assurément la connaissance du degré de résistance des adhérences. Malheureusement nous ne sommes pas encore assez renseignés sur leur évolution pour pouvoir fixer d'une façon absolue l'époque à laquelle il est plus favorable de les attaquer. Toutefois, M. Le Dentu estime que l'on est autorisé à intervenir lorsque l'affection a dépassé un an de durée.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Embryotome céphalique combiné.

M. le docteur Auvard nous communique un nouvel embryotome céphalique, qui se compose, comme l'indiquent les figures ci-jointes, d'un cranioclaste présentant tous les avantages de celui

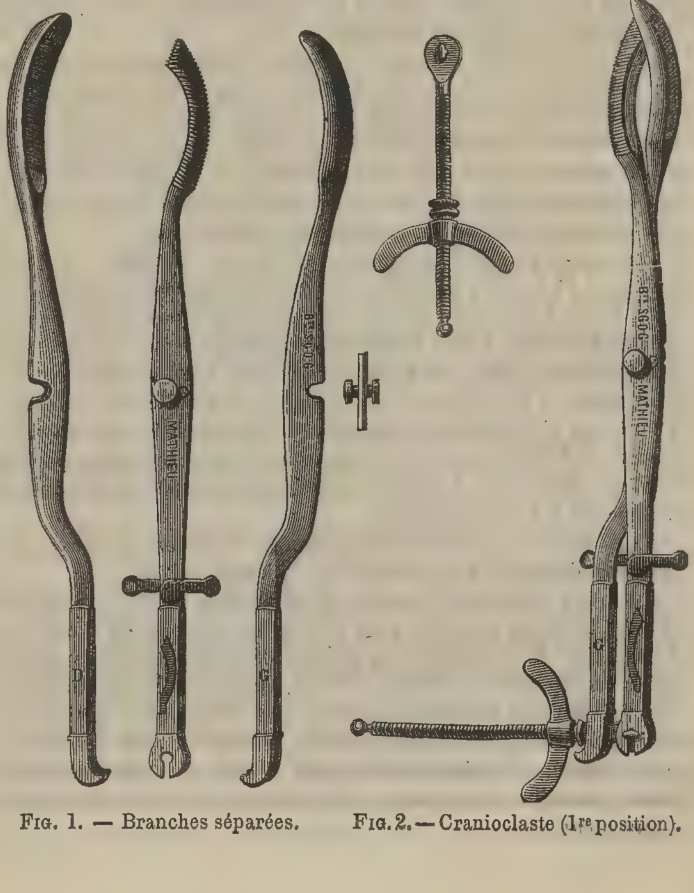


FIG. 1. — Branches séparées. FIG. 2. — Cranioclaste (1re position).

que M. Auvard a décrit dans sa Thèse inaugurale, et auquel est adaptée une troisième branche, permettant de compléter le broiement dans les cas difficiles.

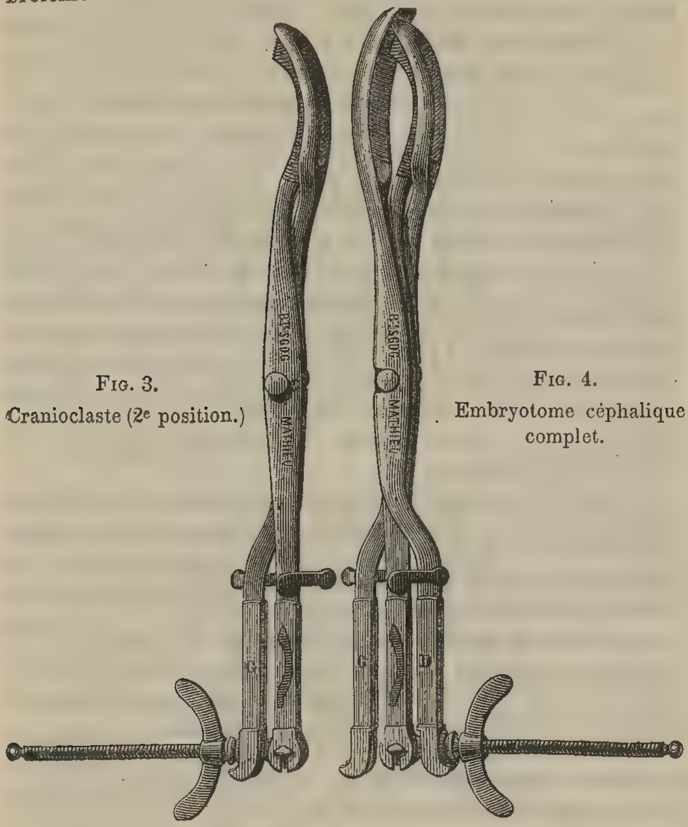


Fig. 3. Cranioclaste (2e position.)

Fig. 4. Embryotome céphalique complet.

M. Auvard fera ultérieurement connaître les résultats expérimentaux et cliniques fournis par ce nouvel instrument.

VARIÉTÉS

L'École de Vienne (1).

II

THEODOR BILLROTH

Theodor Billroth, fils d'un pasteur protestant, naquit le 26 avril 1829, à 2 kilomètres des côtes de la Poméranie, dans l'île de Rugen, possession prussienne qui a été le berceau des Rugiens, et le sanctuaire des cultes barbares d'Hertha et de Svantovit. C'est là que Billroth passa les premières années de sa jeunesse, sous l'austère direction de son père ; c'est là qu'il puisa l'amour qu'il a toujours porté à sa véritable patrie, au milieu des vicissitudes de sa vie.

L'honnête aisance de sa famille lui permit d'envisager, sans effroi, les années de travail qu'il fallait fournir avant d'arriver à la célébrité et à la richesse. Il commença ses études à Gœttingue, puis il se rendit bientôt à Berlin où son instinct l'attirait. Hésitant un instant sur la direction qu'il voulait suivre, Billroth s'adonna avec ardeur aux études d'anatomo-pathologie. Un champ immense et presque inexploré se livrait alors aux investigations des médecins avides de découvertes. Les meilleurs esprits proclamaient que l'avenir de la chirurgie et de la médecine était attaché aux progrès de l'histologie normale et pathologique. Billroth fut un des fervents disciples de cette science, et, quand il se dirigea définitivement dans une nouvelle voie, ses longues et patientes recherches microscopiques devaient lui donner du premier coup une réelle supériorité sur ses rivaux.

Un hasard — comme cela arrive si souvent — décida de sa carrière. Langenbeck, le grand chirurgien que l'Allemagne vient de perdre, avait remarqué Billroth, et l'avait attaché à sa personne en qualité d'assistant. L'élève fut bientôt saisi d'un grand enthousiasme pour la chirurgie. Déjà, il était bien préparé pour se livrer, sous l'œil vigilant du maître, à la pratique des opérations les plus compliquées.

Quelques années s'écoulèrent rapidement dans le commerce quotidien du professeur et de l'assistant, et, en 1856, Billroth fut jugé digne d'entrer dans le corps enseignant de Berlin. Sa nomination de privat-docent, titre qui correspond à celui de professeur agrégé, consacra officiellement son talent chirurgical.

Trois ans plus tard, il quitta la Prusse pour aller occuper à Zurich la chaire de clinique chirurgicale. Il avait alors trente ans. Quand il se sépara de celui qui avait été son guide, son inspirateur, son maître dans toute l'acception du mot, Billroth ne se trouva pas désorienté. Connaissances cliniques et microscopiques, dextérité opératoire, sûreté de jugement, tels étaient les éléments principaux qu'il avait lentement acquis pour entrer au grand jour de la vie scientifique.

Si l'on veut lire ses premières confidences, il faut parcourir les archives de Muller, de Virchow et de Langenbeck. On y trouvera la preuve de son activité et de son savoir qui embrassaient tour à tour, et avec un égal succès, la chirurgie, l'histologie normale e pathologique, l'anatomie et la physiologie.

Ses recherches sur la structure des polypes muqueux, son étude sur les traitements des plaies par armes à feu, le travail de 1861, dans lequel il expose la pathogénie des accidents fébriles qui accompagnent les traumatismes, ses mémoires sur les résections, attirent sur lui l'attention du monde savant. Avec le concours de Pitha et de quelques autres collaborateurs, il publie un très intéressant traité de chirurgie : *Handbuch der Allgemeiner und speciellen Chirurgie.* Enfin, l'apparition de ses *Éléments de pathologie chirurgicale*, ne passa pas inaperçue. Ce livre eut même les honneurs d'une traduction française et d'une préface dont le signataire portait déjà un nom connu et sympathique.

Le public médical de notre pays fit un accueil favorable à un livre écrit sans prétention, parsemé de causeries familières qui n'excluaient ni l'originalité de certaines idées, ni la science de l'auteur. Mais dans la préface de la *Pathologie générale* de Billroth, M. Verneuil n'hésita pas à signaler à ses compatriotes un fait qui l'avait frappé et quelque peu étonné, à savoir l'ignorance ou l'oubli systématique dont Billroth avait fait preuve en négligeant de citer presque tous les travaux français. Il suffisait, à cette époque, de relever cette omission simplement regrettable et de passer outre. C'est ce que fit le chirurgien de Paris, qui recommanda généreusement la lecture de l'ouvrage.

En France, on n'aime guère à scruter les consciences, à pénétrer les plus secrètes pensées, à deviner les rancunes et les haines qui couvent autour de nous. La Société de chirurgie en donna une preuve, en 1865, lorsqu'elle nomma le professeur de Zurich membre correspondant étranger. L'hospitalité scientifique due aux chirurgiens d'un peuple ami était ainsi satisfaite !

A la mort du professeur Schuh, l'Université de Vienne, avec une admirable perspicacité, alla chercher Billroth en Suisse pour lui offrir la chaire vacante de clinique chirurgicale. En 1867, l'élève de Langenbeck quitta le théâtre de ses premiers exploits et vint dans la capitale de l'Autriche.

Ses œuvres révélaient déjà un esprit mur, cultivé, ouvert à tous les progrès et impatient de rompre les barrières étroites dont la médecine semblait vouloir entourer la chirurgie. Mais sa renommée avait des causes plus tangibles. La jeunesse des écoles, qui crée si souvent les réputations des savants, n'était pas sans avoir remarqué la rapidité du diagnostic, la hardiesse et le succès persistant des opérations de Billroth.

Quand il se fixa dans la vieille cité autrichienne, l'ancien professeur de Zurich était dans la force de l'âge et en pleine possession de son talent, dont il n'allait pas tarder à donner toute la mesure.

C'était alors un des plus beaux hommes de Vienne. Sa haute stature, ses épaules larges, sa corpulence peut-être un peu forte

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1268.

frappaient tout d'abord le regard. De près, l'on pouvait admirer sa figure régulière, encadrée par une barbe brune qui s'épanouissait sur sa poitrine. Ses yeux d'un bleu clair charmaient par leur éclat ; sa bouche, d'un dessin parfait, laissait voir volontiers des dents nacrées. Mais l'heureux tour de son esprit, ses manières distinguées, ses goûts artistiques contribuèrent davantage encore à l'étonnant succès qu'il obtint dans la haute société viennoise. Comment pouvait-on résister à un homme aussi charmant, à un musicien aussi parfait, qui adorait l'art et les artistes et qui ne dédaignait pas de se prodiguer en public dans les concerts de bienfaisance ? Le fait est que les résistances ne furent pas nombreuses et que ce chirurgien éminent, cet homme si occupé sut toujours mener de front les plaisirs de la vie, les entraînements du monde et les pures jouissances d'un travail continu.

Quand on analyse les causes qui ont donné naissance à la grande renommée du professeur de Vienne, on constate que ses succès opératoires ont été les principaux éléments de sa réputation européenne.

Comment expliquer tant de réussites merveilleuses? En mettant de côté les qualités du chirurgien et les persévérantes faveurs du hasard, l'on arrive à se persuader qu'il faut attribuer une bonne part des guérisons qu'il a obtenues à la méthode antiseptique et à l'application des principes de l'hygiène moderne. Pendant longtemps, Billroth opéra tous les cas graves à « Rudolphunerhause », établissement modèle, situé aux environs de Vienne et entouré d'arbres magnifiques. Dans cette maison de santé règne la propreté la plus parfaite, et l'isolement, qui est pratiqué d'une façon sévère, met les opérés à l'abri des germes infectieux. C'est là que le chirurgien obtint ses premières cures qui l'enhardirent, au point de tenter des opérations jusque-là bannies de la chirurgie.

Quoi qu'il en soit de l'explication de ses succès, Billroth est incontestablement un homme de grande valeur. Comme chirurgien, il est sorti de l'ornière de la pathologie externe pour se livrer aux inspirations de son grand sens chirurgical. Son enseignement n'a jamais eu l'éclat des leçons du professeur Albert, mais il a abordé avec prédilection les questions neuves et originales qu'il a toujours exposées avec clarté, sinon avec éloquence.

Son diagnostic, basé principalement sur l'induction, est sûr et précis. Par une sorte de divination, Billroth arrive au but avec une rapidité qui étonne. Que l'on n'aille pas lui demander l'analyse détaillée des symptômes ! Il en a aperçu quelques-uns et cela lui a suffi. Cette méthode éblouissante conduit parfois à des erreurs, fort regrettables. Billroth en commet, quand d'autres chirurgiens, plus fidèles aux procédés classiques, les auraient certainement évitées.

Opérateur audacieux, sans cesse à la recherche d'un progrès nouveau dans la technique chirurgicale, désireux d'étendre toujours les limites de son art, Billroth est, avant tout, un chirurgien de sang-froid. Maître de lui, comme de son entourage, il semble courir après les aventures et l'impassibilité de son âme est toujours à la hauteur des plus grands dangers.

Mais à quel prix ces beaux résultats ont-ils été acquis? C'est une question difficile à résoudre. Il est cependant certain que les succès du chirurgien de Vienne ont suscité une émulation dangereuse et que les entreprises opératoires les plus insensées ont été tentées, sous différents prétextes, mais trop souvent au grand détriment des véritables intérêts des malades. Le martyrologe d'une certaine chirurgie est encore à faire, et c'est un grand malheur que les opérateurs entreprenants et honnêtes n'aient pas toujours sous les yeux la table mortuaire des victimes de la médecine opératoire, telle qu'on la pratique parfois sur le vivant, au delà de nos frontières.

Ces réflexions n'ôtent rien au mérite de l'éminent chirurgien de l'Hôpital général. Mais ses brillantes qualités sont ternies par un orgueil sans limite, par une vanité habilement dissimulée. Plein de mépris et de compassion pour tout ce qui ne vient pas de lui ou de ses élèves, Billroth croit fermement qu'il incarne la chirurgie moderne et que les autres opérateurs sont à peine dignes de sa protection. Froid, presque dédaigneux vis-à-vis du professeur Albert, Billroth n'ouvrira jamais la bouche pour prononcer l'éloge de son collègue. Plutôt que de citer son rival, il préférera parler — avec malice, il est vrai — de Maydl, l'ancien assistant et le collaborateur distingué d'Albert. Mais aussi pourquoi le professeur Albert avait-il osé prendre, à Vienne, la place que Billroth avait réservée à son élève Czerny ? De caractère opposé et de goûts dissemblables, Billroth et Albert n'étaient point nés pour vivre en communauté d'idées. Dès son arrivée à Vienne, Albert sentit l'hostilité sourde de son collègue. Il en résulta un état de tension dans les rapports des deux grands chirurgiens de l'Hôpital général. Mais on doit leur rendre cette justice, qu'ils ont toujours su garder, vis-à-vis l'un de l'autre, une attitude correcte et digne. Il faut un œil perspicace pour découvrir la froideur latente qui existe dans leurs relations. Une cause plus profonde, plus durable et plus réelle de cette lutte cachée, est peut-être la différence d'origine des deux éminents collègues. Billroth, il est nécessaire de le rappeler, est né sur une terre prussienne. Albert a vu le jour en Bohème. La lutte était fatale entre le Prussien et le Tchèque.

Car, malgré ses grandes lettres de naturalisation autrichienne, malgré ses succès à Vienne, malgré la vie heureuse qu'il y mène depuis nombre d'années, malgré les démonstrations les plus touchantes de la jeunesse austro-hongroise, Billroth a conservé au fond de son cœur l'amour de sa patrie d'origine. Il y a quatre ans environ, au moment de la retraite de Langenbeck, il fut question de nommer le grand chirurgien de Vienne à Berlin. Après bien des hésitations, Billroth se décida à rester fidèle à la capitale de l'Autriche. Ses intérêts, ses relations d'amitié, ses habitudes, l'avaient emporté sur son secret désir de couronner sa carrière en professant à Berlin, dans la chaire qu'avait illustrée son maître. Sa résolution de ne point quitter l'Autriche souleva des transports d'allégresse, et, un soir, Vienne vit passer une manifestation enthousiaste de 3000 étudiants, qui venaient remercier Billroth de ne les avoir point abandonnés. Ému jusqu'aux larmes de ce témoignage d'affection, le maître s'écria avec l'accent de la sincérité : « Non, je ne suis pas Allemand, je suis Autrichien. » Mais l'émotion passée, il redevint ce qu'il était et ce qu'il sera toujours.

N'est-ce pas dans sa passion pour son vrai pays, qu'il faut chercher l'explication de l'attaque injustifiable qu'il dirigea dernièrement contre la science française ? La France, disait-il, pouvait à peine suivre d'un pied boiteux les progrès scientifiques. Ce jour-là le chirurgien de Vienne outragea audacieusement la vérité. Ce fut une faute. Il devait l'expier, peu après, au Congrès international d'hygiène.

Que manque-t-il à cet homme qui semble avoir fait un pacte avec le bonheur? Sénateur, écrivain antisémitique à ses heures, chirurgien à la tête d'une grosse clientèle, musicien applaudi, extrêmement recherché, Billroth mène une existence idéale entre sa femme qui l'adore, et ses deux charmantes filles qu'il aime avec passion. Sa maison, située à quelques pas de l'Hôpital général et bâtie sur ses plans, est une petite merveille d'élégance. Tableaux de choix, bibelots de haute valeur y sont accumulés, et tout, même l'ameublement, est marqué à l'empreinte de ses goûts raffinés. Chaque hiver, la société de Vienne afflue dans ses salons, où l'attire la distinction du maître de la maison.

Pendant l'été, Billroth se retire dans une charmante villa qu'il possède sur les bords d'un beau lac « Saint-Volfgang, im Sallzhammergut », non loin d'Ischl. Il y réunit un cercle d'amis qui ne peuvent se soustraire à sa prodigalité de grand seigneur.

Arrivé au faîte des honneurs, universellement reconnu comme un des grands maîtres de son art, Billroth est un de ces rares mortels, dont le destin n'est qu'une chaîne ininterrompue d'heureux événements. Il a traversé la vie sans en connaître les amertumes ; s'il a lutté, il a souvent vaincu ; s'il a travaillé, il a toujours récolté d'amples moissons.

Il s'est abreuvé à la coupe des plaisirs ; il a éprouvé les pures jouissances de l'artiste ; il a connu les douces joies de la famille

et de l'amitié. Et comme tout devait lui réussir, il a entrepris et mené à bien les opérations les plus aventureuses et il est devenu une des plus hautes sommités chirurgicales de notre époque.

Cette vie, si enviée, faillit être brisée par une pneumonie, il y a dix-huit mois environ. L'illustre malade reçut les soins du célèbre Breur. La convalescence fut longue, une complication cardiaque avait aggravé l'état du patient.

Billroth a repris, au mois d'octobre 1887, son service d'hôpital; sa première clinique a été marquée par une véritable ovation. A l'heure actuelle, le grand chirurgien de Vienne a toutes les apparences de la santé. Sa longue et épaisse barbe a blanchi peut-être encore. Ses yeux ont toujours leur ancien éclat. Mais l'âge et la maladie ont courbé quelque peu ses épaules robustes et ont affaibli le timbre de sa voix. Le professeur Billroth, comme, avant lui, tant d'autres illustres chirurgiens, est atteint au cœur. Puisse-t-il se conserver longtemps encore pour le plus grand bien de son art! Mais quand le maître disparaîtra, il n'emportera pas dans la tombe le secret de son talent. Billroth — et c'est là un de ses beaux titres de gloire — a créé une brillante et nombreuse école. La phalange d'élite, sortie de sa clinique, s'est dispersée un peu partout, en Allemagne et en Autriche principalement. Ses élèves occupent dans presque toutes les grandes villes les premières situations chirurgicales. Il suffit de citer, parmi les plus célèbres, Czerny, qui est professeur à Heidelberg, Gussenbaur à Prague, Wolfler à Gratz et Miculiez à Cracovie. La grande influence de Billroth n'a pas peu contribué aux succès de ses élèves, qu'il a toujours soutenus avec une énergie qui allait parfois jusqu'à l'injustice.

Faire arriver partout ses disciples, n'était-ce pas se grandir encore? n'était-ce pas un moyen de faire de la chirurgie un marchepied pour satisfaire son orgueil démesuré?

R. Pichevin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 décembre 1888, M. l'aide-médecin, docteur en médecine Servel a été promu au grade de médecin de deuxième classe, dans le corps de santé de la marine.

— Par décret, en date du 5 janvier 1889, le service de l'hygiène publique est distrait du ministère du Commerce et de l'Industrie et transféré au ministère de l'Intérieur.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 janvier 1889, la chaire de médecine légale de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante.

— *Société de chirurgie.* — M. Le Dentu est élu président; M. Nicaise, vice-président; MM. Pozzi, Marchand, secrétaires annuels; M. Schwartz, trésorier; M. Terrier, archiviste.

Sont élus : membres correspondants nationaux, MM. Auffret (de Brest), Charvot (de Tunis), Defontaine (du Creuzot), Dubar (de Lille), Hache (de Beyrouth), Nepveu (de Limoges), Ovion (de Boulogne-sur-Mer); Tripier (de Lyon); et membre correspondant étranger, M. Assaky (de Buda-Pesth).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

SÉANCE ANNUELLE DU 9 JANVIER 1889
Présidence de M. Polaillon.

M. LE PRÉSIDENT remercie la Société de la bienveillance qu'elle lui a témoignée pendant la durée de ses fonctions.

M. MONOD, secrétaire annuel, donne lecture du compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1888.

M. CHAUVEL, secrétaire général, prononce l'éloge suivant :

GIRAUD-TEULON; SES ŒUVRES; SA VIE

Messieurs,

Si large est le champ ouvert par la médecine aux investigations nouvelles, si grande y est la variété des problèmes encore à l'étude, que toutes les intelligences, toutes les bonnes volontés, y trouvent aisément leur emploi. Joignez-y cet attrait spécial qui, chaque jour, fait de tous sans exception, plus souvent que ne pèche le juste, des médicastres improvisés et convaincus, des guérisseurs sans diplôme, et vous commencerez à entrevoir pourquoi certains hommes, parmi les puissants d'esprit, abandonnent pour elles leurs premières études et parfois une carrière déjà faite.

Avocats, ils dépouillent la toge; officiers, ils déposent le sabre; mathématiciens, ils désertent le calcul, pour se donner tout entiers aux études médicales. Chez ceux-ci, le fait est d'autant plus surprenant que, dans leur monde du chiffre, la médecine n'est guère considérée comme une science, moins encore comme une science exacte. Et cependant, c'est parmi les polytechniciens que se recrutent surtout ces disciples de la dernière heure.

Devons-nous tirer gloire de pareilles conquêtes? Je ne suis pas, peut-être par instinct professionnel, de ceux qui mettent au-dessus de tout les mathématiques, les sciences dites exactes. Il m'a toujours paru que la culture de l'algèbre n'exige pas plus d'intelligence que l'étude de la physiologie, et, pour devenir médecin, il faut autant de bon sens, de raisonnement, de pénétration, que pour calculer l'orbite des étoiles ou découvrir de nouvelles combinaisons chimiques. Ici du moins, se trouvent la régularité, la constance, qui manquent dans les manifestations de la vie, et les lois qui régissent la marche des astres ne sont pas soumises à la mobilité incessante qui caractérise les phénomènes morbides. Sans doute, cette mobilité n'est qu'apparente et la nature obéit à des règles immuables. Mais la difficulté est de déterminer ces lois dans les conditions si complexes où s'agitent les êtres vivants; la sagacité d'un Newton s'y trouverait en défaut.

S'il est vrai que l'éducation première laisse en chacun de nous des empreintes ineffaçables, s'il est vrai que nous conservons toute la vie la marque de la direction primitivement donnée à nos études, le mathématicien de jadis aimera de la médecine les parties les plus précises, celles où domine la physique et qui lui doivent leurs progrès. Il ne sera ni clinicien, ni opérateur; c'est sur la solution des problèmes mécaniques de la physiologie, de la chirurgie, qu'il portera ses efforts. Ainsi fit le collègue éminent dont j'ai entrepris de vous rappeler aujourd'hui les travaux et la vie, M. Giraud-Teulon.

C'est à l'étude de la mécanique animale, bientôt après à celle de l'ophthalmologie que, devenu médecin à un âge déjà très avancé, il consacra toute son intelligence. A ses travaux d'oculistique, car notre Société a toujours réclamé comme sienne cette branche importante de la chirurgie, il dut de prendre rang parmi nous, le 16 juin 1869; il comptait alors plus de cinquante ans. Il ne fut jamais parmi nos dignitaires, parmi les membres du bureau. Trop âgé pour qu'on lui pût imposer les fonctions de secrétaire, apanage de la jeunesse, au moins d'une jeunesse relative, il nous quitta bien avant le moment où il pouvait être appelé aux honneurs de la présidence.

Seul ou presque seul spécialiste, peut-être se trouvait-il dépaysé dans cette enceinte. Depuis qu'aux Sichel, aux Desmarres, ces maîtres d'autrefois, avaient succédé des oculistes, la plupart étrangers, qui ne possédaient pas tout leur savoir et leurs qualités professionnelles, la *spécialité*, si je puis ainsi dire, avait perdu de son renom. Repoussés de l'enseignement officiel, ses représentants l'étaient à peu près également de nos sociétés savantes; la porte, jadis libéralement ouverte, se fermait maintenant devant eux. Peut-être il serait bon, pour nous, de l'entrebailler à l'avenir. Ici toutes les branches de la chirurgie doivent trouver une place. En est-il une qui ne se spécialise pas aujourd'hui? Ce n'est pas une critique, je le dis hautement, c'est un simple vœu que j'exprime, car ceux qui se plaignent le plus de notre ostracisme, sont justement ceux qui n'ont pas eu la constance nécessaire pour forcer l'indifférence ou briser le mauvais vouloir.

A la *Gazette médicale de Paris*, Giraud-Teulon confia ses premiers travaux. Homme de raisonnement sévère, la froideur de sa critique cadrait assez mal avec l'ardente polémique de son rédacteur en chef, de Jules Guérin, pour qui l'intention était bien supérieure à l'expérience, la théorie à l'observation patiente; de Jules Guérin qui ne pouvait admettre que les faits eussent l'audace de ne pas obéir aux lois qu'il avait édictées. L'accord cependant dura quelques années, et jusqu'en 1860 c'est par ce journal que notre collègue se fit connaître et apprécier du monde savant. *Les considérations géométriques propres à préciser les rapports de situation du fémur avec le bassin dans les états morbides de l'articulation coxo-fémorale* (*Gazette médicale de Paris*, 1854) nous montrent

une fois pour toutes, la façon dont Giraud-Teulon comprend les problèmes médicaux, la nature des solutions qu'il propose. A Bonnet, à Nelaton, aux cliniciens, cherchant à préciser la position du fémur aux diverses périodes de la coxalgie, l'instinct géométrique, la méthode mathématique ont, pour lui, trop généralement fait défaut. Il leur en apporte le concours. S'aidant de repères osseux, de mesures géométriques, il montre par le calcul, s'il y a allongement ou raccourcissement réel du membre malade. Malheureusement, pour la hanche comme pour l'épaule, à laquelle deux ans plus tard (*Gazette médicale de Paris* 1856), notre collègue applique la même méthode, les bases du calcul, les mesures, n'ont qu'une valeur relative, une exactitude contestable. Tant qu'aux équations du second degré, c'est beaucoup demander aux praticiens que d'avoir su les résoudre au jour du baccalauréat.

Un parallèle, un peu forcé, des squelettes de la main et du pied (*Gazette médicale de Paris*, 1854) conduit Giraud-Teulon à une passagère incursion dans le domaine de la chirurgie générale. Au carpe comme au tarse, il voit une voûte osseuse enveloppante que continuent le premier métacarpien et le pouce, le premier métatarsien et le gros orteil. Dans cette voûte vient s'enclaver comme un coin, une pyramide formée par les quatre derniers piliers du métacarpe ou du métatarse supportant les os centraux du massif tarsien ou carpien. Ces pyramides, il propose de les séparer avec le bistouri de la voûte qui les enserre, opération d'exécution facile suivant lui, mais dont l'utilité fonctionnelle, du moins au pied, nous paraît des plus contestables. Aux physiologistes qui combattent la théorie d'Hiffelsheim, *le cœur bat parce qu'il recule*, la mécanique vient, par sa plume, apporter un appui. Notre collègue est moins heureux dans son *Mécanisme de la production du relief dans la vision* (Académie des sciences, 1857). Il y attribue l'adaptation de la rétine aux sommets des cônes lumineux, à son déplacement sous l'action du muscle ciliaire. La membrane sensible se porte vers l'image, et la conscience de ce mouvement donne au sujet la sensation de la situation relative des divers points de l'objet ou du relief. Cette théorie géométrique ne résiste pas un seul instant devant une critique sérieuse, son auteur ne tarda pas à l'abandonner.

Au reste, il s'occupait depuis plusieurs années de la rédaction d'un important ouvrage qui parut en 1858 : *Principes de mécanique animale ou étude de la locomotion chez les animaux vertébrés*. L'Académie des sciences couronna ce travail inspiré de Borelli et qui complète ou rectifie l'œuvre remarquable du physiologiste italien. La vraie rigueur scientifique, dit Giraud-Teulon, consiste plutôt à faire la part des éléments absolus et des données variables que présente toute question physiologique, qu'à vouloir renfermer, dans les termes précis d'une équation, des circonstances et des influences qui échappent forcément, par leur nature, aux procédés de mensuration géométrique. Aux données fournies par l'anatomie, par l'électricité sur l'action d'un muscle, il est indispensable de joindre des considérations mécaniques. Tous les mouvements articulaires se réduisent, en effet, *aux fonctions du levier simple*, et leur étude ne réclame rien autre que la connaissance des conditions d'équilibre du levier, l'application du principe fondamental de la dynamique, *le principe des vitesses virtuelles*. Il n'est pas vrai, comme l'écrit Borelli, que tout dans la nature exige d'immenses efforts, pour des effets minimes. Si la disposition des forces y est, en apparence, défavorable à la grandeur de l'effet voulu, c'est que la conservation des formes, la recherche de la vitesse, s'allient pour le mieux avec les leviers du troisième genre. On se représente peu un animal dont les muscles, libres de toute entrave, se porteraient en droite ligne de l'extrémité d'un membre, jusqu'à sa racine au moment de leur contraction, pour retomber inertes le long des leviers osseux ; être fantastique dont la forme incessamment changée varierait dans des limites à nous inconnues. Raison de sentiment plus que de mécanique, étrange dans la bouche d'un pur mathématicien. Nous avons tous de ces absences.

L'homme est-il construit pour la station bipède? La chose est peu douteuse quel qu'ait été l'état de ses lointains ancêtres. Mais on peut rêver construction plus économique, plus sûre, car si l'élégance n'est pas contestable, au moins pour nous, la solidité laisse fort à désirer. La rapide fatigue qui suit la station verticale prouve que des forces musculaires entrent constamment en jeu pour la maintenir, la contraction tonique seule ne suffit pas à fixer cet équilibre instable. Dans la marche également les membres inférieurs, suivant notre collègue, n'oscillent pas comme un pendule simple, ainsi que l'ont cru les frères Weber ; s'ils se portent en avant, alternativement, c'est par l'action des muscles fléchisseurs de la cuisse.

Le mécanisme du saut offre, pour le physiologiste, une importance spéciale, parce que, chez l'homme, la course, la natation, se rattachent à ce premier mouvement. Pour Giraud-Teulon le saut est une projection de la masse du corps par la détente brusque des membres inférieurs préalablement fléchis, suivant les lois de la balistique. Cette explication, moins nouvelle qu'il ne le pensait, tout en reconnaissant sa ressemblance avec celle de Borelli, repose à peu près uniquement sur des considérations géométriques. Quand l'éminent professeur du Collège de France, M. Marey, publia ses premières recherches par la méthode des inscriptions graphiques, il n'aboutit pas aux mêmes conclusions. Le débat fut porté par notre regretté collègue devant l'Académie de médecine, en 1883. Il attaquait à la fois les expériences, les appareils, la méthode de son contradicteur, et lui, le mathématicien, il combattit, avec des raisonnements, des formules, des faits soigneusement relevés. Par ses photographies instantanées, M. Marey montrait que le vol, le saut, se font sans à-coup ; que toute action musculaire commence et finit lentement. Tenace dans ses idées, son adversaire les défendait avec ardeur, avec vivacité, parfois avec des arguments trop personnels. Sous les formes académiques, ses derniers discours sur la physiologie de la locomotion décelaient une animosité cachée, une sorte de mordant dépit, dont il n'était pas coutumier. Le combat finit faute de combattants, M. Marey se refusant sagement à poursuivre une discussion sans issue.

L'œuvre véritable de Giraud-Teulon, c'est l'ophthalmologie. Dans cette spécialité, devenue rapidement si grande, il se choisit un terrain limité : la *Dioptrique oculaire*. Dès 1859, il publie dans la *Gazette médicale de Paris* la « Théorie de l'ophthalmoscope » et ses déductions pratiques. User d'un instrument sans en connaître le mécanisme, est faire acte de simple manœuvre. A peine connue jusqu'alors, l'exploration des parties profondes de l'œil ne pouvait se généraliser que si on en comprenait le principe, si, à l'attrait puissant d'un nouveau procédé de recherche, s'ajoutait la sûreté des données ainsi acquises. Ces données, notre collègue en faisait saisir la valeur, l'exactitude ; il en agrandissait le cadre par l'emploi comme optomètre du miroir réflecteur. Par la construction de son ophthalmoscope binoculaire (1861), qu'il perfectionnait encore un an avant sa mort (1886), en substituant une lumière directe à l'éclairage par réflexion, il procurait, aux observateurs délicats, la netteté plus grande des images et leur vision en relief.

En envoyant à l'Institut (1860) une note sur l'influence sur la fonction visuelle binoculaire des verres de lunettes sphériques et, en particulier, de leurs régions prismatiques externes et internes, Giraud-Teulon laissait prévoir un travail plus complet. Il parut l'année suivante sous ce titre : *Physiologie et pathologie fonctionnelle de la vision binoculaire*. L'observation, dit l'auteur, bien plus que le calcul, doit être la base de semblables études. Si la mathématique n'y doit pas être sacrifiée à l'anatomie et à la physiologie, les sciences exactes, même dans les mains de Dulong, d'Arago, de Vallée, n'ont conduit qu'à des erreurs, parce qu'elles partaient de propositions initiales erronées. C'est le stéréoscope avec Wheastone, avec Brewster, qui montra la vision binoculaire simple, par la coalescence de deux images dissemblables et rejeta dans l'oubli la théorie des points identiques ou harmoniques des rétines aussi bien que le plissement de la membrane nerveuse. A l'organe appartient, comme l'avait dit Serres d'Uzès,

en même temps que les propriétés d'extériorité, de direction, la notion de la rencontre, de l'intersection dans l'espace des deux axes optiques prolongés, notion *innée*, non pas *cause*, mais *fait contemporain* de la sensation, absolument instantanée, de relief et de simplicité.

La pathologie en cet ouvrage offre moins d'intérêt. Le strabisme, la myopie, la presbytie y sont envisagés sous des points de vue qui n'ont plus cours aujourd'hui. L'adaptation de tous les instruments d'optique à la vision binoculaire par la décentration des oculaires associée à la double réflexion totale, principe de son ophthalmoscope, est trop coûteuse, trop délicate, pour s'être généralisée. Mieux inspiré et prévoyant les découvertes futures, notre collègue se demande déjà si les relations entre la lumière et la rétine, au lieu d'être d'ordre physique, comme on l'admettait il y a vingt ans encore, ne sont pas plutôt d'ordre chimique. Par malheur, rien ne vient appuyer, en son livre, cette conception absolument théorique.

Pour le strabisme également, tout en adoptant les doctrines de Jules Guérin, il entrevoit l'influence qu'exerce le besoin d'isoler des sensations trop dissemblables, le défaut de rapport entre la puissance de l'adaptation monoculaire et la convergence binoculaire, sur la dissociation des axes optiques. Ses *Leçons sur le strabisme et la diplopie* paraissent en 1863. Reproduction d'un cours fait à l'École pratique de la Faculté, elles ne sont qu'une adaptation française des travaux de Græfe, de Donders; un résumé des progrès faits en Allemagne dans les dernières années. Très épris de l'étranger, froissé par la séparation systématique, en France, de la physique et de la physiologie, Giraud-Teulon, oublieux des études de Bonnet, de Baudens, de Guérin, célèbre en termes lyriques la reconnaissance que nous devons aux savants d'Outre-Rhin. Certes, Donders, de Græfe ont beaucoup fait en ces questions difficiles, et les vues supérieures du physiologiste d'Utrecht ont éclairé ces problèmes autant que la sagacité clinique du professeur de Berlin. Mais c'est de notre pays qu'étaient venues les premières recherches, un Français devait s'en souvenir. Dans ces leçons apparaît nettement la théorie du strabisme par insuffisance congénitale des muscles de la convergence ou de la divergence, explication acceptable, vraie peut-être, mais qui n'est pas jusqu'ici démontrée.

Pour comparer des grandeurs, il faut entre elles une commune mesure; longtemps cette mesure fit défaut aux ophthalmologistes. Si l'on connaissait la sensibilité rétinienne, l'acuité de vision de Donders, il n'était pas possible d'en exprimer la valeur. C'est au deuxième congrès international d'ophthalmologie que notre collègue présenta son *Échelle optométrique*, réunion de caractères en une série progressive dont l'unité est l'intervalle de 1/10e de millimètre qui, à la distance d'un pied, soustend un arc de une minute. Plus tard, il l'adapta aux mesures métriques, et dans une seconde édition, parue en 1879, il prit comme base le *minimum separabile*, la limite de détermination devenant ainsi complètement indépendante de l'éclairage. En même temps, il y ajoutait des zones circulaires fermées de 30 en 30 degrés par des groupes de lignes parallèles, d'épaisseur et d'écart déterminés, pour la recherche de l'astigmatisme.

Poursuivant ses travaux, notre collègue publie en 1863 : « Causes et mécanisme de la production des images multiples de la polyopie monoculaire »; « Nouvelle étude de la marche des rayons lumineux dans l'œil et interprétation nouvelle de la formule classique qui résume la théorie optique des lentilles » (*Annales d'oculistique*, 1864); « De l'œil considéré comme instrument dans le développement de l'intelligence » (1866). Cette même année paraît comme supplément au *Traité pratique des maladies de l'œil*, de Mackenzie, traduit par Warlomont et Testelin, son *Précis de la réfraction et de l'accommodation de l'œil et de leurs anomalies*, où sous une forme aphoristique sont résumées les connaissances de l'époque.

C'était le moment où un ministre, libéral autant qu'érudit, poussait à la vulgarisation des sciences par la publication de petits volumes, d'un style comme d'un prix accessibles à tous. *L'Œil, notions élémentaires sur la fonction de la vue et ses anomalies*, fut bien accueilli du public et eut une seconde édition en 1878. La science, dit notre collègue, perd à n'avoir pour interprètes que des oracles, et ses arrêts doivent être compris du plus grand nombre. Or, quel organe a plus d'importance que l'œil? C'est par lui que nous entrons en relation continue et facile avec le monde extérieur. Indispensable à nos premiers ancêtres pour lutter avec succès contre les animaux sauvages, pour atteindre leur proie comme pour défendre leur vie, la vue n'est pas moins nécessaire aux peuples civilisés. C'est à la vue que nous devons nos plus pures jouissances; ainsi que la science, les arts, la poésie, n'existent guère que pour les yeux. Que serait notre monde, privé de la lumière? La perte de la vue est le plus grand des maux. Et tous cependant, nous usons de nos yeux et nous en abusons, et de l'enfance à la vieillesse ne leur laissons pas de repos.

Mais revenons à notre livre. Je n'aime guère, pour ma part, ces essais de vulgarisation, maladie de notre époque. Entre le demi-savant qui juge et tranche de tout et l'ignorant qui se laisse guider par l'instinct naturel, je penche vers le dernier. Lui, du moins, n'oppose au progrès que son indifférence, pendant que le savantasse l'arrête par sa vanité, son orgueil ou son mauvais vouloir. Mais il faut céder à la mode et suivre l'impulsion d'en haut. Giraud-Teulon avait une excuse, l'amour de l'ophthalmologie. Son manuel écrit sobrement, nettement découpé, se divise en trois parties : De l'œil comme instrument d'optique; Association des yeux dans la vision simple; Influence physiologique de l'âge sur la fonction visuelle. Nous y trouvons des définitions excellentes : voir n'est que sentir les objets là où ils sont; la vue est une sorte de toucher médiat; et de judicieux conseils. Notre collègue combat les préjugés des verres trop forts, quand il s'agit des presbytes, trop faibles, s'il est question des myopes, insistant avec raison sur ce fait que, par opposition aux premiers, les verres dans la myopie servent : non pas à voir mieux de près, mais bien à voir de moins près. Public et médecins, nous ne devons pas oublier que les membranes fibreuses, élastiques et extensibles de l'œil, ne sont pas, comme les leviers osseux, insensibles aux actions musculaires, mais que, cédant à des pressions répétées, elles se distendent ou amènent de graves accidents.

Jusqu'au jour encore éloigné où il fit paraître son grand ouvrage, *La vision et ses anomalies* (1881), résumé de ses travaux en ophthalmologie, Giraud-Teulon ne reste pas inactif. Dans les *Annales d'oculistique*, dont il est le collaborateur assidu, il publie en 1868 : « Instrument pour la mensuration ophthalmoscopique de la pupille du nerf optique »; « Des éléments de construction de l'œil schématique »; — en 1869 : « De l'influence des lentilles positives et négatives et de celle de leur distance à l'œil sur les dimensions des images ophthalmoscopiques de la papille dans les anomalies de réfraction et particulièrement de l'astigmatisme »; travail où il montre quel emploi on peut faire de ces variations de grandeur pour le diagnostic de l'état dioptrique de l'œil.

La substitution du mètre au pouce dans le numérotage des verres de lunettes, n'était pas seulement l'introduction de longtemps désirée du système métrique dans l'ophthalmologie, le remplacement d'une mesure variable, par une unité fixe, c'était également l'adoption d'une classification commode, rationnelle, en prenant pour base la valeur réfringente, la force ou la puissance des lentilles, en remplaçant par des nombres entiers les nombres fractionnaires, par une graduation régulière, une série absolument sans régularité. Giraud-Teulon, tout en se ralliant en principe aux propositions de Nagel et Monoyer, avait choisi comme unité la lentille de deux mètres de foyer, ancien numéro 72 des boîtes d'oculiste. Le Congrès d'ophthalmologie préféra comme mesure unité, le verre d'une longueur focale de *un mètre*, la *dioptrie*, solution plus conforme au principe accepté par tous, et notre collègue se soumit, non sans quelques réserves, à cette décision.

Dans ses travaux sur la myopie (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2e série, t. XI, et *Annales d'oculistique*, 1880) il

combat la théorie de Javal sur l'action des fibres longitudinales du muscle ciliaire dans la production du staphylome postérieur. Pour lui, la myopie progressive résulte de l'augmentation de pression, de la distension au voisinage de la papille optique, produite par le resserrement de la sangle contractile formée par les deux obliques dans les mouvements de convergence. Chez nous, où il siégea du 16 juin 1869 au 5 juillet 1882, comme membre titulaire, Giraud-Teulon trouva moins souvent l'occasion de ces discussions mathématiques, il sut s'y occuper de questions moins difficiles et plus pratiques : en 1869, des rapports de position à établir dans les opérations qui intéressent la cornée, entre le chirurgien, l'opéré et la source d'éclairage, eu égard au point brillant de l'œil; en 1870 : « De la cataracte glycosurique »; en 1871 : « Des iritis très rares qui peuvent être rattachés à la syphilis héréditaire. » Il signale, en 1872, les bons effets des courants électriques continus dans les paralysies et les contractures des muscles de l'œil, dans les opacités de la rétine; il admet avec M. Monoyer l'excision partielle contre le relâchement du sac lacrymal.

Homme de science bien plus que de pratique, notre collègue ne fut jamais, m'a-t-on dit, un très habile opérateur. C'est un talent qu'on n'acquière plus, ou bien difficilement, si les débuts sont tardifs. Dans la longue discussion de 1873, sur l'opération de la cataracte, il prit parti pour l'incision linéaire pure contre les sections périphériques quasi-linéaires, adoptant le procédé de Küchler qui coupe transversalement la cornée à 1 millimètre ou 2 au-dessus de son méridien horizontal. La porte de sortie est large, l'affrontement des lèvres de la plaie est naturel et permanent, et si les enclavements de l'iris se montrent d'habitude, ils n'ont aucun inconvénient. Ainsi parlait la théorie; il fallut bientôt en rabattre, et, dès l'année suivante, avouer que la méthode n'était pas sans danger, surtout dans les rigidités séniles de la membrane irienne. Actuellement, la section transversale médiane de la cornée n'a guère plus aucun partisan et le double lambeau de notre distingué correspondant, le docteur Vibert (du Puy), n'a pas reçu meilleur accueil.

Dans le traitement du glaucome, Giraud-Teulon repousse l'incision sclérale de M. le professeur Le Fort, n'admettant pas la théorie de l'épanchement séreux supra-choroïdien. Il regrette de même la sclérotomie équatoriale transverse de Nicati et s'en tient à une large iridectomie. Il est aussi net dans sa réprobation du tatouage de la cornée, des larges débridements de Boucheron dans la strabotomie; de la névrotomie optico-ciliaire ou énervation de l'œil substituée à l'énucléation classique. En ses critiques l'avenir lui donna raison quelquefois, et la ténotomie partielle proposée et employée par Abadie après de Græfe, pour combattre le développement de la myopie progressive, n'a pas, jusqu'ici, recruté beaucoup de partisans. Au contraire, notre collègue accepte l'opération de Bader contre le kératocone, l'excision partielle de la conjonctive dans les granulations incurables, l'enlèvement du globe en cas de tuberculose intra-oculaire si la sclérotique est demeurée intacte. Il se rallie également dans un rapport consciencieux et étudié, complet, comme il avait l'habitude de les faire, à l'origine traumatique ordinaire, par greffe dermique ou épidermique, des kystes de l'iris, origine démontrée par le professeur Masse (de Bordeaux).

Au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Giraud-Teulon a donné les articles : Station, Locomotion, Mécanique animale; et en ophthalmologie : Corps vitré, Échelles optométriques, Diplopie, Mydriase et Myopie, le plus important de cette série. A l'Académie de médecine, où il entre le 30 juin 1874, dans la section de physique et chimie médicales, il prend part à toutes les discussions qui rentrent dans sa spécialité et, pour début, appelle l'attention de ses collègues sur *les troubles fonctionnels de la vision dans leurs rapports avec le service militaire*. Déjà soulevée au Congrès international de Bruxelles, l'année précédente, la question avait des côtés délicats. En la prenant uniquement au point de vue scientifique, médical, Giraud-Teulon en arrivait à attaquer violemment la compétence des conseils de revision, à blâmer comme incomplète et retardataire au point de vue des méthodes d'examen conseillées, l'instruction du conseil de santé des armées, à demander la transformation du médecin militaire, expert et simple consultant, en un juge suprême; enfin, à réclamer l'adjonction d'un spécialiste pour l'examen des défectuosités visuelles des conscrits. Poussant encore plus loin ses exigences, il voulait que l'ophthalmoscopie devînt obligatoire et émettait le vœu que des commissions spéciales fussent appelées à déterminer le degré d'acuité visuelle, compatible avec le service armé pour le soldat et pour l'officier, avec les services accessoires, le degré des amétropies permettant l'accès aux Écoles militaires et au volontariat.

Quelques-uns de ses collègues lui firent prudemment observer qu'il n'appartenait pas à l'Académie de critiquer la composition et la compétence d'institutions établies par la loi, de donner à un ministre un avis qu'il n'avait pas sollicité, et au conseil de santé, formé des hautes notabilités médicales de l'armée, des indications sur la marche à suivre dans l'examen de l'aptitude militaire. Comme le faisaient remarquer MM. Legouest et Maurice Perrin, la situation d'expert place le médecin au-dessus des juges, tout en dégageant sa responsabilité sur les décisions du conseil. Au reste, les desiderata formulés par Giraud-Teulon étaient ou réalisés déjà ou sur le point de l'être. Le port des lunettes dans l'armée devenait bientôt facultatif, et les médecins militaires, depuis plusieurs années, trouvaient au Val-de-Grâce un enseignement spécial pour l'ophthalmologie. Sous l'impulsion d'un maître éminent, notre collègue, M. Maurice Perrin, l'oculistique prenait, à l'École d'application de la médecine militaire, la place importante qui lui est due, place qu'il a conservée jusqu'ici. L'appel de Giraud-Teulon n'avait donc pas sa raison d'être. Peut-être, cependant, lui devons-nous quelque reconnaissance, pour avoir insisté sur les nécessités de ces connaissances spéciales que la multiplication des affections oculaires, par l'adoption du service obligatoire, rend chaque jour plus indispensables au médecin expert. Si j'ai bonne mémoire, ce n'est pas sans résistance que l'ophthalmologie fit son entrée dans notre École militaire ainsi que dans les Facultés. Ceux qui ne l'ont jamais su ou qui l'ont oublié, se montrent plus disposés encore, aujourd'hui même, à restreindre ce qu'ils nomment ses envahissements qu'à favoriser son développement rationnel.

En 1878, à propos d'un mémoire de V. Tixier : *La fixation des images sur la rétine*, notre confrère, rejetant l'hypothèse de Joung sur les couleurs dites fondamentales, fait l'éloge de la théorie photochimique déduite de la découverte de pourpre rétinien. En 1882, en 1883 de nouveau, s'appuyant sur les expériences de Charpentier pour séparer la sensibilité chromatique de la sensibilité lumineuse, il combat vivement les conceptions physiologiques de Donders. Il donne pour excuse à son insistance que : l'élimination d'erreurs trop longtemps respectées n'est pas toujours la contribution la moins profitable au progrès de la science. Puisant dans sa pratique, il montre à l'Académie les avantages du graphoscope dans le diagnostic des asthénopies, les heureux effets des courants continus contre l'hyalitis au début, les conditions de la vision dans l'hypermétropie. Abandonnant le calcul et la mécanique, il en vient à invoquer un principe de dynamique vivante, une action nécroso-musculaire, tant psychique que réflexe (??) pour expliquer la persistance d'une certaine accommodation chez les jeunes hypermétropes. Chez eux aussi l'adynamie se traduisait par un changement dans la coloration des vaisseaux rétiniens, signe nouveau des lésions intimes de la nutrition fourni par l'examen ophthalmoscopique. Dans cette voie la pente était glissante, le champ des hypothèses trop largement ouvert. Il s'agit, en effet, d'observations délicates, d'appréciations difficiles, pour lesquelles nous avouons, sans honte, notre impuissance absolue.

Quand un homme voit approcher le terme de son existence, jetant un regard en arrière, il aime à rapprocher, à réunir les travaux qu'il a semés sur sa route. C'est en 1881, à l'âge de soixante-cinq ans, que Giraud-Teulon fit paraître ce résumé de sa

vie scientifique : *La vision et ses anomalies*, cours théorique et pratique sur la physiologie et les affections fonctionnelles de l'appareil de la vue. Pour nous, qui venons d'analyser ses publications antérieures, l'ouvrage n'a rien de bien nouveau. Nous y retrouvons sa conception personnelle de la vision binoculaire, habilement défendue contre les attaques d'Helmholtz et de Donders, dont il combat les théories par trop métaphysiques. Nous y retrouvons aussi les plaintes habituelles sur les dangers de la myopie scolaire, dangers qui croissent avec la valeur intellectuelle des sujets et le capital acquis qu'ils représentent. Chacun sait cela, nos oreilles en sont rebattues, mais allez donc demander des réformes à ces universitaires endurcis qui ont pâli sur les livres et se vantent, après cinquante ans d'un tel labeur, de pouvoir, sans lunettes, déchiffrer les plus obscurs manuscrits. L'hygiène pour eux n'a point de sens, et volontiers ils mesureraient au chiffre de la myopie le degré de l'intelligence.

Malgré les expressions d'intégrale, de résultante et autres, qui trahissent encore son éducation première, notre collègue s'attache à ne faire à la mathématique que les emprunts absolument imposés par la nature géodésique de la fonction visuelle. Les journées, dit-il avec raison, n'ont que vingt-quatre heures pour tout le monde; il faut savoir réduire au simple exigé les connaissances nécessaires. N'imitons pas les gens qui, au lieu de 0 (zéro), écrivent $\frac{1}{\infty}$; les savants qui, pour exprimer que deux couleurs s'équilibrent, se balancent, disent que $\frac{dc}{c} = \frac{dF}{F}$ ou que les différentielles des logarithmes de leurs intensités sont égales entre elles. Écrire dans un langage compréhensible, dire clairement, simplement, est la preuve d'un grand savoir et d'un judicieux esprit. Certaine école étrangère semble l'avoir oublié, et Giraud-Teulon en appelait aux lecteurs de l'optique physiologique d'Helmholtz. Ce n'est pas que parfois, ainsi que dans sa Thèse de doctorat (*Mécanique animale; Recherches analytiques sur le mécanisme de la respiration*), il n'assemble des formules qui, simples peut-être pour l'École polytechnique, n'ont pas cours à la Faculté de médecine; mais on peut lui pardonner ces réminiscences et passer au chapitre suivant. Il prend lui même le soin d'y inviter le lecteur, en donnant à ces passages un texte tout spécial et des moins engageants; il sent que médecins et algèbre ont peu de communs rapports.

Né à La Rochelle, le 30 mai 1816, d'une vieille famille huguenote, Marc-Antoine-Louis-Félix Giraud, appartenait, par son grand-père, député de l'Aunis à la Convention, au parti libéral et républicain. Sorti de l'École polytechnique en 1838, officier d'artillerie pendant quelques mois, il quitte la carrière militaire étant encore à l'École de Metz, pour épouser la fille d'un député du Gard, Émile Teulon, dont il ajouta plus tard le nom à son nom personnel. Étudiant en médecine à Montpellier, il passe sa Thèse de doctorat à Paris, le 15 mars 1848, quelques jours après la révolution qui jetait dans l'exil la branche cadette des Bourbons. Entraîné par la fièvre politique, illusionné comme beaucoup, il accepte d'être envoyé dans le département de l'Ardèche comme commissaire du gouvernement provisoire. La préfecture des Hautes-Alpes fut la récompense de son administration intègre; il la conserva jusqu'à la fin de l'année 1851. Déjà sa foi était terriblement ébranlée, son enthousiasme éteint, et, malgré les offres d'une situation supérieure faites au nom du prince-président, il quitta résolument son emploi. Peut-être son séjour de quelques années à Nice, sur ce territoire alors étranger, n'eut-il pas pour unique motif la santé délicate de sa femme. Le gouvernement impérial n'admettait pas volontiers qu'on refusât ses faveurs, et le démissionnaire de 1851 pouvait bien être un des suspects du lendemain.

C'est de Nice que, devenu Giraud-Teulon, notre confrère envoyait ses premiers travaux à la *Gazette médicale*. En 1856, il rentre à Paris pour toujours et y continue ses études critiques, ses mémoires originaux. Son style sévère, un peu monotone; sa critique sans compassion pour les fautes, sans pitié pour les erreurs n'étaient guère d'un journaliste. Il n'avait ni l'élégance qui charme, ni la facilité qui séduit, ni l'enthousiasme qui entraîne; en chaque chose il cherchait le point faible, le raisonnement vicieux ou l'expérience fautive. Homme du fait il ne dédaignait pas cependant l'hypothèse, mais il la voulait logique et rationnelle. Habitué aux solutions mathématiques, il prétendait apporter dans les problèmes de la médecine la même précision, la même exactitude. C'était dépasser le possible, il l'éprouva plus d'une fois.

Un éminent chirurgien qui sut grouper autour de lui les hommes de labeur et d'initiative, un maître qui aimait à s'adjoindre toutes les compétences, qui devina Duchenne et protégea Fauvel et Krishaber, j'ai nommé le professeur Nélaton, aida Giraud-Teulon à sortir de la foule en l'appelant à sa clinique pour y vulgariser l'emploi, peu répandu jusqu'alors (c'était vers 1862), de l'examen ophthalmoscopique. Vers le même temps notre collègue inaugurait à l'École pratique un cours dont il publia bientôt les leçons. Nous avons dit l'importance de ces ouvrages, ils commencèrent la réputation scientifique de leur auteur.

En 1864 à l'imitation des autres oculistes, Giraud-Teulon fonde une clinique libre, gratuite, qu'il dirige pendant 13 ans. En 1877 il la cède à son parent et digne élève, le docteur Badal, aujourd'hui professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux. C'est à Badal, c'est à ses chefs de clinique qu'il laissait l'exécution des opérations délicates quand son âge les lui rendit difficiles. Sans dédaigner les soins à donner aux maladies oculaires communes, il se réservait l'étude des altérations de réfraction, les examens ophthalmoscopiques où il excellait. Après le siège et la Commune, vivement frappé par les événements de l'année terrible, notre collègue se retira à Saint-Germain et bientôt y fixa sa demeure. Chaque jour il venait à Paris pour sa clinique, pour ses consultations, pour les séances de l'Académie et de la Société de chirurgie, auxquelles il manquait très rarement. Froid, d'abord très réservé, il suivait avec une attention scrupuleuse les discussions en cours. Si le sujet était de sa compétence, il n'hésita jamais à faire connaître son avis; ses rapports, extrêmement travaillés, témoignent hautement de son labeur. Certes il n'est pas tendre pour les hypothèses aventureuses ou les hâtives conclusions, mais s'il se montre dur pour les idées, ses critiques ne s'adressent qu'aux doctrines. Pour ses confrères il n'a, d'habitude, que de bonnes paroles et sait excuser leurs méprises en raison du travail qu'elles leur ont pu coûter.

Ses communications nombreuses aux sociétés savantes portent sur des recherches originales ou sur des points contestés de la science. L'expérience et le raisonnement, le raisonnement surtout, est la base de son argumentation. Tenace dans ses idées, il ne cède pas aisément, et, pour défendre des convictions profondément enracinées, il épuise toutes les ressources de la dialectique. Appuyé sur un savoir étendu, sur des connaissances encyclopédiques, il est un adversaire redoutable; malheur à qui tombe sous sa plume. Pas un lapsus dont il ne profite, pas un oubli qu'il ne relève, pas une assertion hasardée dont il ne montre la fausseté ! S'il sait, presque toujours, rester dans la mesure, ce n'est pas que sa critique ne soit mordante, ses épigrammes acérées. Il ne déclame pas, il n'improvise pas, il lit. Mais sa diction lente, son timbre un peu aigre, n'enlèvent rien à la vivacité des traits dont il frappe ses contradicteurs.

Au fond, Giraud-Teulon était un excellent homme et sa réserve, sa froideur apparente, cachaient une sensibilité exquise, un amour profond de l'humanité. Utopiste à ses premières heures, l'âge et les luttes de la vie l'avaient rendu moins confiant sans détruire complètement ses illusions de jeunesse. Tous ses collègues l'estimaient pour son caractère, l'aimaient pour sa franchise et la sûreté de ses relations. A Saint-Germain il soignait gratuitement les pauvres. Chez lui comme à l'hôpital, les malheureux furent toujours les bien-venus. Pour eux sa bonté était grande, sa patience inépuisable; il leur donnait la meilleure part de son temps. En dehors de l'Académie ou il siégea jusqu'à

son dernier jour, il avait, depuis quelques années, délaissé les Sociétés médicales. Nommé en 1879, au Congrès d'Amsterdam, membre d'un comité chargé de réaliser la fondation d'une société d'ophthalmologie de langue française, il fit par ses exigences, ses scrupules, échouer ce projet repris depuis avec succès, mais en dehors de lui. Son âge ne s'accordait plus avec ces rêves de l'avenir ; il préférait en laisser aux plus jeunes la réalisation.

Au reste, il n'était pas l'homme des concessions faciles, et jusque dans la mort il sut garder intactes les convictions de toute sa vie. Enlevé rapidement, le 19 août 1887, par une urémie foudroyante que ne laissait pas prévoir l'affection vésicale dont il était atteint depuis quelques années, il voulut que personne ne se dérangeât pour accompagner son cercueil. Ni la Société de chirurgie, ni l'Académie de médecine ne furent prévenues assez à temps pour assister à ses obsèques. A ses malades eux-mêmes, à ses pauvres, il interdit ce dernier témoignage de leur reconnaissance et quelques amis, quelques fidèles, obtinrent seuls le droit de le reconduire et de pleurer sur sa tombe. Cependant, désireuse de payer sa dette à ce bienfaiteur de l'humanité, la ville de Saint-Germain décida de donner à une des salles de son hôpital, à la rue qu'il habitait depuis quinze ans, le nom de Giraud-Teulon. Les journaux lui consacrèrent quelques lignes et le silence se fit. Seules les *Annales oculistiques*, par la plume de Warlomont, ont dignement apprécié l'œuvre de leur collaborateur dévoué.

Messieurs, je n'ai pas pensé que justice fût ainsi rendue au savant modeste, à l'homme distingué, que nous avons eu l'honneur de compter dans nos rangs. De ces travaux frappés au coin d'une intelligence supérieure, de cette vie consacrée tout entière à la science, la science a le devoir de garder la mémoire, de faire revivre, au moins pendant quelques instants, le souvenir glorieux pour la patrie. A l'heure où tant de gens arrivent à la renommée par le savoir-faire et par une honteuse réclame, il est bon de montrer aux générations qui nous suivent que le labeur honnête trouve lui aussi sa récompense, que la chirurgie sait reconnaître ses fidèles et leur donner dans ses Annales la place élevée que réclament pour eux leurs talents.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

1. M. Portel. Contribution à l'étude du traitement des fractures des membres par les appareils en zinc laminé du docteur Raoult-Deslongchamps. — 2. M. Mestayer. Traitement raisonné de la diarrhée de Cochinchine. — 3. M. Chauvreau. Les tics coordonnés avec émission brusque et involontaire de cris et de mots articulés. — 4. M. Gourmaud. Contribution à l'étude du cancer latent de l'estomac. — 5. M. Marchandou. Obock et son territoire, sa fièvre. — 6. M. Garnier (Jacques). Des manifestations gastriques, intestinales et gastro-intestinales du paludisme. — 7. M. Darius-Sévère. Contribution à l'étude de la fièvre dite bilieuse inflammatoire des pays chauds. — 8. M. Pauvert. Contribution à l'étude de la thermométrie dans la pathologie infantile. — 9. M. Ardeber. Étude sur le traitement de la chorée par l'antipyrine. — 10. M. Blanc. Contribution à l'étude des dermatoses rhumatismales. — 11. M. Rouchaud. De l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. — 12. M. Faivre. Contribution à l'étude des injections hypodermiques et parenchymateuses d'acide phénique. — 13. M. Houdart. Contribution à l'étude thérapeutique du Melaleuca viridiflora (Niaouli). — 14. M. de Guénin. Étude sur le service municipal de la vaccination à Bordeaux. — 15. M. Merget. Action toxique, physiologique et thérapeutique des vapeurs mercurielles. Recherche du mercure dans les liquides et dans les tissus de l'organisme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de chirurgie ne décerne pas de prix pour l'année 1888.

Les sujets proposés pour 1889 sont les suivants : *Prix Duval*, la meilleure thèse de chirurgie ; *Prix Laborie*, le meilleur travail inédit sur un sujet de chirurgie ; *Prix Gerdy*, Traitement des suppurations diffuses et enkystées du petit bassin ; *Prix Demarquay*, Tous les abcès du foie sont-ils tuberculeux?

— Par décision ministérielle, en date du 8 janvier 1889, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Fribourg, pour le 72e d'infanterie ; Gross, pour l'hôpital de Nancy ; Labanowski, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de première classe Letellier, pour le 8e bataillon de chasseurs à pied ; Dicquemare, pour les hôpitaux de la division de Constantine.

— C'est par erreur que M. le docteur Mauriac (de Bordeaux) vient d'être nommé, pour la seconde fois, officier d'Académie ; un nouvel arrêté le nomme officier de l'Instruction publique.

— *Hôpitaux de Besançon.* — Un concours, pour la nomination à un emploi de chef des cliniques de l'hôpital Saint-Jacques, s'ouvrira le jeudi 24 janvier 1889. — Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de l'hôpital Saint-Jacques, à Besançon.

— *Hôpitaux de Poitiers.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Blanchon, Guiet et Brumaud *ex æquo*.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Pitres donne sa démission de doyen.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Chalançon est maintenu dans les fonctions de préparateur de physiologie.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le professeur Laennec est maintenu dans les fonctions de directeur de l'École.

— *École de médecine de Tours.* — Un concours s'ouvrira le 3 juillet 1889, à l'École de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle de l'École de Tours.

— MM. les docteurs Chaumier et Bartoneuf sont nommés médecins-adjoints des asiles d'aliénés.

— M. le docteur Du Mesnil est nommé membre du comité d'organisation du Congrès international des habitations ouvrières.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs J.-R.-E. Couranjou (du Parc-Saint-Maur) ; de Santi, médecin principal de l'armée en retraite ; Verdalle (de Bagnères-de-Luchon) ; Verjon (de Plombières) ; A. Vignes, médecin en chef de l'hôpital de Tarbes.

— M. le professeur Mathias Duval commencera, le lundi 14 janvier, à cinq heures, à l'École d'anthropologie, 15, place de l'École-de-Médecine, son cours d'anthropogénie, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

Il traitera « des lois de l'hérédité basées sur l'étude des actes intimes de la fécondation ».

— M. le docteur A. Després, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien à l'hôpital de la Charité, reprendra ses leçons cliniques le mercredi 16 janvier et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cours de zoologie médicale, rédigé d'après les leçons de M. Louis Roulle, professeur suppléant à l'École de médecine de Toulouse, par M. A. Suis, licencié ès sciences naturelles,

préparateur à ladite École. Édition revue par le professeur. 1 beau volume in-8° avec 420 figures dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Berthier; Toulouse, Ed. Privat.

Nouveaux éléments de pathologie externe, publiés par M. le professeur A. Bouchard (de Bordeaux), avec la collaboration de MM. les professeurs agrégés Piéchaud et Maurice Denucé et de M. le docteur Princeteau, chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Bordeaux. Tome II : *Maladies des régions ;* fascicule 1er (tête, face et cou). 1 vol. in-8° de 370 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Traité élémentaire d'hygiène et de thérapeutique de l'hystérie, par le docteur J. Thermes. 1 vol. in-18. — Prix : 6 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 5. — SAMEDI 12 JANVIER 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 12 JANVIER 1889. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Théories récentes sur la nature et la pathogénie du goître exophthalmique.

Par M. le docteur E LEFLAIVE,
Ancien interne des hôpitaux.

PRINCIPALES INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

BÉNARD. *Contribution à l'étude du goître exophthalmique*, Thèse de Paris, 1882. — G. BALLET. De quelques troubles du système nerveux central observés chez les malades atteints de goître exophthalmique, *Revue de médecine*, 1883. — P. MARIE. *Contribution à l'étude et au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow*, Thèse de Paris, 1883. — H. RENDU. Article GOITRE EXOPHTHALMIQUE, in *Dictionnaire encyclopédique*, 1883. — BOINET. *Des parentés morbides*, Thèse d'agrégation, 1886. — DEJERINE. *L'Hérédité dans les maladies du système nerveux*, Thèse d'agrégation, 1886. — GRASSET. *Traité pratique des maladies du système nerveux*, 3e édition, 1886. — W. HACK. *Contribution à la thérapeutique du goître exophthalmique*, Congrès de Baden-Baden, 1886. — BERTOYE. *Étude clinique sur la fièvre du goître exophthalmique*, etc., Thèse de Lyon, 1888. — G. BALLET. L'ophthalmoplégie externe et les paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans leurs rapports avec le goître exophthalmique, *Revue de médecine*, 1888.

I

Quand on parcourt les écrits récents consacrés à l'étude de la maladie de Basedow, on reconnaît que, depuis une dizaine d'années, les idées médicales se sont bien modifiées à son sujet. La fameuse triade symptomatique : goître, exophthalmie, palpitations, est loin de constituer aujourd'hui toute la maladie, et bon nombre de symptômes aussi importants, sinon dans leurs détails, du moins dans leur ensemble, sont venus s'adjoindre à ce tableau. Loin de le compliquer, ils l'ont peut-être rendu plus simple, et ils ont jeté, sur la nature de cette affection, un jour tout nouveau. Le mécanisme de production de chacun des divers symptômes n'est peut-être pas beaucoup mieux expliqué que par le passé ; mais les conditions étiologiques de la maladie de Basedow et la place que lui assignent en pathologie ses connexions avec d'autres affections, sont aujourd'hui bien mieux connues.

Il est actuellement peu utile de rapporter, dans leurs détails, les diverses opinions anciennes des auteurs au sujet de la nature et de la pathogénie du goître exophthalmique : ces théories ne sont plus guère défendues aujourd'hui. Dans un intérêt purement historique, il suffit de rappeler que cette maladie fut d'abord regardée comme le résultat d'une altération du cœur (Graves, Stockes, Aran), ou d'une anémie spéciale (Basedow, Begdie, Beau, Bouillaud).

Puis, analysant chacun des trois principaux symptômes, et cherchant un organe dont les altérations fonctionnelles pussent retentir à la fois sur l'œil, le corps thyroïde et le cœur, on rapporta tous ces désordres aux nerfs du cou, pneumogastrique et grand sympathique, et le plus souvent à ce dernier. C'est dans ces cordons nerveux ou dans les ganglions qui sont sur leur trajet, qu'on plaça la lésion de la maladie, le point de départ des troubles observés. « On a pu, dit M. Marie, apporter à l'appui de cette opinion des résultats d'autopsie dont la valeur est bien affaiblie *a priori*, quand on sait combien, dans l'état actuel de nos connaissances, et surtout au moment où ont été faites la plupart de ces autopsies, quand on sait, disons-nous, combien il est difficile de constater certaines lésions des nerfs et, en particulier, des nerfs ganglionnaires. »

De quelle nature pouvait être le trouble fonctionnel ainsi localisé ? Ici l'ingéniosité des physiologistes a pu se donner un libre champ. Pour les uns, c'était une paralysie vaso-motrice ; pour les autres, il s'agissait d'excitation ; pour d'autres enfin, il y avait à la fois l'une et l'autre. Du reste, les auteurs se sont, en général, prudemment bornés à émettre des hypothèses plutôt qu'à affirmer un point de doctrine.

Ces théories qui s'ajustent ainsi aux faits dans un sens, qui peuvent également s'y adapter quand on les prend dans le sens diamétralement opposé, qui ne cessent pas de leur convenir tout aussi bien quand on prend partie d'un extrême et partie de l'autre, ces théories, bonnes à tout faire, ont bien peu de chances d'être vraies. Ce que nous connaissons aujourd'hui, tant de la symptomatologie que de l'étiologie de la maladie de Graves, nous montre que ce n'est plus dans les cordons nerveux du cou qu'il faut chercher sa localisation ; ce n'est plus d'une affection circulatoire, ce n'est plus d'une névrose limitée à quelques organes qu'il s'agit, mais bien d'une névrose généralisée qui doit prendre rang à côté de l'épilepsie, ou mieux encore de l'hystérie, dont elle est proche parente.

Piorry, et d'autres avant lui, avaient émis l'idée que le goître est la lésion primitive, et que, comprimant les vaisseaux et les nerfs du cou, par une action pathogénétique facile à concevoir, il donne lieu à l'exophthalmie d'une part (compression des veines jugulaires) et aux palpitations d'autre part (compression des nerfs). Il est bien démontré aujourd'hui qu'une compression de l'ensemble des veines du cou donnerait lieu tout d'abord à d'autres symptômes que l'exophthalmie, et ensuite à une circulation collatérale qui ferait bientôt disparaître ces troubles secondaires. Cette démonstration est du reste superflue, puisque bien des cas ne débutent pas par le goître, puisque cette tuméfaction peut manquer toujours, puisque le développement du corps thyroïde est généralement peu considérable, bien moindre que dans la plupart des cas de goître endémique, puisqu'enfin lorsqu'une tumeur du corps thyroïde donne lieu à des symptômes de compression (goître constricteur, goître plongeant), ces derniers sont tout autres que la triade de Basedow.

Nous n'insisterions pas de la sorte sur cette théorie du goître primitif agissant par compression des organes voisins, si elle n'avait pas été reprise assez récemment par M. Bénard dans sa thèse. Se basant sur quelques cas où la maladie avait paru succéder aux symptômes de la tumeur thyroïdienne et avait disparu à la suite de l'ablation du goître, il en a conclu à l'exactitude de la théorie de Piorry. Les faits qu'il rapporte existent et ont été bien observés; c'est certain. Mais ils sont peu nombreux, on peut même dire exceptionnels. Cette théorie ne saurait donc être invoquée dans la plupart, dans l'immense majorité des cas. Nous croyons, en outre, qu'on peut en donner une autre interprétation bien plus générale, bien plus satisfaisante. Nous y reviendrons plus loin.

II

Comment en est-on venu à faire, du goître exophthalmique, une maladie de tout le système nerveux, une névrose générale ? Ce n'est certes pas seulement à cause des difficultés qu'on éprouvait à rattacher à une seule et même lésion du sympathique cervical ou du pneumogastrique, des symptômes aussi divers comme siège que la tachycardie, l'exophthalmie et le développement du corps thyroïde. Cette théorie n'est pas le résultat de l'embarras de la physiologie pathologique.

On avait remarqué depuis longtemps déjà que cette maladie non fébrile avait un retentissement singulier sur l'organisme tout entier, qu'elle produisait une cachexie spéciale; de plus, elle s'accompagnait dès son début de symptômes qu'on ne pouvait pas rattacher à la localisation généralement adoptée : c'étaient des troubles des fonctions génitales (aménorrhée), des troubles trophiques (fonte des seins, vitiligo), des troubles digestifs (boulimie, diarrhée), des troubles mentaux allant depuis les modifications de caractère, ce qui est habituel, jusqu'à la folie complète, etc.

Les manifestations morbides que l'on a dû ainsi rattacher à la maladie de Basedow, sont devenues de plus en plus nombreuses; elles ont pris dans le tableau symptomatique une importance croissante, et il suffit de l'une d'elles, comme le tremblement, jointe à la tachycardie, pour permettre de diagnostiquer cette affection, malgré l'absence des autres termes de la triade. Les cas appelés frustes sont devenus peut-être les plus fréquents. Ces symptômes secondaires sont aujourd'hui fort nombreux, et nous ne pouvons les étudier en détail. Nous nous contenterons de les énumérer, nous bornant à parler un peu plus longuement de ceux qui ont été l'objet de travaux récents.

MM. Noël Raynaud (1875) et Rolland (1876), dans leurs thèses, ont étudié les manifestations cutanées qui accompagnent le goître exophthalmique. Le vitiligo est déjà depuis longtemps signalé; il faut aussi mentionner les taches pigmentaires et l'urticaire. Nous avons pu en observer un bel exemple l'année dernière dans le service de M. Rendu : une jeune fille, d'environ dix-huit ans, présentait la triade classique, de l'incontinence d'urine, de l'aménorrhée; elle était fréquemment prise de diarrhée incoercible, et pendant des mois, après chaque repas, elle avait une poussée d'urticaire très nette durant environ une demi-heure.

M. Rendu, dans son article du *Dictionnaire*, rapporte un fait de chute, non seulement des cils et des sourcils, mais aussi de la barbe et des cheveux.

Du côté de l'appareil génito-urinaire, l'aménorrhée est chose d'observation banale; elle manque rarement. Les affections utérines se voient souvent; la grossesse a une action manifeste sur la maladie dont elle paraît le plus souvent suspendre le cours. On sait encore que le goître exophthalmique amène, dans quelques cas, une atrophie des seins. Nous venons de signaler l'incontinence d'urine.

L'anorexie, la boulimie, les vomissements et surtout la diarrhée, qu'aucun médicament ne peut enrayer, sont les troubles digestifs les plus communément observés. Du côté de l'appareil respiratoire, M. Marie a étudié l'augmentation du nombre des respirations et une toux à caractères spéciaux. Du côté de l'appareil de la vision, outre l'exophthalmie, des troubles paralytiques ont été notés; ils portent sur le releveur de la paupière supérieure (signe de de Græfe) ou sur les muscles droits (ophthalmoplégie externe : Ballet).

Tous les auteurs classiques se sont longuement étendus sur les troubles de caractère de ces malades; ils ont signalé leur bizarrerie, leur instabilité, leur excitation perpétuelle, leurs exigeances, leur ingratitude, leur irascibilité toute spéciale. Ils ont même dit que ces troubles pouvaient aller jusqu'à la manie complète et des exemples nombreux en ont déjà été publiés. Également sous l'influence du système nerveux central, il faut ranger sans conteste ces faits de polyurie, d'albuminurie, de glycosurie, qui le plus souvent ne sont que passagers.

En 1862, M. le professeur Charcot a signalé, pour la première fois, le tremblement dont M. Marie a fait, il y a peu d'années, une étude complète. Ce dernier auteur en fait un symptôme très fréquent, à peu près constant même : « Si, dans le moment où on examine le malade, on ne le constate pas nettement, les renseignements que l'on recueillera prouveront du moins que ce tremblement a existé à une certaine époque de l'affection, qu'il se reproduit dans certaines circonstances et peut même être provoqué dans certaines positions. » Son intensité est des plus variables; quand il est bien accentué, le malade est dans un état de vibration perpétuelle; les muscles sont animés de mouvements fibrillaires; parfois ce tremblement se localise aux extrémités comme dans l'alcoolisme; les oscillations sont régulières et rapides (environ 8 à 9 par seconde).

Au moment où paraissait ce travail, M. G. Ballet publiait un mémoire sur les phénomènes convulsifs ou paralytiques que l'on peut rencontrer dans le cours du goître exophthalmique. Mentionnons encore dans cet ordre d'idées les

sueurs, les douleurs à type d'angine de poitrine, les névralgies, etc.

Il nous reste enfin à signaler cette sensation de chaleur si fréquente chez les gens atteints de la maladie de Graves, comme chez ceux atteints de paralysie agitante. On s'est demandé s'il y avait là fièvre véritable. Certains l'ont affirmé ; d'autres ont pensé que ce n'était guère qu'une sensation subjective, et qu'à ce moment, on pouvait à peine constater dans l'aisselle une élévation de température de quelques dixièmes de degré. Des faits ont été cités qui semblent en contradiction avec cette opinion. Entre autres, dans le mémoire de M. Ballet, nous trouvons reproduite une observation de M. Merklen où l'on signale une température qui se maintient autour de 39 degrés et atteint même 40 degrés.

Tout récemment, M. Bertoye a fait de ces recherches le sujet de sa thèse inaugurale. Son travail s'appuie sur des températures prises avec soin et pendant longtemps ; dans l'une de ses observations les relevés thermométriques ont été faits deux fois par jour sans interruption pendant deux ans. La température a souvent atteint et même dépassé notablement 40 degrés. Voici les conclusions que l'auteur en tire : « La fièvre se montre fréquemment, sinon toujours, dans la maladie de Basedow. Elle peut y revêtir les types suivants : état fébriculaire, état fébrile, poussées fébriles inaugurale, clôturale ou épisodique. Dans l'hystérie, la chlorose, la chorée, on rencontre des types de fièvre analogues. »

Quelle que soit la pathogénie spéciale de chacun de ces symptômes si variés dans leur aspect et dans leur localisation, n'est-il pas évident qu'il est bien difficile de les rattacher avec la triade classique à une lésion vasculaire ou nerveuse du cou. Tous les appareils, ou peu s'en faut, sont touchés ; toutes les fonctions peuvent être atteintes. Ce n'est certainement pas le sympathique cervical qui produit par son influence directe tous ces symptômes si divers, et on est bien forcé d'admettre que le système nerveux central a dû entrer en jeu, que ses altérations anatomiques ou fonctionnelles sont la chose essentielle.

III

Si, maintenant, nous passons en revue les conditions étiologiques au milieu desquelles se développe la maladie de Basedow, nous sommes frappés de l'influence considérable, de la nécessité, d'un terrain favorable pour son apparition.

Il est aujourd'hui bien établi qu'il existe, chez un grand nombre de personnes, une prédisposition spéciale à présenter des accidents nerveux, et, tout particulièrement, de ceux appartenant à ces grandes névroses qu'il est bien difficile, sinon impossible de rattacher à une lésion fixe. Cette prédisposition, c'est ce qu'on a appelé la diathèse nerveuse. Eh bien ! c'est chez ces individus que le goître exophthalmique se développera de préférence, pour ne pas dire exclusivement, au même titre que l'épilepsie, ou bien mieux encore l'hystérie.

Ce sont, en effet, les femmes qui sont le plus souvent atteintes de goître exophthalmique, et cela dans une proportion considérable, au moins six fois sur sept (Sée, Rendu). C'est à l'âge des névroses, c'est-à-dire de vingt à quarante ans, qu'on l'observe le plus fréquemment ; non que, comme aussi les manifestations hystériques, il ne puisse survenir à d'autres âges ; mais les années de l'âge moyen sont celles qui favorisent tout particulièrement son éclosion. Comme l'hystérie, comme l'épilepsie, il peut apparaître ou disparaître sous l'influence de causes modifiant, d'une façon marquée, la constitution de l'individu, comme la grossesse.

Ce qui montre mieux encore la parenté morbide du goître exophthalmique et des névroses que nous avons prises comme types, c'est leur association ou leur succession dans un même organisme. C'est fréquemment chez des jeunes filles, chez des hommes même, portant les stigmates de l'hystérie, qu'on voit apparaître la maladie de Basedow. M. Ballet, dans le mémoire que nous avons déjà cité, nous a montré que le mal comitial légitime pouvait soit alterner, soit cohabiter avec l'affection qui nous occupe : « Les deux affections, dit-il, gardent une indépendance relative. Nées toutes deux sous l'influence de la prédisposition nerveuse, elles se succèdent ou marchent parallèlement, parentes, mais non dépendantes l'une de l'autre. » Au point de vue de l'hystérie, il arrive aux mêmes conclusions, et chez les gens atteints de goître exophthalmique, on peut observer des accidents qui sont de simples manifestations de l'hystérie.

Ainsi donc, voici des maladies évidemment diathésiques, qui ne sont que l'expression de la constitution pathologique de l'individu, qu'on voit fréquemment soit alterner, soit se manifester simultanément. N'est-il pas certain qu'elles sont parentes ? Y a-t-il encore doute que la gravelle et la goutte ne soient parentes, que les différentes affections, que l'on voit se succéder chez un arthritique, ne soient les diverses modalités suivant lesquelles une même cause générale se traduit ? Le même raisonnement est applicable à la maladie de Basedow et aux autres névroses, ses sœurs. Il ne faut pas, dans un cas plus que dans l'autre, chercher uniquement une cause productrice locale ; il faut les regarder toutes comme le résultat d'un vice constitutionnel préexistant et intéressant l'individu tout entier.

Si l'on veut une démonstration encore plus complète de la parenté intime qui unit la maladie de Basedow aux autres névroses générales, on peut la rechercher dans l'influence de l'hérédité. Le goître exophthalmique est quelquefois héréditaire en lui-même (hérédité similaire) ; c'est indiscutable, et parmi les exemples qu'on en a donnés, il nous suffira de rappeler le fait d'Œsterreicher rapporté par M. Dejerine : une mère hystérique a eu dix enfants dont huit ont été atteints de la maladie de Basedow ; parmi ces enfants, l'une fut grand'mère de quatre petites-filles dont trois ont présenté la même maladie. Une hérédité aussi manifeste n'est pas ce qui se voit le plus souvent, mais, comme le fait remarquer M. Dejerine, « dans la majorité des cas nous constatons, chez les ascendants et les descendants, l'existence de toutes les parentés psychopathiques et neuro-arthritiques ». On sait bien en effet, aujourd'hui, que les névroses sont loin d'être toujours héréditaires dans leur même forme (hérédité similaire), mais que souvent elles semblent se succéder d'une génération à l'autre ou se remplacer chez les divers sujets d'une façon plus ou moins équivalente (hérédité diathésique), de façon à ne pas permettre le moindre doute sur l'intimité du lien qui les unit et sur l'analogie de leur nature.

Il est très fréquent de trouver comme cause occasionnelle, comme point de départ des accidents du goître exophthalmique, une commotion plus ou moins violente, plus ou moins brusque ayant fait porter ses effets soit sur l'organisme tout entier, soit seulement sur le système nerveux.

C'est là encore un point de rapprochement entre le goître exophthalmique et les autres névroses. L'hystérie ayant comme origine apparente un traumatisme, les accidents épileptiques succédant à une vive émotion, à une peur, sont des notions courantes aujourd'hui. Tous les auteurs qui ont écrit sur la maladie de Basedow ont cité pour elle des exemples analogues que M. Marie a résumés dans sa thèse d'une façon extrêmement convaincante. Non seulement, parmi ces agents d'apparition de la maladie, il place les traumatismes physiques ou moraux (émotions), mais encore ces causes dont l'action moins brusque n'en est pas moins puissante : les affections utérines, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, ces derniers pourtant actes physiologiques. La syphilis, elle aussi, paraît avoir eu le goître exophthalmique pour conséquence. « Comment envisager ces faits ? demande M. Marie. Faudra-t-il décrire une maladie de Basedow syphilitique ? » Non. Car il pense avec raison « que la vérole agit par le choc qu'elle imprime à l'économie, et non par sa spécificité ».

On le voit donc, non seulement la maladie de Basedow peut donner lieu à des symptômes portant sur tous les points de l'organisme et intéressant tous les systèmes comme l'hystérie, mais encore sa parenté manifeste avec toutes les névroses générales, ses conditions d'apparition bien analogues, sinon semblables, commandent de la ranger dans ce groupe de maladies. A l'analogie du tableau symptomatique vient s'ajouter l'analogie étiologique la plus complète. La conclusion à en tirer nous semble donc parfaitement évidente.

IV

Puisqu'il est hors de doute que la maladie de Basedow ne peut être rattachée ni à une simple altération des cordons nerveux du cou, ni à aucune autre lésion de même ordre, il faut donc remonter au système nerveux central pour trouver l'appareil dont le trouble fonctionnel peut se traduire sous des aspects aussi variés. Maintenant, peut-on prétendre placer le siège de la maladie en un point plutôt qu'en un autre de l'axe cérébro-spinal ?

Malgré la variété des symptômes, il en est de primordiaux, et ceux-ci sont assez fixes dans leur association pour paraître sous la dépendance d'un centre commun. L'anatomie pathologique nous donne peu de renseignements à cet égard; et nous pouvons bien nous y attendre, puisque les troubles névrotiques ne sont le plus souvent liés à aucune altération matérielle appréciable du centre qui leur donne naissance. Pour prendre un exemple parmi les faits les mieux démontrés, l'aphasie des hystériques est certainement due à un trouble fonctionnel dans la région de la circonvolution de Broca ; et, cependant, une lésion accessible à nos moyens d'investigation n'est pas nécessaire pour la produire. La rapidité avec laquelle ces troubles apparaissent, disparaissent, se succèdent ou s'associent, éloigne absolument l'idée d'une altération profonde des tissus.

Néanmoins, il est possible, dans l'exemple que nous venons de prendre, de rapporter la pathogénie de ce symptôme à un point précis du système nerveux. En est-il de même pour les accidents du goître exophthalmique ? Doit-on regarder cette maladie comme due principalement à l'altération fonctionnelle d'une certaine région de l'axe cérébro-spinal ? Cette question mérite d'être agitée, car elle peut avoir de grandes conséquences au point de vue de la thérapeutique.

A défaut de l'anatomie pathologique nous allons nous adresser à la physiologie expérimentale, et si elle ne conduit pas à la certitude, elle nous donnera néanmoins certaines probabilités. Nous empruntons à M. Rendu le résumé des expériences de Filehne.

« Filehne, en 1879, a montré qu'en sectionnant sur de jeunes lapins le quart antérieur des corps restiformes, on modifiait le tonus du pneumogastrique de telle façon que les excitations réflexes cessaient de provoquer le ralentissement du cœur, et que la section des nerfs vagues n'augmentait plus la fréquence du pouls. Dans ces conditions, il se produisait souvent de l'exophthalmie, alors même que le sympathique cervical était coupé ; mais plus rarement la lésion cérébrale fut suivie d'une tuméfaction de la glande thyroïde. »

Il est bien évident que ces expériences n'ont pas reproduit la maladie de Basedow véritable; il ne faut du reste pas espérer reproduire chez un animal une maladie humaine de ce genre à l'aide d'un simple coup de scalpel ; toutefois, on ne peut prétendre que les résultats ainsi obtenus ne soient pas sans quelque analogie avec les phénomènes de la triade classique.

Si, maintenant, on se rappelle ce fait expérimental bien connu que l'on peut produire la glycosurie, la polyurie et l'albuminurie par des lésions du plancher du quatrième ventricule, voilà tout un groupe de phénomènes pathologiques dont on pourrait retrouver l'origine commune dans une altération fonctionnelle du bulbe.

Il en est de même des troubles parétiques oculaires qui portent non seulement sur le releveur palpébral, mais encore sur la quatrième et la sixième paires. M. Potain, cité par M. Rendu, dans deux cas inédits, a constaté, de la façon la plus nette, l'existence d'une paralysie faciale. M. Ballet vient encore de publier tout récemment un mémoire sur l'ophthalmoplégie externe du goître exophthalmique, liée, dit-il, à un trouble fonctionnel intéressant les origines bulbo-protubérantielles des nerfs moteurs de l'œil.

Tscheschichin a montré que des sections de la protubérance annulaire pouvaient, dans certains cas, déterminer une élévation considérable de la température ; Schreiber, Bruck, Gunter ont repris ces expériences et les ont confirmées en les simplifiant. Quelle qu'en soit l'interprétation, il n'en demeure pas moins acquis que les lésions de la région protubérantielle peuvent donner lieu à de l'hyperthermie. Chercher dans ce sens l'explication des faits de fièvre observés nous semble plus satisfaisant que d'accepter la théorie de M. Renaut que nous résumerons un peu plus loin.

Les expériences que nous venons de rappeler nous paraissent suffisamment probantes pour que l'on puisse, à l'exemple de M. Rendu, placer, dans la région bulbo-protubérantielle, le foyer de production d'un bon nombre des symptômes du goître exophthalmique, de la plupart, sans aucun doute.

Mais les troubles fonctionnels dépendant de cette région, quelque importants qu'ils soient, ne sont pas toute la maladie. Il est d'autres symptômes qui, comme les modifications de caractère, les altérations de l'intelligence ou de la volonté, semblent appartenir plutôt au cerveau lui-même. D'autre part, ne serait-ce pas le fonctionnement de la moelle qui devrait être principalement incriminé au sujet du tremblement étudié par M. Marie ? Cela semble probable tout au moins. Il en résulte que l'on doit regarder le goître exoph-

thalmique comme étant bien une névrose générale, pouvant étendre son influence sur tout l'axe cérébro-spinal, mais agissant d'une manière toute spéciale sur la région bulbo-protubérantielle.

Nous ne pouvons pas maintenant prendre chaque symptôme en particulier et en étudier la pathogénie spéciale dérivée de cette conception générale. Nous nous heurterions à chaque pas à des inconnues trop considérables. Nous laisserons aussi de côté ce qui a trait aux lésions anatomiques constatées du côté du cœur, du côté des yeux, du corps thyroïde, etc., qui ne sont évidemment que des phénomènes consécutifs ; la manière dont elles prennent naissance et celle dont elles influent à leur tour sur l'organisme (asystolie, etc.) n'ont que peu d'intérêt pour la question plus générale qui nous occupe.

Nous tenons, cependant, à signaler une théorie toute nouvelle, émise par M. le professeur Renaut (de Lyon), dans la thèse de M. Bertoye. Pour expliquer la pathogénie de la fièvre de la maladie de Basedow, il suppose l'existence d'un *agent infectieux*, d'un *ferment figuré vivant*. « Je suis persuadé, dit-il, que la *spécificité morbide*, qui, aujourd'hui, sépare nettement des purs troubles de nutritions la majorité des maladies, et qui, en somme, se réduit à la notion d'un organisme inférieur introduit dans le nôtre pour y devenir pathogène, je suis persuadé, dis-je, que cette notion de spécificité ne tardera pas à s'imposer pour toute maladie suscitant la fièvre habituelle ou fréquemment reproduite au cours du mal. En particulier, pour la chlorose, le fait de l'existence de la fièvre habituelle, satellite de ce mal, mis en lumière par les recherches de MM. Leclerc et H. Mollière, doit faire soupçonner la nature infectieuse de la maladie de Varandal. La démonstration d'une fièvre analogue, satellite de la maladie de Graves, sinon constant, du moins très fréquent, conduit aussi au même soupçon d'intervention, dans la pathogénie du goître exophthalmique, d'un élément infectieux quelconque. »

De plus, d'après le même auteur, dans les cas de maladie de Basedow, même cliniquement frustes au point de vue du goître, le corps thyroïde serait altéré dans sa structure ; il y aurait toujours de la thyroïdite interstitielle, et il faudrait « tenir compte de l'annulation ou de la persistance des voies lymphatiques de la thyroïde dans les formes fébriles ou apyrétiques de la maladie de Basedow. La question sera peut-être aussi vivement éclairée quand, par l'expérimentation, on se sera rendu compte du degré de toxicité de la lymphe des vaisseaux blancs prenant leur origine dans le corps thyroïde. »

Nous avons tenu à reproduire ici ces hypothèses un peu vagues, parce que cette idée d'infection est absolument nouvelle et qu'elle est très éloignée des idées qui commencent à se répandre au sujet de la physiologie pathologique et de la pathogénie de la maladie de Basedow. Nous n'en persistons pas moins à accorder bien plus de créance à la théorie de la névrose générale.

V

Avant de terminer, nous devons discuter ici des faits qui, à première vue seulement, semblent infirmer pour le goître exophthalmique l'idée de névrose générale, héréditaire, innée si l'on peut parler ainsi. Ces faits semblent donner à la maladie une origine toute contingente, ne faisant pas essentiellement corps avec la constitution des sujets ; et même une intervention chirurgicale a pu amener une amélioration considérable, une guérison de la maladie. Nous pourrions laisser ces faits dans l'ombre, car ils ne constituent que de rares exceptions. Néanmoins, nous en rapporterons deux parmi les plus frappants et les plus connus ; ils s'éclaireront peut-être l'un l'autre et ils nous apporteront, nous l'espérons, un argument de plus à la théorie de la névrose générale.

Le plus ancien des deux faits que nous voulons rappeler, est celui de M. Tillaux ; il a été le point de départ de la thèse de M. Bénard ; en voici le résumé :

Une femme de vingt-neuf ans, fille de goîtreuse, avait elle-même un goître volumineux de consistance solide, allant du cartilage thyroïde à la fourchette sternale, derrière laquelle il se prolongeait un peu. Puis se développèrent des symptômes de la maladie de Basedow, consistant en tachycardie (90 à 100 pulsations à la minute), troubles de la vue, troubles vaso-moteurs, troubles respiratoires, éruptions cutanées fréquentes avec démangeaisons, modifications de caractère. Le 28 janvier 1880, M. Tillaux fit la thyroïdectomie ; la malade guérit ; le pouls revint à 80 ; les accès de suffocation, les troubles oculaires disparurent ; l'état général s'améliora et la malade conservait encore cet état satisfaisant au commencement de 1882.

Autre fait : une jeune fille fut présentée en 1885, à Hack (de Fribourg) ; elle avait une prédisposition ancienne à l'obstruction nasale et des symptômes récents de maladie de Basedow. Guidé par la priorité des symptômes nasaux, Hack lui cautérisa les cornets inférieurs et fut assez heureux pour guérir les phénomènes des deux ordres.

S'il est difficile d'admettre avec M. Bénard que, dans le premier de ces cas, tous les troubles étaient dus à la compression des organes vasculo-nerveux du cou par le goître, il semble bien que la première partie des conclusions qu'il en tire peut être vraie : « Il existe un certain nombre de goîtres exophthalmiques dans lesquels la tumeur thyroïdienne paraît être le point de départ des accidents. »

La relation qui peut exister entre le goître exophthalmique et les affections nasales semble tout d'abord plus étrange. Nous savons bien que quelques médecins tendent à faire de cet organe important l'un des principaux pivots de la pathologie ; elles sont nombreuses les diverses maladies qu'avec raison souvent, qu'à tort parfois, on a placées sous sa dépendance. Le rôle du nez est certainement considérable sans qu'on ait besoin de l'exagérer. Personne, que nous sachions, n'a déjà voulu pour tous les cas de goître exophthalmique chercher une origine nasale. Néanmoins, le fait de Hack n'en est pas moins démonstratif.

Est-il possible de rapprocher les deux faits que nous venons de rappeler et de leur donner une interprétation analogue ? Oui. Nous dirons : chez tout individu prédisposé, c'est-à-dire de tempérament nerveux, une lésion quelconque peut éveiller une névrose ; cette névrose peut être l'hystérie, l'épilepsie, comme elle peut être la maladie de Basedow. La lésion ne joue là que le rôle de cause occasionnelle que nous avons si souvent vu jouer aux affections utérines, aux traumatismes physiques ou moraux, à la syphilis même (Marie).

Dans un ordre d'idées semblable, tout récemment M. Seguicelli a proposé d'électriser le corps thyroïde de quelques épileptiques, et cette pratique, surprenante *a priori*, lui aurait donné de bons résultats dans certains cas. Nous ne citons ce fait que pour montrer un exemple du rapport qui pourrait unir les névroses centrales et les altérations d'or-

ganes périphériques, et en particulier du corps thyroïde.

Lorsque le goitre exophthalmique semble être ainsi consécutif à une lésion à laquelle la chirurgie peut remédier, on est évidemment autorisé à chercher à guérir la maladie en s'attaquant à ce qui en semble le point de départ; c'est ce qu'ont fait Hack et M. Tillaux. C'est ainsi qu'on a eu raison de dire qu'il y avait des goitres exophthalmiques chirurgicaux. Mais il faut bien penser que, souvent, la lésion périphérique n'est qu'un prétexte apparent et non une cause réellement efficace. De même que des symptômes hystériques, qui semblent déterminés par une lésion utérine et ovarienne, peuvent survivre à l'ablation de la partie malade, comme on ne le constate que trop souvent, de même, il se pourrait qu'une maladie de Basedow, chirurgicale en apparence, persiste malgré un traitement aussi radical que possible. Des faits nombreux doivent être rassemblés pour qu'il soit permis d'établir des conclusions sur ce point particulier.

Laissant de côté ce dernier point insuffisamment étudié, nous basant sur la symptomatologie si étendue et si variée de la maladie de Basedow, sur son étiologie, sur sa parenté si proche avec l'épilepsie et surtout l'hystérie, au moment de conclure, nous ne pouvons que nous ranger à l'avis des auteurs qui font de cette affection une maladie nerveuse, s'étendant à tout le système cérébro-spinal; ses effets, cependant, semblent prédominer dans la sphère de la région bulbo-protubérantielle. Et nous terminerons, en citant cette conclusion de M. Marie qui résume parfaitement l'état de la science sur la question : « La seule conception qui soit acceptable est celle d'une *névrose*, non plus seulement d'une névrose cardiaque, comme l'ont dit un grand nombre d'auteurs et comme l'enseignent la plupart des traités de pathologie, mais d'une *névrose générale*. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé mardi soir, 8 janvier 1889, par la nomination des 300 candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite.

Ce sont MM. :

1. Mouchet, Bouglé, Glantenay, Lévy, Kuss, Péron, Funck, Douënel, Junien-Lavillauroy, Le Marc'Hadour.

11. Touvenaint (Léon), Guépin, Griner, Batigne, Guibert, Roussel, Marmasse, Duchemin, Debayle, Sainton (Marie-Adrien).

21. Gannelon, Guitton, Barrié, Darin, Macé, Pochon, Raffray, Malapert, Berthelin, Thévenard.

31. Du Bonays de Coueslonc, Dupasquier, Lebon, Pineau (Arsène), Thiercelin, Barbier, Josué, Grasset, Pécharman, Manson.

41. Hervé, Gauthier, Viguès, Le Tanneur, Antheaume, Mlle Cherchevesky, Chrétien, Morin, Richerolle, Larger.

51. Dubrisay, Veslin, Bardol, Leblond, Béchet, Parisot, Bonneau, Meyer, Meurisse, Breton.

61. Calbet, Auclair, Tariel, Le Seigneur, Barozzi, Clément, Bertillon, Lapointe, Cazin, Mourette.

71. Raynal, de Brazza, Ducellier, Benoit, Huguenin, Tollemer, Dujon, Navarro, Lieffring, Chesnay.

81. Dimey, Brandès, Comte, Castro, Nanu, Michaïlowski, Legrand, Lucas, Lucron, Chapdelaine.

91. Lacombe, Couvreur, Caryophyllis, Villeprand, Launay, Lajotte, Perruchet, Lafont, Archambaud, Arrizabalaga.

101. Pascal, Legros, Isidor, Héan, Dubost, Martin (Louis), Vignaudon, Halouchery, Goupil, Artus (Maurice).

111. Houdaille, Rescoussié, Main, Matton, Haury, Dessirier, Baillet, Flandre, Hobbs, Camescasse.

121. Lagoudakis, Bernard, Arbel, Thomas, Pégou, Théloan, Codet, Leclercq, Plichon, Collas.

131. Regnault, Le Stunf, Solary, Galmard, Ouvry, Lorrain, Mirkovitch, Picot, Marchand, Paquy.

141. Maurice, Rancurel, d'Hottman de Villiers, Arnaud, Choppin, Galpin, Coriton, Pineau (Henry-Eugène), Glover, Artault.

151. Duma, Sorel, Boutroux, Paulidès, Poulain, Bergeret-Jeannet, Bouchez, Levet, Cordillot, Duvivier.

161. Colin, Siguier, Thiébault, Placet, Finck, de Bourgon, Ribell, Martin (Louis-François-Albert), Grémand, Paulin.

171. Duvacher, Moitier, Mlle Kolopothakès, Spindler, Écart, Moussand, de Amaral, Carpentier, Anscher, Bon.

181. Petitbon, Trekaki, Roux, Gresset, Vibert, Duprat, Carré, Brisson, Renons, Leroy.

191. Got, Danin, Crochet, Millon, Richard, Delaire, Beauvallet, Dauriac (Jules), Chauvel, Marchal.

201. Larricq, Hamel, Mathieu, Léonard, Siron, Sainton (Roger), Vélimirovitch, Chereau, Chamozzi, Louvel.

211. Arthus (Nicolas-Maurice), Aragon, Mirovitch, Péchaud, Daum, Faurichon, Bossu, Mergier, Larcena, Durand.

221. Decourt, Martin (François), Fricotel, Clarac, Artières, Derchen, Jay, Faussillon, Dutournier (Adrien), Bougan.

231. Mme Pilet, Bayeux, Mme Rechtsamer, Veillon, Athanassio, Crevecœur, Pinault, Danet, Bondesio, Modiano.

241. Cheminade, Boutin, Veuillot, de Ribier, Cantacuzène, Leterrier, Brunet, Émery, Stojanovitch, Mlle Zlotwoska.

251. Perdrizet, Fourault, Poirier (Arsène), Gochbaum, Chanson, Levadoux, Bidault, Fairé, Le Guern, Dufour (René-Jules).

261. Langlois, Surel, Rémy-Néris, Samalens, Mlle Balaban, Darras (Charles), Charlier, Stavaux, Bourgogne, Salmon.

271. Georgevitch, Collinet, Silva, Mally, Bilbilis, Poirier (Maurice), Ménos, Fouquet, Larsonneur, Coursier.

281. Rollin, Thomas (Charles-Jules-François), Ancelet, Frumusianu, Mallet (Henri), Bouquet (Henri), Bosnière, Réville, Guyot, Claudel.

291. Bouley, Calton, Zolotuisky, Tennant, Corny, Mennessier, Duret, Riche, Hahusseau, Guérin.

— Par décret, en date du 8 janvier 1889, M. Modelski, aide-médecin de réserve, docteur en médecine, a été promu au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— *Monument de Daviel*. — Le comité de souscription pour l'érection d'un monument à la mémoire de Jacques Daviel a décidé, dans sa dernière réunion :

1° Que le monument serait élevé à Bernay, chef-lieu de l'arrondissement dans lequel Daviel est né ;

2° Que la souscription resterait ouverte.

Il a été exprimé l'espoir que les sommes souscrites conditionnellement en faveur de La Barre, lieu de naissance de Daviel, pourront, avec l'assentiment des souscripteurs, être consacrées à l'exécution, pour cette commune, d'un travail de sculpture, par l'artiste qui sera chargé du monument.

Une commission a été nommée pour s'occuper de l'exécution de ce monument. Elle se compose de MM. les docteurs Panas, président du comité; Brun, trésorier; Horteloup, secrétaire; M. Puel, maire de Bernay.

Les souscriptions sont reçues : à Paris, chez M. le docteur Brun, trésorier, rue d'Aumale, 23, et au siège du comité, chez M. le docteur Horteloup, rue de la Victoire, 76.

— *Souscription Duchenne (de Boulogne)*. — Les admirateurs, les élèves et les amis de Duchenne (de Boulogne), ont l'intention de perpétuer la mémoire d'un des grands promoteurs de la neuropathologie moderne en lui élevant un monument dans l'enceinte de la Salpêtrière. Ils font appel au concours de tous les médecins qui savent apprécier l'importance des services rendus à la science par notre illustre compatriote.

Pour réaliser ce projet, un comité a été constitué. Il se compose de : MM. Charcot, président; Joffroy, vice-président; Strauss, Pitres, Tessier, Lereboullet, Magnan, Hamy; Combault, trésorier.

La première liste monte à la somme de 1 660 francs.

Les souscriptions doivent être adressées à M. le docteur Gombault, trésorier, 41, rue de Vaugirard, ou à l'un des membres du comité.

— Nous recevons avis de la suspension provisoire de la publication de la *Gazette de Gynécologie*, par suite du mauvais état de santé actuel de son rédacteur en chef.

Le docteur P. Ménière a dû, pour le même motif, fermer sa clinique hospitalière de la rue du Pont-de-Lodi, et se limiter, jusqu'à nouvel ordre, à la clientèle de ville.

— M. le professeur Armand Gautier commencera le cours de chimie biologique le mardi 15 janvier 1889, à une heure, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis suivants à la même heure. — Objet du cours : Les alcaloïdes et amides d'origine animale ; — La digestion, la lymphe, le sang.

— Les conférences de l'Association française pour l'avancement des sciences, faites à Paris pendant l'année 1889, auront lieu dans l'amphithéâtre de l'Hôtel des Société savantes, 28, rue Serpente et, 14, rue des Poitevins, les samedis à huit heures et demie très précises du soir. Elles commenceront le samedi 19 janvier, et seront au nombre de douze.

Les membres de l'Association qui désirent assister à ces conférences sont priés de retirer leurs cartes au secrétariat, 14, rue des Poitevins, de neuf heures du matin à cinq heures du soir.

Les membres fondateurs et les membres perpétuels auront droit à des places réservées, en les demandant, pour la conférence à laquelle ils désirent assister, dans les six jours précédant cette conférence. La demande devra donc être renouvelée toutes les semaines si l'on désire assister à toutes les conférences. On disposera de ces places réservées, si elles ne sont pas occupées dix minutes avant l'ouverture de la séance.

Pour cette année, deux personnes seront admises sur la présentation d'une seule carte.

Des cartes d'abonnement sont délivrées aux personnes qui ne sont pas membres de l'Association, au prix de 5 francs pour la série des conférences de 1889.

Des cartes gratuites, valables pour une séance, seront délivrées au secrétariat dans la semaine qui précèdera chaque conférence : elles seront accordées de préférence aux personnes dont les demandes seront appuyées par un membre de l'Association.

On ne sera admis dans la salle de la conférence que sur la présentation des cartes spéciales délivrées cette année.

Un certain nombre de cartes déposées chez le concierge de la Faculté de médecine seront à la disposition des étudiants.

Première conférence : samedi, 19 janvier, à huit heures et demie du soir, « Les Landes de Gascogne », par M. Chambrelent, ancien inspecteur général des Ponts et Chaussées.

Travaux d'obstétrique, par le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, etc. 3 vol. in-8° avec 308 figures intercalées dans le texte. — Prix : 24 fr. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

47

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

86

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL ; **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

46

THE DE CHINE ET DES INDES

MARQUE DÉPOSÉE. **LE DÉLICIEUX** MARQUE DÉPOSÉE.

de **E. THIBAULT,** importateur, NANTES.

Le **Thé LE DÉLICIEUX** est exclusivement composé de thés noirs de qualités extra-supérieures et choisies avec le plus grand soin. Il mérite d'être recommandé :

A toutes les personnes soucieuses de leur santé, si elles doivent en faire usage comme tonique, stimulant ou stomachique;

A toutes les personnes en général faisant un usage journalier de cette boisson et qui peuvent, plus que toutes les autres, en apprécier la finesse et le parfum délicat;

Enfin à toutes les maîtresses de maison ayant à cœur de bien traiter leurs invités.

Dépôt général : A Nantes, E. THIBAULT, 15 et 19, r. Saint-Léonard. — *Gros :* A Paris, MICHELAT et LESUEUR, 9, r. des Guillemites.—*Détail :* Ttes phies.

34

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (*Basses-Pyrénées*).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

19

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes)
2 fr. 50 dans un verre d'eau.

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore*
1 fr. *et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot. 0,05; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, *Place Vendôme,* PARIS.

14

CASCARA MIDY : Pilules rigoureusement dosées à l'**Ext. Hyd. Alcool** de **Cascara Sagrada,** la meilleure préparation contre la **Constipation habituelle** et **l'atonie de l'intestin.**

2 fr. 50 le flacon, 113, faubourg Saint-Honoré.

16

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS.	LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES.	GASTRALGIE.
DYSPEPSIE.	GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES : **Pancréatine Defresne :** en poudre, 4 gr. 2 à 4 cuillerées.
Pilules digestives Defresne . . . . 3 à 5 pilules

Élixir et Sirop.

DÉPÔT : 2, rue des Lombards et ttes pharmacies.

DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès,** 9, r. du 4 Septembre, Paris.

31

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boites fer blanc de **50** et **100g.**

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

33

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811

Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres,* etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

38

DRAGÉES GRIMAUD

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

Incomparables dans le traitement de l'*incontinence nocturne d'urine, les affections chlorotiques, les pâles couleurs et anémies* de toute nature.

Connues depuis de longues années, elles ont valu à l'inventeur les plus flatteuses distinctions.

DOSE : 6 à 10 par jour.

DIPLOME D'HONNEUR à l'exposition d'Hygiène de l'Enfance 1887. — Se trouvent dans toutes les bonnes pharmacies et chez les principaux droguistes en France et à l'étranger.

Prix 5 fr.—Gros : E. GRIMAUD fils, 3, r. Ribera, Paris.

21

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

22

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc.

Paris, GREZ, Phien laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

26

ASTHME **catarrhe, oppression,** et toutes les *affections des voies respiratoires,* st guéris pr les **TUBES LEVASSEUR,** O. ❄❄. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

91

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie,* les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes,* on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne.**

VERNE, Grenoble, et phies, France et étranger.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

74

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : 4 fr. le flacon.*

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les *Pâles couleurs,* pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses,* des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

N° 6. — MARDI 15 JANVIER 1889. 62e ANNÉE. MARDI 15 JANVIER 1889. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Le médecin inspecteur des enfants du premier âge n'est pas un préposé de fonctionnaire, mais un véritable fonctionnaire. — Arrêt de la Cour de cassation.

ARRÊT

Sur le moyen unique tiré de la violation des articles 174 du Code pénal, 5 de la loi du 23 décembre 1874, et 9 et suivants du décret du 27 février 1877;

Attendu que, sur une prévention de concussion relevée contre le demandeur en sa qualité d'ancien médecin inspecteur des enfants du premier âge, l'arrêt attaqué a déclaré que S... était à considérer comme ayant été, dans l'exercice de ces fonctions, non un fonctionnaire, mais un préposé de fonctionnaire dans les termes de l'article 174 du Code pénal; que, nommé par l'autorité préfectorale et ne remplissant qu'une mission purement technique, S... devait être réputé avoir été un simple préposé du préfet, et que la concussion à lui imputée devrait, en conséquence, constituer à sa charge, si elle était établie, non le crime mais le délit de concussion prévu et puni par le premier alinéa de l'article 174 précité;

Mais attendu que l'arrêt a ainsi mal apprécié la situation et le caractère légal des médecins inspecteurs des enfants du premier âge;

Attendu que ces inspecteurs ont été créés par la loi du 23 décembre 1874; que, s'ils sont nommés par le préfet, ils tiennent leurs attributions, non d'une délégation de ce fonctionnaire, mais des dispositions mêmes de la loi; que leurs fonctions sont déterminées tant par la loi précitée que par le décret du 27 février 1877, rendu pour son exécution; qu'ils sont des agents actifs de la surveillance légale organisée pour la protection des enfants du premier âge; qu'ils visitent ces enfants, surveillent les nourrices auxquelles ils délivrent les autorisations et certificats nécessaires, prennent ou provoquent les mesures exigées par l'intérêt des nourrissons; qu'ils rendent compte au préfet et au maire des faits qu'ils ont constatés dans leurs visites, et qu'ils adressent, en outre, au préfet un rapport annuel sur l'état général de leur circonscription; qu'enfin, le refus de se soumettre à leur surveillance, en refusant leurs visites, est érigé par la loi en un acte punissable, constituant, selon les cas, un délit ou une simple contravention;

Attendu qu'étant, par l'ensemble de ces dispositions, revêtus d'un mandat public, par suite d'une délégation légale et personnelle de fonctions, les médecins inspecteurs du premier âge ne sauraient être considérés comme les préposés particuliers du préfet, ni d'aucun autre fonctionnaire, mais qu'ils sont eux-mêmes des fonctionnaires dans le sens de l'article 174 du Code pénal précité;

D'où il suit qu'en statuant comme il l'a fait, l'arrêt attaqué a violé tant cet article que les dispositions légales susvisées;

Par ces motifs,

Casse et annule l'arrêt de la Cour d'appel de Lyon, Chambre correctionnelle, du 9 février 1888.

(Cour de cassation, chambre criminelle, 8 juin 1888, M. Tanon, cons.-rapp. Me Sabatier, avocat en la Cour, M. l'avocat-général Bertrand, conclusions conformes.)

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Parallèle de la castration utérine et de la castration tubo-ovarienne (1).

Dans deux de nos précédentes leçons, nous avons montré les avantages de la castration utérine sur la castration tubaire ou ovarienne dans les cas où il s'agissait de petites tumeurs de l'utérus et de ses annexes.

Aujourd'hui, nous voulons vous parler des avantages que donne la castration utérine dans le traitement des suppurations pelviennes qui prennent naissance dans ces organes.

Depuis que Sappey a fait ses belles recherches sur les lymphatiques de l'utérus et de ses annexes, les médecins et les chirurgiens, en particulier Nélaton, Nonat et Gallard, Voillemier, Hippolyte Bourdon, Bernutz et Goupil, Hervieux, Richet, Alphonse Guérin, Lucas-Championnière et beaucoup d'autres ont cherché à localiser le point de départ et le

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 1170.

mode d'évolution des inflammations de l'appareil génital interne chez la femme ; les uns, comme Nélaton et Voillemier, prétendant que la muqueuse utérine est le point de départ habituel de ces inflammations, les autres, comme Hervieux, Nonat et Gallard, que le tissu cellulaire péri-utérin et celui du ligament large peuvent être le siège de phlegmasies primitives semblables à celles du tissu cellulaire des autres régions ; les autres, comme Voillemier, Championnière et A. Guérin, affirmant que ce sont des lymphangites, des adénites, d'autres des phlébites qui se forment à la base ou dans l'épaisseur des ligaments larges ; d'autres enfin, avec Bernutz et Goupil, que presque toutes ces inflammations ne sont autres que des pelvi-péritonites enkystées ou non, simples, hémorrhagiques ou suppurées.

Aujourd'hui, depuis les travaux de Lawson Tait, un certain nombre de chirurgiens tendent à considérer tous ces travaux comme non avenus et n'hésitent pas à affirmer que presque toutes les suppurations primitives du bassin proviennent de la trompe et ne sont que des *salpingites*.

Une fois engagés dans cette voie, ils ne se contentent pas de décrire des salpingites catarrhales, hémorrhagiques, purulentes, ils en augmentent le nombre en y ajoutant une quantité de salpingites microbiennes que nous avons énumérées dans le tome III des *Tumeurs de l'abdomen et du bassin*.

Pour ces chirurgiens, le diagnostic et le traitement se trouvent singulièrement simplifiés. Toutes les fois qu'il y a, du côté des annexes de l'utérus, un certain degré d'inflammation, il s'agit, pour eux, de salpingite et il n'y a plus d'autre traitement que la gastrotomie suivie de la résection des trompes. En un mot, ils adoptent entièrement la théorie de Lawson Tait. Or, il suffit de parcourir les travaux publiés par cet auteur et par quelques-uns de ses adeptes, pour voir que l'on peut aller loin dans cette voie, puisque Tait n'hésite pas à supprimer bon nombre de trompes douloureuses, enflammées ou non, chez des malades, par exemple, qui sont atteintes de fistules vésico-vaginales et qu'il s'agit de rendre stériles.

Nous ne voulons pas aujourd'hui entrer dans le détail de toutes ces questions ; nous aurons occasion d'y revenir. Nous voulons seulement vous prouver que la castration tubo-ovarienne, dans le cas où il y a des suppurations de l'utérus, des trompes, des ovaires, des ligaments larges, du péritoine, est moins avantageuse que la castration utérine. Donnons des exemples :

En mars 1882, nous faisions, par la gastrotomie, la castration tubo-ovarienne, pour une malade qui nous avait été adressée par le docteur Mazeau. Elle était affectée d'une inflammation des trompes et des ovaires, qui avait produit des douleurs telles que la vie était intolérable. Elle retourna chez elle guérie, le 19 avril. Pendant les trois années qui suivirent, sa santé fut satisfaisante. Mais, après ce temps, les accidents reparurent : névralgies intolérables, crises de grande hystérie, morphiomanie, manie du suicide, et le médecin ordinaire fut incapable de les calmer. L'utérus demeurait enflammé ; autour de lui il y avait une véritable phlegmasie. Témoin de ces souffrances, nous dûmes céder à la volonté formelle de la malade et du médecin traitant, et nous pratiquâmes l'hystérectomie vaginale totale le 16 février 1886. Ce fut alors seulement que nous obtînmes une guérison définitive.

Autre observation :

Le 14 avril 1885, nous enlevions l'ovaire et la trompe gauches à une malade âgée de vingt-huit ans, qui, depuis plusieurs années, avait des névralgies intolérables dont la cause ne pouvait être appréciée par le palper abdominal combiné au toucher vagino-rectal, même pendant l'anesthésie chloroformique, bien qu'elle fût très amaigrie. L'ovaire était le siège d'un petit kyste pileux suppuré, adhérent à la trompe, à l'épiploon et à l'intestin. La tumeur fut enlevée par la gastrotomie, en même temps que la trompe, et la guérison eut lieu rapidement.

A cette époque, l'ovaire et la trompe droite étaient sains. Pendant six mois, la malade n'éprouva aucune souffrance et la santé demeura excellente. Mais, après ce temps, de nouvelles douleurs apparurent dans le côté droit avec une telle violence, qu'elles l'empêchèrent de marcher et de se tenir debout. Nous reconnûmes qu'il fallait en attribuer la cause à une seconde tumeur développée dans les annexes de l'utérus du côté droit. Nous fîmes la gastrotomie en ouvrant la paroi abdominale sur le trajet de l'ancienne cicatrice et nous retirâmes l'ovaire droit qui était kystique, du volume d'une orange, très adhérent à l'intestin grêle, que nous pûmes difficilement décoller, en même temps que la trompe qui, comme l'ovaire, était le siège d'un kyste sanguin et avait la forme et les dimensions d'une anse d'intestin vide. L'opération fut faite largement et la guérison fut rapide. Pendant quelques mois les règles continuèrent, puis elles disparurent.

Pendant l'année suivante, la malade fut soulagée, reprit ses travaux, fit de grands voyages et enfin se retira au couvent. Là, sous l'influence des fatigues du noviciat, des douleurs semblables aux précédentes reparurent et acquirent une intensité désespérante. A nouveau, elles rendirent la marche et la station debout impossibles. Elles résistèrent aux calmants, aux toniques et à l'hygiène. Bien que la malade fût veuve et que le repos de l'organe eût été absolu depuis un grand nombre d'années, celui-ci était manifestement le siège d'une endométrite suppurée qui résista à tous les moyens. Dès lors, sur la prière de la malade, nous n'eûmes d'autres ressources que d'enlever complètement l'utérus par la voie vaginale. Depuis cette époque, la guérison ne s'est pas démentie.

Nous pourrions citer d'autres exemples de castrations tubo-ovariennes pratiquées il y a quelques années par nous et par d'autres chirurgiens pour des inflammations suppuratives des trompes et des ovaires, et chez lesquelles la disparition des souffrances n'a été que temporaire, alors qu'elle eût été sûrement définitive, si nous l'avions remplacée par la castration utérine. Il est vrai que, chez d'autres, auxquelles nous avons fait la castration tubo-ovarienne, la guérison a été définitive ; mais les faits que nous venons de signaler ont trop d'importance pour qu'ils n'entrent pas en ligne de compte. Ce sont eux, d'ailleurs, qui nous ont conduit à suivre une voie opposée à celle qui a été tracée par Lawson Tait et à préférer la castration utérine à la castration tubaire ou ovarienne, toutes les fois que la suppuration de l'utérus, de ses annexes, des ligaments larges et du péritoine voisin, compromet la vie à bref délai. Déjà bon nombre de faits tirés de notre pratique ont été publiés. Nous en possédons aujourd'hui un assez grand nombre pour qu'il nous soit permis d'affirmer la supériorité de la castration utérine, dans tous ces cas, sur la castration ovarienne. En effet, elle n'exige pas l'ouverture de la paroi abdominale ; elle n'expose pas, par suite, aux hernies et aux éventrations ; elle est applicable à toutes les tumeurs qui sont assez petites pour être accessibles par le vagin ; elle se fait par une voie plus naturelle, peu dangereuse, surtout si l'on a recours au pincement temporaire et définitif des vaisseaux ; elle permet enfin d'enlever aisément l'organe qui, dans la presque totalité des cas, est le point de départ de l'inflammation qui s'est propagée à ses annexes et qu'elle entretient.

L'utérus enlevé, la sérosité, le sang, le pus qui siègent

dans les trompes, dans les ligaments larges, dans les ovaires ou dans le péritoine, trouvent une issue facile, même quand ces produits morbides sont enkystés, soit par les fausses membranes du péritoine, soit par les parois des trompes qui se trouvent du même coup largement excisées, soit par les parois de l'ovaire dilaté. N'oublions pas, d'ailleurs, que la voie ouverte par l'hystérectomie vaginale suffit pour enlever à la suite les ovaires et les trompes en totalité quand ils ne sont pas volumineux, ou pour mettre dans la cavité d'un kyste ovarique du ligament large ou du péritoine une sonde à demeure qui est ensuite fixée à la paroi du kyste et au vagin s'il est trop adhérent pour que la dissection et l'ablation totales soient avantageuses.

Nous ne disons pas, bien entendu, que toute malade atteinte de suppuration du bassin est passible de la castration utérine, comme quelques chirurgiens disent qu'elle est passible de la salpingectomie. Dans bon nombre de cas, il nous a suffi de faire l'ouverture par le vagin d'un foyer séreux, sanguin ou purulent, et d'y placer un drain à demeure, pour guérir les malades, ainsi que nous l'avons prouvé par des exemples publiés dans nos volumes de clinique chirurgicale. Nous ferons cependant observer que, même dans ces cas relativement simples, les malades sont demeurées stériles et qu'il nous a toujours fallu plusieurs mois pour obtenir leur guérison, alors que dans les suppurations consécutives à des métrites, des salpingites, des pelvi-péritonites, des phlegmasies du ligament large, qui avaient rendu nécessaire la castration utérine, une ou deux semaines ont toujours suffi pour obtenir la guérison, qui, d'ailleurs, ne nous a jamais fait défaut, lors même que ces malades étaient dans les conditions de santé les plus déplorables et prêtes à succomber. C'est vraiment merveille, en pareil cas, de les voir reprendre leurs forces au bout de peu de jours et, bientôt après, leurs occupations.

En résumé, nous n'hésitons pas à conclure : 1° qu'un certain nombre de chirurgiens ont trop sacrifié à la mode venue d'outre-Manche, en attribuant une part prépondérante aux *salpingites* dans les inflammations suppuratives de l'utérus, des trompes de l'ovaire et du péritoine pelvien; 2° qu'ils ont une tendance fâcheuse à ouvrir l'abdomen et à pratiquer la castration tubaire pour des métrites suivies de salpingites catarrhales qu'il serait facile de guérir par les moyens médicaux; 3° que ce mode opératoire est souvent insuffisant pour faire disparaître les accidents graves qui motivent l'intervention chirurgicale; 4° enfin, que la castration utérine donne des résultats bien autrement avantageux que la castration tubaire ou ovarienne, tant au point de vue de la bénignité qu'au point de vue des résultats définitifs, lorsque l'ouverture simple du foyer purulent est insuffisante pour obtenir la guérison.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

I. Plusieurs cas de fièvre typhoïde. — II. Congestion pulmonaire et adénopathie bronchique. — III. Épididymite double, de nature probablement tuberculeuse.

J'ai plusieurs faits cliniques intéressants sur lesquels je désire appeler aujourd'hui toute votre attention.

I. Le premier est celui qui se rapporte au malade qui était couché au lit n° 2 de notre salle des hommes et qui, atteint d'une fièvre typhoïde de forme adynamique, est mort, ainsi que je l'avais prévu déjà depuis plusieurs jours. Cet homme était en proie à des phénomènes d'hyperhémie qui ont déterminé les accidents phlegmasiques auxquels il vient de succomber, c'est-à-dire à une phlegmasie à la fois pulmonaire et rénale. En effet, nous avions constaté de la matité et du souffle au tiers moyen du poumon gauche, tous les signes d'une bronchopneumonie, tandis qu'à droite nous trouvions une congestion pulmonaire intense. D'autre part, enfin, la phlegmasie rénale commençante était caractérisée par la présence dans les urines d'une quantité d'albumine assez considérable déjà.

Nous avons également deux autres malades atteints de fièvre typhoïde, laquelle est, heureusement, sans lien de parenté avec le cas que je viens de rapporter.

L'un d'eux est le malade du n° 16, un Savoisien fort, robuste, vigoureux; chez lui, la fièvre typhoïde est des plus légères et je n'ai pas cru devoir la traiter autrement que par de l'eau, c'est-à-dire par des lavements purement aqueux, sans addition d'aucun agent médicamenteux quelconque, et par des boissons telles que de la limonade et de l'eau vineuse. Je ne lui ai pas fait prendre de sulfate de quinine, je le répète, je ne lui ai rien prescrit, je le traite purement et simplement par une sorte de médication expectante, me bornant par conséquent à combattre chez lui la fièvre, par de l'eau et à irriguer ses intestins à l'aide de lavements d'eau pure.

Ce malade a eu, dans ces derniers temps, et pendant plusieurs jours de suite, de petites épistaxis, non pas de ces épistaxis qui, au début de la maladie, dénoncent la dothiénentérie, mais bien des épistaxis que l'on peut appeler critiques. De même il est en proie depuis plusieurs jours à des sueurs profuses également critiques, et, ce matin encore, il était absolument baigné de partout, de sueur. Ce sont là des phénomènes critiques heureux qui, sans que nous ayions eu à intervenir par une thérapeutique quelconque, ont amené un mieux véritable, une amélioration notable.

Il en est de même du malade qui est couché au n° 18 de la même salle, que j'ai traité de la même façon que celui dont je viens de vous parler, c'est-à-dire par une thérapeutique véritablement expectante : de l'eau et rien autre que de l'eau pour tous médicaments, car chez lui non plus je n'ai trouvé aucune indication d'intervenir par un traitement quelconque.

Or, chez lui aussi se sont produits et se produisent encore actuellement des sueurs profuses, tout son linge est traversé par une transpiration abondante, le front est perlé de sueur. Ce sont là encore de petites crises quotidiennes favorables, que nous n'avons garde d'enrayer par une médication quelconque.

Ici, à l'hôpital, pas de médication, alors qu'elle est inutile, est chose facile à faire. En ville, il n'en est pas de même, et notre thérapeutique expectante serait des plus mal vues des familles qui croiraient à un abandon du malade, alors même qu'il ne présenterait à leurs yeux aucun phénomène grave, et bon gré, mal gré, vous devrez faire une prescription quelconque, si anodine ou insignifiante qu'elle soit. En pareil cas, vous prescrirez, par exemple, le sulfate de quinine à la dose de 15 centigrammes, qui ne peut avoir aucune influence sur le processus de la maladie.

II. Nous avons failli perdre le malade primitivement couché, il y a huit jours, sur un des brancards de notre

salle des hommes, et qui se trouve actuellement au lit n° 8 de cette même salle. Cet homme aurait certainement succombé si nous n'étions pas intervenus.

Cet homme, en effet, était en proie à une orthopnée formidable, dont la cause probable se trouvait dans l'existence d'une tumeur du médiastin, c'est-à-dire d'une affection des ganglions bronchiques fortement engorgés par une violente poussée fluxionnaire, soit, en deux mots, d'une adénopathie bronchique, résultant d'une congestion suraiguë.

En effet, nous constations au milieu de la poitrine en avant une matité de 8 centimètres et demi, et en arrière de 9 centimètres et demi. Or, l'époque récente du début des accidents et leur soudaineté assez brusque nous démontraient qu'il ne pouvait pas être question, chez cet individu, ni d'une tumeur cancéreuse, ni d'une tuberculose.

D'autre part, en raison de son âge et de l'état de débilité dans lequel il se trouvait, nous ne pouvions pas recourir à une thérapeutique aussi active qu'il eût été nécessaire, nous ne pouvions pas songer à une émission sanguine, à l'application de ventouses scarifiées, et nous avons dû nous borner à des ventouses sèches (une trentaine environ) et à l'application sur la région sternale d'un vésicatoire large de 10 centimètres sur 12 de longueur.

Nous avons obtenu de cette révulsion de très bons effets, car, dès le lendemain, cet homme qui, la veille encore, était forcé de rester sur son séant, pouvait, sans difficulté aucune, sans aucune gêne respiratoire, rester couché tout de son long dans son lit. Le même jour, la percussion dénotait un commencement de diminution dans la matité antérieure et postérieure de la poitrine, laquelle diminution s'accentuait encore les jours suivants et avec elle une amélioration importante dans l'état général du malade. En effet, voici les chiffres que la percussion nous a fournis chez lui au point de vue de la matité :

1er jour (1)	0,085 en avant	0,095 en arrière.
2e —	0,065 —	0,075 —
3e —	0,045 —	0,055 —
4e —	0,035 —	0,050 —
5e —	0,032 —	0,045 —

Je dois ajouter que, le lendemain du premier vésicatoire, nous en faisions appliquer un second, mais en arrière, en même temps que nous prescrivions encore une application de ventouses sèches.

Ce malade nous avait offert avec cette matité et son orthopnée considérable, pendant les trois premiers jours de son séjour dans nos salles, les râles d'une bronchite généralisée, suite d'une poussée congestive sur la muqueuse des bronches analogue à celle qui se faisait presque en même temps du côté des ganglions bronchiques. Mais ces râles, tout en les percevant dès l'arrivée du malade, nous ne les avons réellement bien entendus que quand les phénomènes de compression par adénopathie ont commencé à diminuer, et ceci nous prouve de nouveau que nous étions bien en présence d'accidents aigus.

De plus aussi, les deux pneumo-gastriques étaient très douloureux, et cette douleur a également cessé avec la compression adénopathique.

Ici une question se pose : n'y aurait-il pas quelque tuberculose dans les ganglions bronchiques ? Je ne saurais me prononcer à cet égard, et l'avenir seul pourra la résoudre. Quoi qu'il en soit, les révulsions par la double application de vésicatoires ont eu, comme vous le voyez, un excellent résultat.

(1) Avant l'application des révulsifs.

III. Il me reste maintenant à vous parler d'un cas très intéressant, qui est à cheval à la fois sur la médecine et sur la chirurgie.

Il s'agit d'un jeune homme, porteur d'une double épididymite et d'une uréthrite. Malade déjà il y a un mois, il est allé consulter le médecin de l'administration à laquelle il appartient, pour un état général assez mauvais compliqué d'ictère, mais sans présenter encore aucun écoulement uréthral, du moins si nous en croyons son dire.

Or, c'est il y a quatre jours seulement qu'il s'aperçut d'une certaine tuméfaction des bourses, en même temps que, pour la première fois, celles-ci étaient douloureuses. Je ne parlerai pas de son ictère dont il ne porte plus que quelques traces aujourd'hui. Ce jeune homme vit maritalement avec une femme qu'il nous assure être très bien portante du côté des organes génitaux. Quant à lui, nous trouvons les bourses rouges, œdémateuses à leur partie inférieure, le scrotum infiltré, mais les deux testicules sont indemnes. Par contre, les deux épididymes sont durs, non bosselés mais douloureux et la douleur, vive, suit le trajet du cordon, de telle sorte que pour nous il n'y a pas le moindre doute que nous ayons affaire à une épididymite et à une funiculite.

Mais de quelle nature est la maladie ? Quelle est son origine ? blennorrhagique ou d'une spécificité plus redoutable, c'est-à-dire tuberculeuse ?

Cet homme a, comme je l'ai dit tout à l'heure, un écoulement uréthral, une uréthrite dont il ne se serait pas encore aperçu, dit-il, et que nous lui avons révélée en pressant sur le méat urinaire. Or, l'épididymite de nature blennorrhagique, comme nous le savons, est généralement simple, et rarement double, ce qui est le contraire de l'épididymite tuberculeuse. De plus, chez ce malade nous avons trouvé par le toucher rectal, lequel est douloureux soit dit en passant, une prostate grosse, douloureuse aussi et un peu bosselée.

Enfin, cet homme est amaigri, il a l'air chétif, il est malade depuis un mois, il n'est pas porteur d'une chaudepisse à grand fracas; tout cela joint à l'état de la prostate semble bien dire qu'il s'agit chez lui de quelque affection de nature tuberculeuse. Et ce qui me fait pencher davantage encore pour ce diagnostic, c'est que, portant plus loin notre enquête, examinant l'état de sa poitrine, nous avons trouvé aux deux sommets pulmonaires de la respiration saccadée et sèche.

TROIS CAS DE PLEURÉSIES HÉMORRAGIQUES

GUÉRIES PAR LA THORACENTÈSE

Par M. le docteur LEREBOULLET.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un jeune homme de dix-neuf ans, atteint depuis six semaines d'une pleurésie aiguë fébrile. Je pratiquai la thoracentèse et évacuai près d'un litre de liquide fibrineux séro-sanguinolent. Des accidents réflexes survinrent après cette ponction; mais ils cédèrent rapidement, quelques jours plus tard le malade entrait en convalescence. Il est, aujourd'hui, neuf mois après cette ponction, assez bien remis pour faire son service militaire. L'hémorrhagie, due à l'intensité du mouvement phlegmasique, loin d'aggraver le pronostic, était de nature à le rendre plus favorable.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un sujet de vingt-sept ans, surmené par des travaux intellectuels exagérés et qui, dans le cours d'une pleurésie, fut atteint presque subitement d'une dyspnée extrême due à l'accumulation dans la plèvre d'une grande quantité de liquide. La ponction du thorax, pratiquée d'urgence, donna issue à plus d'un litre de liquide louche très fortement coloré par le sang et déjà manifestement purulent. L'état général du malade resta si mauvais après cette ponction, que M. Dieulafoy, appelé en consultation, crut à l'existence d'une tuberculisation de la plèvre. Cependant un traitement révulsif et reconstituant amena, en moins d'un mois, une guérison qui s'est maintenue.

La troisième observation se rapporte à un sujet, très vigoureux en apparence, atteint depuis six semaines d'une pleurésie à évolution lente, chronique, pouvant faire soupçonner l'existence d'un épanchement purulent. Je ne pus extraire par la thoracentèse qu'un demi-litre de sang presque pur. Mais une révulsion énergique amena assez rapidement la guérison du malade qui, depuis six ans, ne s'est plus ressenti des suites de sa pleurésie.

De ces faits, je crois pouvoir conclure à la curabilité des pleurésies hémorrhagiques non cancéreuses, que l'épanchement soit dû à l'acuité de l'inflammation, qu'il dépende de la dénutrition de l'organisme, ou qu'il se produise à la suite d'un effort déterminant la rupture de néo-membranes vasculaires. Sans nier l'existence de pleurésies *histologiquement* tuberculeuses, je ne crois pas que la tuberculisation pulmonaire soit toujours à redouter après une pleurésie.

THÉRAPEUTIQUE

Action diurétique du calomel.

Les anciens auteurs, Paracelse, Joseph Franck, Boerhaave, Joh. Hoffmann, attribuaient aux préparations mercurielles un véritable pouvoir diurétique. Cette action paraissait totalement oubliée lorsque Jendrassik a publié, en 1886 (*Deut. Arch. f. Klin. Med.*, Bd. 38), un travail sur l'influence diurétique du calomel. Il en avait obtenu de très bons résultats, surtout dans l'hydropisie d'origine cardiaque, dans l'asystolie, par conséquent. Il considérait ce médicament comme un agent très bon et très fidèle.

Le mémoire de Jendrassik a été le point de départ de nombreux travaux de contrôle et de nombreuses publications, surtout en Allemagne. D'une façon générale, elles ont été la confirmation des résultats annoncés par Jendrassik. Quelques-uns des auteurs témoignent même d'un véritable enthousiasme pour le calomel donné comme diurétique, et plus particulièrement comme succédané de la digitale.

Le dernier numéro du *Deut. Arch. f. Klin. Med.* (Bd. 43), renferme deux travaux relatifs à cette question. Le premier, de Wladyslaw Biegauski, est consacré à l'action diurétique des préparations mercurielles; dans le second, R. Stintzing rend compte de ses recherches cliniques sur l'action diurétique et hydragogue du calomel. Dans le numéro du 29 octobre, d'un journal de Saint-Pétersbourg (*S.-Petersburg medicinische Wochenschrift*, n° 44) W. G. Ignatjew, après avoir rapidement passé en revue les nombreux travaux publiés sur la question, donne le résumé des résultats qu'il a obtenus en employant le calomel comme diurétique dans quarante-huit cas.

Il s'est fait, en moins de deux ans, une riche bibliographie relative à cette pratique thérapeutique. Il est donc bon de savoir quels sont les services que peut rendre le calomel donné comme diurétique. Peut-être y a-t-il eu de la part de quelques-uns un peu de l'entraînement enthousiaste que provoque volontiers une nouveauté. Il faut reconnaître, cependant, que presque tous les médecins qui rendent compte de leurs essais sont arrivés à des résultats concordants.

C'est surtout dans l'anasarque d'origine cardiaque, d'origine asystolique que le calomel produit de bons effets. Il n'en est pas de même dans l'hydropisie des albuminuriques. Il semble que les reins doivent être en bon état pour que le calomel puisse provoquer l'augmentation de la sécrétion urinaire.

Le mode d'administration le plus souvent recommandé est le suivant. On donne trois fois par jour 20 centigrammes de calomel, soit, en tout, 60 centigrammes. La médication est poursuivie pendant trois ou quatre jours. Il est prudent alors de la cesser qu'elle ait ou n'ait pas produit l'effet désiré. Lorsque l'action diurétique a manqué, on peut, suivant le conseil de Nothnagel, faire un nouvel essai après une semaine; si l'on n'obtient rien, il faut s'en tenir là. Stintzing a continué pendant douze jours l'administration du calomel. C'est là, certainement, une conduite hardie et même imprudente. Donner le calomel à cette dose pendant un temps si long, c'est s'exposer à des accidents toniques qui peuvent prendre une très grande intensité.

En limitant la médication à deux ou trois jours, on n'est pas complètement à l'abri de la stomatite et de la salivation mercurielle; mais on en vient facilement à bout. Il est à noter que ces accidents toniques se sont montrés, surtout, lorsque l'on n'obtenait pas la diurèse cherchée.

Sous l'influence du calomel, au bout de deux à trois jours, la quantité des urines peut s'élever de 300 centimètres cubes, par exemple, à 3 ou 4000 en vingt-quatre heures. Si l'action diurétique ne s'est pas montrée le quatrième jour, il est très probable qu'elle ne se montrera pas.

Souvent, il se produit un effet purgatif en même temps qu'un effet diurétique. Plus l'action purgative est marquée, moins est intense l'action diurétique; cela n'a rien qui puisse surprendre. Évidemment lorsqu'elles ne sont pas excessives, les évacuations intestinales peuvent être utiles. On sait, du reste, qu'il suffit parfois, chez les asystoliques, de donner un purgatif drastique pour rétablir l'équilibre, provoquer la diurèse, et relever les forces du cœur. De là, le précepte très clinique de préluder toujours à l'emploi de la digitale par une purgation hydragogue.

Ce serait une dangereuse exagération que de mettre à l'actif du médicament la perte de liquide, la déplétion vasculaire produite par la salivation mercurielle : il s'agit, là, d'un phénomène toxique qui indique que l'on est déjà allé trop loin.

En donnant un peu d'opium (1 centigramme avec chaque prise de calomel), on modérerait beaucoup l'action tonique du médicament. En veillant à l'hygiène de la bouche, en ordonnant par avance un gargarisme au chlorate de potasse, on éloignerait beaucoup les dangers de la stomatite mercurielle.

Encore une fois, c'est surtout dans l'asystolie qu'on a obtenu des résultats satisfaisants. Le calomel a eu contre elle une action favorable alors qu'avaient échoué les autres médicaments diurétiques, et, avec eux la digitale.

Contre la pleurésie, les hydropisies d'origine hépatique ou rénale, il y aurait peu à espérer du calomel.

Les autres préparations mercurielles auraient, du reste, une action analogue, et d'après Biegauski, il faudrait mettre en première ligne les préparations administrées par la voie hypodermique; en seconde ligne, les frictions mercurielles; en troisième, les préparations ingérées par le tube digestif.

Le mercure agirait sur le rein, probablement en s'éliminant. Il produirait sur les éléments glandulaires de cet organe une excitation sécrétoire.

Rarement la diurèse qu'il provoque persiste au delà de trois à cinq jours, bien qu'elle puisse se maintenir pendant des semaines.

L'embarras du médecin devant l'anasarque d'origine asystolique est parfois si grand, l'effet de la digitale et de ses succédanés est tellement variable, qu'il est bon d'avoir à sa disposition un adjuvant aussi puissant que semble l'être le mercure, d'après les publications étrangères. On ne saurait trop conseiller, cependant, d'agir avec prudence et de surveiller ses effets toxiques.

Albert Mathieu.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

90. M. DOUCET. Septicémie intestino-péritonéale. — 91. M. MÉDAIL. Hypertrophie de la rate, sa valeur diagnostique dans la tuberculose du premier âge. — 92. M. CATOIR. Méthode de douceur dans la réduction des luxations de la hanche en arrière. — 93. Le rhumatisme articulaire chronique progressif chez l'enfant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la création d'un nouveau service de chirurgie à l'hôpital Tenon et du classement de l'hôpital Broussais, les mutations suivantes ont lieu dans le service chirurgical des hôpitaux :

M. Reclus passe de l'hôpital Tenon à l'hôpital Broussais;

M. Felizet de l'hospice des Incurables (Ivry) à l'hôpital Tenon;

M. Richelot de l'hospice de Bicêtre à l'hôpital Tenon;

M. Kirmisson du Bureau central à l'hospice d'Ivry;

M. Schwartz du Bureau central à l'hospice de Bicêtre.

— *Concours d'agrégation de médecine.* — L'épreuve des trois quarts d'heure s'est terminée vendredi soir. Les questions traitées à cette épreuve depuis le commencement du concours sont les suivantes :

« Anatomie pathologique et diagnostic des ulcérations de l'estomac. — Syphilis des amygdales. — Symptômes et diagnostic de la diphthérie laryngée. — De la mort dans la scarlatine. — De la mort dans la variole. — Accidents pleuro-pulmonaires du mal de Bright. — Paralysie du voile du palais. — Hémoptysies non tuberculeuses. — Les arthrites dans les maladies infectieuses. — Syphilis héréditaire des nouveau-nés. — Formes abortives de la fièvre typhoïde. — Causes de la mort dans l'anévrysme de la crosse de l'aorte. — Bronchopneumonie rubéolique. — Diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. »

Immédiatement après la dernière séance, le président du concours a fait tirer au sort par les candidats, l'ordre dans lequel ils doivent passer la seconde épreuve, qui consiste dans l'exposé public fait par les candidats eux-mêmes de leurs services et travaux antérieurs personnels. Il est accordé à chaque candidat une demi-heure pour cet exposé. Mais dans le cas où un candidat ne parlerait pas pendant toute la demi-heure qui lui est accordée, on appellerait immédiatement le candidat suivant. Cette épreuve a commencé samedi 12 janvier à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Les quatre premiers candidats de la liste ont passé dans cette séance. Il n'y a pas eu de séance le lundi 14 janvier.

Les candidats passent dans l'ordre suivant :

MM. Charrin, Grenier, Marie, Balzer, Gueit, Chantemesse, Gaucher, Royet, Jeannel, Barth, Richardière, Mesnard, Martin, Letulle, Suzanne, Sarda, Netter, Roque, Aubry, Babinski, Vibert, Juhel-Renoy, Combemale, Colin, Gilbert, Davezac, Brault.

— Les dernières questions traitées au concours d'internat sont les suivantes :

« Col de l'utérus, présentation de l'épaule. — Rapports de l'estomac, symptômes et diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac. — Nerf facial depuis son entrée dans le rocher, paralysie faciale. — Parotide et oreillons. — Ligaments de l'articulation du genou et fractures de la rotule. — Rapports de l'œsophage, rétrécissement de l'œsophage. — Ventricule gauche, insuffisance mitrale. »

— Par décret, en date du 9 janvier 1889, M. le docteur Merget, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 janvier 1889, un concours s'ouvrira, le 15 juillet 1889, à l'École de médecine d'Alger. pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite École.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin-inspecteur, est nommé membre de la Commission constituée près l'administration des colonies, en vue d'étudier l'ordre d'urgence et le mode d'exécution des travaux de casernements au Tonkin.

— En conséquence des promotions faites sur l'avis exprimé par le Comité de l'enseignement supérieur, dans ses séances des 20, 21 et 28 décembre 1888, le cadre des professeurs des Facultés et des Écoles supérieures de pharmacie a été arrêté ainsi qu'il suit, au 1er janvier 1889 :

Première classe. — MM. Coze (de Nancy), Moitessier (de Montpellier), Feltz (de Nancy), Wannebroucq et Folet (de Lille).

Deuxième classe. — MM. Hecht et Beaunis (de Nancy), Castan (de Montpellier), Poincarré (de Nancy), Paquet et Gaulard (de Lille).

Troisième classe. — MM. Jaumes, Dubrueil, Bertin et Engel (de Montpellier); Lallement, Gross et Bernheim (de Nancy); Grasset et Grynfelt (de Montpellier); Chrétien et Charpentier (de Nancy); Lannegrâce (de Montpellier); Heydenreich (de Nancy); Chalot et Tédenat (de Montpellier); Weiss (de Nancy); Lotar, Lescœur, Arnould et Hallez (de Lille); Hamelin (de Montpellier); Castiaux (de Lille); Spillmann (de Nancy); Moniez, Herrmann, Tournaux, Leloir et Dubar (de Lille).

Quatrième classe (classement par ordre d'ancienneté). — MM. Paulet (de Montpellier); Malosse (d'Alger); Garnier et Hergott (de Nancy); Carrieu, Kiener et Mairet (de Montpellier); Leroy, Baudry et Debierre (de Lille).

— Une place de stagiaire est actuellement vacante au Muséum. L'indemnité annuelle attribuée à cet emploi est de 2400 francs. Les candidats sont invités à faire parvenir le plus tôt possible leur demande et leurs titres à l'administration du Muséum d'histoire naturelle, 57, rue Cuvier.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Blanc (Émile) est chargé des fonctions de chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Blanc (Edmond), démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Ducamp est nommé chef de clinique médicale (emploi nouveau).

M. Pansier est nommé aide de clinique ophthalmologique (emploi nouveau).

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Gaboriaud est nommé chef de clinique médicale.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Lespiau est nommé suppléant des chaires de physique et de chimie.

— M. le docteur Paulin est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque populaire de Lunéville.

— Des conférences cliniques auront lieu à l'Hôtel-Dieu, dans le laboratoire de M. Proust, les mercredi et vendredi de chaque semaine.

Maladies du système nerveux et maladies mentales, M. Gilbert Ballet; — pharmacologie, M. Villejean; — maladies du tube digestif, M. Mathieu; — maladies du larynx, M. Lubet-Barbon.

La première conférence sur les affections du système nerveux aura lieu le mercredi 16 janvier à dix heures.

— M. le docteur A. Després, professeur-agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien à l'hôpital de la Charité, reprendra ses leçons cliniques le mercredi 16 janvier et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction du docteur Dechambre, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur Lereboullet, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine.

La deuxième partie du tome XIV et la première partie du tome XV de la quatrième série, viennent de paraître. — Prix de chaque demi-volume : 6 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Travaux d'obstétrique, par le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, etc. 3 vol. in-8° avec 308 figures intercalées dans le texte. — Prix : 24 fr. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par le professeur F. Kœnig, traduit de l'allemand d'après la 4e édition, par J.-M. Comte, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Genève, ouvrage précédé d'une introduction, par M. Terrillon, professeur agrégé, etc. t. II, 1er fascicule. 1 vol. in-8° avec 51 figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 francs. (*Avis : il paraît un fascicule tous les quatre mois*). — Paris, Lecrosnier et Babé.

Cours de zoologie médicale, rédigé d'après les leçons de M. Louis Roulle, professeur suppléant à l'École de médecine de Toulouse, par M. A. Suis, licencié ès sciences naturelles, préparateur à ladite École. Édition revue par le professeur. 1 beau volume in-8° avec 420 figures dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Berthier ; Toulouse, Ed. Privat.

Nouveaux éléments de pathologie externe, publiés par M. le professeur A. Bouchard (de Bordeaux), avec la collaboration de MM. les professeurs agrégés Piéchaud et Maurice Denucé et de M. le docteur Princeteau, chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Bordeaux. Tome II : *Maladies des régions ;* fascicule 1er (tête, face et cou). 1 vol. in-8° de 370 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Traité élémentaire d'hygiène et de thérapeutique de l'hystérie, par le docteur J. Thermes. 1 vol. in-18. — Prix : 6 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

De la situation des fœtus et de la disposition des fœtus dans les cas de grossesse gémellaire, par le docteur Lamiot. In-8°, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 7. — JEUDI 17 JANVIER 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 17 JANVIER 1889. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le strophantus a occupé la plus grande partie de ces deux dernières séances. On trouvera au compte rendu le résumé des communications qu'ont faites sur ce nouveau médicament MM. Bucquoy, Dujardin-Beaumetz et Germain Sée. Ce dernier a élargi le débat en parlant des diverses médications cardiaques ou diurétiques, telles que la caféine, le calomel, etc., en comparant leur action avec celle du strophantus. Il doit terminer cette communication dans la prochaine séance. Nous attendrons la fin pour en donner le résumé. D'ailleurs la discussion est loin de finir, plusieurs orateurs se sont déjà fait inscrire pour la prochaine fois.

Dans la séance de mardi dernier, M. Hérard, président sortant, en cédant le fauteuil à M. Perrin, a retracé, dans une allocution fort applaudie, les travaux de l'Académie pendant l'année qui vient de s'écouler.

M. Le Dentu a été ensuite appelé à la tribune pour la relation d'un fait intéressant. Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans, qui avait avalé une cuiller en bois, longue de 27 centimètres et qui était tombée dans la cavité péritonéale après perforation de l'estomac, sans qu'aucun signe permît de reconnaître à l'avance cette particularité. Aussi M. Le Dentu ouvrit-il l'estomac pour y rechercher ce corps étranger. N'y trouvant rien, il explora la cavité abdominale et trouva la cuiller dans le petit bassin, appliquée sur la vessie. Mais ce qu'il y a de particulièrement intéressant, c'est qu'il fut impossible de trouver à l'estomac la moindre trace de perforation quarante-huit heures après l'accident, si bien qu'on est disposé à mettre en doute la véracité du patient et à se demander si c'est bien par la bouche qu'il a avalé sa cuiller. Nous sommes heureux d'ajouter qu'il a parfaitement guéri.

Dans la séance d'hier, après les deux communications de MM. Dujardin-Beaumetz et Germain Sée, sur le strophantus, l'Académie a entendu un rapport de M. Féréol, sur l'intéressante observation présentée récemment par M. Desnos, en son nom et aux noms de MM. Joffroy et Pinard, dans laquelle il s'agit d'un cas de paralysie atrophique des deux membres inférieurs, survenue dans le cours d'une grossesse.

HOTEL-DIEU. — M. GERMAIN SÉE.

Lésions valvulaires sans troubles fonctionnels.

Il est aujourd'hui démontré qu'un grand nombre de lésions du cœur ne produisent pas de troubles fonctionnels. Par cela même que la lésion ne trouble pas la santé générale, ni même le fonctionnement des organes, ce type passe très souvent inaperçu ; il ne se démasque que par l'auscultation intentionnelle, attentive. C'est ainsi que j'ai pu, par des examens rigoureux, découvrir des lésions cardiaques avec une extrême fréquence chez des malades qui n'en avaient et ne pouvaient en avoir le moindre soupçon. Ils viennent, en effet, consulter les uns pour un trouble stomacal, les autres pour des vertiges, d'autres encore pour le rhumatisme, pour la goutte, jamais pour le cœur, parce qu'en effet les cardiopathies, même les plus graves, sont souvent indolores. Il faut que les révélations de ce genre soient bien communes pour qu'au congrès de Brighton (1887), un seul des grands médecins consultants, sir Clarke, ait pu annoncer six cent quatre-vingt-quatre cas de ce genre observés en treize ans.

L'absence de toute perturbation fonctionnelle doit naturellement inspirer aux malades la plus parfaite quiétude, et ce qui est plus étonnant, aux médecins eux-mêmes ; plusieurs ont vu ces types cardiaques durer dix, quinze et vingt ans, avec la caractéristique imperturbable, les mêmes bruits stridents ou doux, les mêmes souffles aspiratifs ou tumultueux, et siégeant soit à la pointe du cœur, soit à la base, sans que la santé ait subi la moindre atteinte pendant toute cette longue série d'années. La confiance des orateurs du congrès (un seul excepté) est telle dans l'innocuité de la maladie, qu'ils ne craignent pas d'admettre ces malades ou ces impétrants aux assurances sur la *vie* ; qu'ils ne reculent même pas devant la curabilité complète ou même affirment enfin des guérisons définitives par suite de la disparition des bruits anomaux.

Toutes ces assertions, si étranges en apparence, sont fondées sur quelques portions de vérité, et plus encore sur des erreurs d'interprétation ; je demande à rectifier celles-ci, et à confirmer celles-là. Que les maladies du cœur puissent durer indéfiniment sans abréger sensiblement l'existence du malade et sans le gêner dans ses occupations, c'est un fait acquis depuis longtemps, qui atténue singulièrement le pronostic des cardiopathies ; tous les médecins sont d'accord pour amoindrir la gravité du pronostic, à l'encontre de la

tradition qui condamnait les cardiaques à une mort certaine et prochaine.

Mais les termes du problème demandent à être précisés. Quelles sont les lésions qui s'arrêtent dans leur développement, quelle est leur nature, leur origine? Les plus communes entre toutes sont, surtout dans la jeunesse, l'insuffisance des valvules aortiques, c'est-à-dire l'incapacité de ces soupapes de fermer l'ouverture de l'aorte, et d'empêcher ainsi le reflux du sang vers son point de départ, vers le ventricule gauche. C'est certainement la maladie qui est le plus longtemps compatible avec la vie. Le ventricule gauche redouble d'efforts et d'énergie contractile pour chasser le sang qui lui arrive naturellement de l'oreillette gauche, et le sang qui lui arrive en outre par le reflux. Pour suffire à ce travail exagéré, les fibres du muscle cardiaque acquièrent plus de masse. Tant que par son énergie ainsi augmentée la cavité musculaire parvient à se débarrasser de l'excès de sang qui doit passer, avec son cours naturel, du centre vers la périphérie, il existe ce qu'on appelle une *compensation*, c'est-à-dire l'*accommodation* du muscle aux obstacles. Mais, le jour où le muscle vient à faillir, le sang reflue de plus en plus vers son point de départ, il franchit à reculons, non seulement la cavité ventriculaire, mais même celle de l'oreillette, et il gagne ainsi les dernières veines, en ralentissant son cours, en stagnant, pour ainsi dire, de proche en proche; alors il se forme de l'œdème, une hydropisie de plus en plus marquée; tout est compromis; la guérison est presque impossible, même lorsque la maladie a passé inaperçue ou a été tolérée sans difficulté pendant dix, quinze, trente ans. Je connais des malades qui, pendant un quart de siècle, ont présenté les signes manifestes de l'insuffisance aortique, ayant à peine la dyspnée du travail, puis qui tout à coup, après des occupations physiques ou des préoccupations morales, des perturbations nerveuses, ont perdu tout le bénéfice des années d'accalmie; dès lors le malade rentrait dans la catégorie des types à la fois physiques et fonctionnels; les bruits physiques persistaient, mais les fonctions troublées commençaient. Or, il est de mon devoir de déclarer que, si par des conseils hygiéniques, plus encore que par des soins exagérés, ou par un régime rigoureux, je suis parvenu à prolonger l'existence des cardiaques aortiques, je n'ai jamais pu assister à une guérison vraie, *définitive*.

La guérison suppose, en effet, trois conditions : la première, tout élémentaire, c'est qu'il n'y ait pas eu d'erreur; or, il n'est pas rare de voir la péricardite sèche ou plastique produire les frottements comme dans l'insuffisance aortique. Il y a quatre ans, j'ai insisté dans mes *Leçons* de clinique sur la grande difficulté de distinguer ces deux maladies, dont l'une ne concerne que l'enveloppe du cœur, le péricarde, et peut guérir sans laisser de traces; dont l'autre, bien autrement grave, entrave la progression naturelle du sang. Abstraction faite d'une erreur possible entre ces deux maladies, on peut commettre une autre méprise en appelant guérison la disparition du souffle caractéristique; celui-ci se fait entendre au deuxième temps, c'est-à-dire lors de la réplétion ou diastole du cœur dont il occupe la base.

Il semble que tout soit fini quand ce souffle a cessé d'être perceptible; or, il n'en est rien. Souvent, il arrive qu'il est remplacé par un bruit atténué, faible, qui indique l'atonie du cœur; lorsque le tissu musculaire ayant fléchi ne peut plus communiquer une impulsion énergique au courant sanguin, il ne saurait plus produire le bruit soufflant. Le cœur, qui était puissant et hypertrophié, est en voie de dégénérescence; le deuxième bruit qui était soufflé et intense, grâce à l'hypertrophie, rentre dans la catégorie des bruits normaux affaiblis; ce n'est pas là la preuve de guérison, c'est le signe probable de la transformation fibreuse ou graisseuse du muscle.

Pour que ce signe indique réellement un danger, il doit naturellement s'accompagner des troubles fonctionnels résultant de la perte de la compensation, à savoir : l'oppression, l'œdème, etc. Mais il faut l'avouer : la plupart du temps le souffle persiste, que l'insuffisance aortique soit due à un rhumatisme ou à une déchirure des valvules. La guérison n'est pas réelle.

Il est une autre maladie dont on ne soupçonne guère la curabilité; je veux parler *du rétrécissement de l'ouverture auriculo-ventriculaire* gauche ou mitrale. Ces rétrécissements existent fréquemment sans que le malade se plaigne spontanément du moindre changement même dans sa respiration, et, cependant, on perçoit, à l'auscultation de la pointe du cœur, un bruit qui précède la contraction du ventricule gauche, et qui semble devoir être rapporté à la contraction de l'oreillette gauche; de là, un bruit présystolique que j'ai constaté souvent pendant plusieurs semaines et plusieurs mois, puis le bruit disparaît sans laisser de traces. Ce fait s'observe chez les jeunes filles chlorotiques qui éprouvent toutes une grande difficulté de respirer, une dyspnée qu'on rapporte généralement à la pauvreté du sang en globules ou plutôt en hémoglobine respiratoire. Or, dans bien des cas, la chlorose guérit; le bruit soufflant qui s'entend dans les vaisseaux du cou disparaît, et, cependant, la dyspnée persiste un temps plus ou moins long, avec le bruit du souffle présystolique à l'orifice mitral. Il peut même arriver que ce rétrécissement mitral s'aggrave au point de produire l'œdème des membres inférieurs. Mais tout finit ordinairement par rentrer dans l'ordre.

Cette lésion cardiaque, d'après mon expérience, est celle dont les signes physiques peuvent disparaître le plus facilement, sans laisser aucune trace; cela est vrai surtout chez les femmes qui, d'ailleurs, sont bien plus sujettes à cette maladie que les hommes.

Il reste à examiner une troisième lésion qui consiste dans l'*insuffisance des valvules mitrales* et qui passe pour guérissable. Il y a une réserve importante à faire au point de vue du diagnostic et de la curabilité. Souvent, on entend, à la pointe du cœur, un bruit de souffle systolique qu'on attribue à une lésion, à une induration des valvules; et il se trouve qu'il s'agit seulement du relâchement des muscles qui doivent tendre ou fermer les valvules, c'est ce qu'on appelle une insuffisance relative; elle est forcément temporaire, tandis que l'insuffisance organique ne disparaît point; il est même très rare qu'elle ne produise pas de graves perturbations dans l'appareil respiratoire et dans la circulation des organes de l'abdomen.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND.

Sarcome de l'orbite.

Le malade que je vais opérer aujourd'hui est un garçon de vingt et un ans, qui ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel, et qui s'est toujours bien porté jusqu'au mois de février dernier où il s'aperçut d'un gonfle-

ment brusque et douloureux de la paupière supérieure droite. Ce gonflement disparut au bout de trois ou quatre jours, mais bientôt d'autres symptômes se déclaraient : 1° une douleur vive occupant le pourtour de l'orbite, présentant les caractères d'une névralgie; 2° des troubles de la vision caractérisés par une diminution de l'acuité visuelle du côté droit; 3° une tendance à la projection du globe oculaire en dehors de la cavité orbitaire.

Effrayé de ces phénomènes, notre malade s'en va, au mois de mars, consulter successivement MM. Panas et Terrillon, qui diagnostiquèrent un sarcome rétro-bulbaire, et, ne voulant pas l'opérer, lui prescrivirent du bromure de potassium. Mais les phénomènes allant en augmentant, il s'adressa à M. Landolt qui, voyant dans la maladie un sarcome de l'orbite, l'opéra. A ce moment, le diagnostic était devenu parfaitement évident; on sentait une tumeur à la fois dure et élastique située entre le globe oculaire et l'arcade sourcilière. L'opération put se faire en conservant l'œil, elle dura deux heures environ et permit d'enlever un sarcome de la paroi orbitaire gros comme un œuf et traversé par des aiguilles osseuses. Il fut nécessaire de réséquer une partie de l'arcade orbitaire en dehors. La plaie se cicatrisa très bien et le malade, se trouvant très amélioré, se crut même guéri. Mais un mois après environ, les mêmes phénomènes morbides, que nous avons signalés plus haut, se manifestèrent de nouveau : douleurs excessives, troubles de la vision et exophthalmie.

C'est dans ces conditions que le malade est venu nous trouver à la consultation et qu'il est entré dans nos salles ces jours derniers.

Voici l'état dans lequel il se présente : garçon jeune, bien portant, mais le teint blanc et anémié, avec exophthalmie, saillie assez accusée de l'œil droit en avant et légèrement en dedans, paupières normales mais ne pouvant plus arriver à l'occlusion de l'œil, conjonctivite et écoulement catharrhal gênant considérablement la vue, œdème sous-conjonctival dû à la gêne de la circulation profonde; troubles visuels; la contractilité de l'iris est normale, les mouvements de l'œil sont compromis : l'élévation et l'abaissement sont conservés en partie; mais les mouvements directs en dehors et en dedans sont abolis comme s'il existait une paralysie des muscles droits interne et externe de l'œil.

La vision est fortement altérée et le sujet marche vers la cécité totale, bien qu'il puisse encore distinguer les caractères d'imprimerie à la distance de 40 centimètres environ; diplopie croisée et diplopie homonyme, sans strabisme, les deux muscles droits interne et externe étant paralysés.

Bref, si nous résumons l'ensemble des symptômes observés chez ce malade : douleurs excessives, exophthalmie, gêne des mouvements, diplopie croisée et homonyme, tumeur dure et élastique, nous reconnaissons qu'il s'agit bien chez ce jeune homme d'une tumeur de l'orbite, tumeur dont nous allons faire l'ablation aussi complète que possible.

Mais auparavant, je veux profiter de la présence de ce malade dans nos salles, pour vous montrer les éléments sur lesquels notre diagnostic devrait se baser, si nous n'avions déjà, pour l'asseoir, l'observation très détaillée que M. Landolt a bien voulu nous communiquer.

Dans un cas analogue à celui que nous avons ici, grâce aux symptômes fondamentaux que le malade nous présente, c'est-à-dire la violence des douleurs, l'exophthalmie, la gêne des mouvements de l'œil, la forme de diplopie et la tuméfaction, vous prononcerez immédiatement les mots de : tumeur de l'orbite. Mais ne pourrait-ce pas être une hydrophthalmie au lieu d'une exophthalmie, ou bien encore une augmentation du volume de l'œil ou une chute de l'œil en avant, résultant d'une paralysie des muscles, ou enfin un goître exophthalmique ?

S'il s'agissait d'un goître, nous aurions une série d'autres symptômes, parmi lesquels une saillie des deux globes oculaires et non pas d'un seul.

Une des erreurs de diagnostic les plus célèbres est celle que relate une observation de Demarquay et que Blandin a failli autrefois commettre, prenant pour une tumeur cancéreuse de l'œil une tuméfaction résultant d'un épanchement sanguin d'origine traumatique.

J'ajoute, ceci dit, qu'un abcès à évolution lente peut quelquefois être confondu avec une tumeur cancéreuse de l'orbite, quoique le fait soit rare.

Chez notre malade, nous pouvons dire de suite tumeur de l'orbite; mais laquelle ? Est-ce une tumeur de l'œil lui-même ? Ici nous ne pouvons avoir aucun doute, ce n'est certainement pas l'œil qui est le siège du néoplasme, puisque la vision est en partie conservée. Mais est-ce une tumeur de l'orbite ? une tumeur autochtone ou bien une tumeur ayant son origine dans le voisinage et s'étendant de proche en proche, jusque dans la cavité orbitaire ? L'examen des régions voisines : fosses nasales, antre d'Hygmore, etc., nous démontre qu'il n'en est rien. S'agirait-il d'une tumeur de la cavité cranienne ? Mais nous aurions des phénomènes cérébraux. Or, ici, il n'en existe pas le moindre.

En somme, il ne s'agit pas ici de tumeur de voisinage, mais d'une tumeur née dans l'orbite, d'autant plus que son siège, du côté externe, est le siège de prédilection des tumeurs autochtones de l'orbite et non pas, en général, celui des tumeurs hétérochtones.

Il nous resterait maintenant à déterminer la nature de cette tumeur, si nous ne savions déjà, par l'opération de M. Landolt, ce à quoi nous avons, en réalité, affaire.

Chez notre sujet, qui est déjà parvenu à la seconde période de la maladie, c'est-à-dire à l'exorbitisme de l'œil sans saillie de la tumeur au-dehors et sans que le doigt puisse sentir bien nettement la tumeur elle-même, le toucher, si peu qu'il puisse se faire, nous a permis cependant de constater qu'il n'existe ni battements, ni pulsations, et par suite nous autorise à rejeter le diagnostic de toute tumeur pulsatile de l'orbite. L'auscultation ne nous révèle, d'ailleurs, aucun bruit. Le toucher permet aussi de reconnaître l'absence de toute fluctuation, par suite, de rejeter encore toute idée de kyste ou de suppuration froide de l'orbite. Enfin, on peut se rendre compte que la tumeur n'a pas la dureté d'une exostose, d'un ostéome, mais qu'elle présente une consistance fibroïde et élastique. Soit donc alors un fibrome ou un sarcome. Or, la rapidité d'évolution de cette tumeur, chez notre malade, doit exclure immédiatement tout diagnostic de fibrome; il s'agit donc d'un sarcome, car le squirrhe primitif de l'orbite a une existence douteuse.

Notre malade est donc, en définitive, atteint de sarcome de l'orbite et, alors même que nous n'aurions pas eu entre les mains l'observation de M. Landolt, nous aurions aussi prononcé ce mot de sarcome, sarcome d'origine périostique et, par suite, pronostic très grave, navrant, car, d'avance, nous pouvons dire que cet homme est perdu mal-

gré l'opération que nous allons pratiquer, atteint qu'il est d'une affection qui récidive presque toujours, empoisonne l'économie et tue à peu près fatalement. Je ne connais pas un seul fait de guérison après opération.

Mais alors, pourquoi opérer? direz-vous. D'abord, parce que cet homme souffre et que l'opération lui enlèvera les douleurs horribles pour un mois ou deux selon toutes probabilités, ensuite parce que nous connaissons des cas où le mal a récidivé, après opération, jusqu'à huit, neuf et dix fois sur place sans infecter l'organisme, sans envahir les ganglions.

De là, le devoir du chirurgien de poursuivre le néoplasme avec la ténacité qu'il a lui-même à récidiver.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 janvier 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de candidature, au titre de membres correspondants, de MM. Duclos (de Tours) et Marvaud, médecin principal de première classe ;

2° Un travail de M. le docteur Vincent, intitulé : « Recherches expérimentales sur l'hyperthermie » ;

3° Un travail de M. Poupinel (de Valence), sur la lèpre ;

M. HÉRARD, président sortant, rappelle les principaux travaux accomplis par l'Académie durant l'année qui vient de s'écouler et invite M. Perrin à prendre place au fauteuil.

COMMUNICATION

Gastrotomie au lieu d'élection suivie immédiatement d'une laparotomie médiane pour l'extraction d'une cuiller en bois longue de 27 centimètres. — **M. LE DENTU** communique l'observation d'un jeune homme de vingt et un ans qui disait avoir avalé la veille une cuiller de bois longue de 27 centimètres, au cuilleron usé, réduit aux dimensions d'une pièce de deux francs environ. Il avait dîné quand même, mais entre deux et cinq heures du matin, il avait éprouvé des douleurs atroces.

Au moment de son entrée à l'hôpital, deux internes venaient de sentir nettement le corps étranger à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, à gauche de la ligne blanche ; mais au moment où M. Le Dentu l'observa, il n'était plus possible de savoir au juste quelle position il occupait. Le ventre était contracturé et ferme dans toute son étendue.

Pour éviter la perforation précoce de l'estomac par cette longue tige, M. Le Dentu décida que, dès le lendemain matin, il ferait la gastrotomie. Le malade souffrait modérément; il n'y avait aucun signe de péritonite.

Le mercredi 14, à neuf heures du matin, il procéda sous le chloroforme à un nouvel examen qui fut négatif comme le premier. Mais, comme tout indiquait que la cuiller devait être dans l'estomac, il pratiqua la gastrotomie au lieu d'élection.

L'estomac était vide. Explorant alors le ventre par la plaie de l'hypochondre, il trouva la cuiller verticalement placée dans le petit bassin, l'une des extrémités appliquée sur la vessie, l'autre couchée derrière la ligne blanche et remontant à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. Il incisa alors la ligne blanche, dans l'étendue de 9 à 10 centimètres, et, avec des pinces, saisit l'extrémité conique du manche. Il n'éprouva aucune peine à extraire la cuiller entière. Elle était entourée par les anses intestinales. Sa sortie fut suivie de celle d'une petite quantité d'un liquide séro-sanguinolent un peu fétide. Le péritoine était légèrement vascularisé, mais non recouvert d'exsudats. La seule lésion constatée consistait dans l'épaississement du grand épiploon entre l'ombilic et l'estomac. Sa couleur, d'un gris sale, son adhérence à la paroi abdominale indiquaient la marche suivie par le corps étranger dans sa migration en dehors de l'estomac.

Comme, en dépit de l'examen minutieux des deux faces de l'estomac, du côlon et d'une partie de l'intestin grêle, M. Le Dentu ne put arriver à découvrir nulle part une perforation, il en conclut qu'elle avait déjà dû se refermer et que des recherches trop prolongées seraient dangereuses. Il termina donc l'opération en réunissant la plaie de l'estomac par quatre points de suture à la soie, puis ayant réduit cet organe dans sa position normale, il plaça sept points de suture profonde au fil d'argent et autant de points superficiels au crin de Florence sur chacune des plaies de la paroi abdominale.

L'opération avait duré en tout deux heures trois quarts, chloroformisation comprise.

Les suites furent simples, sauf un petit abcès développé à la partie supérieure de la plaie médiane et une élévation momentanée de la température le deuxième et le troisième jour (39 degrés), tout alla bien jusqu'à la guérison complète et cela malgré de graves imprudences commises par l'opéré. Il s'était levé deux fois le jour même de l'opération pour aller boire, en dépit de toute défense.

M. Le Dentu termine par les conclusions suivantes :

1° La perforation de l'estomac et la chute de la cuiller dans le péritoine ont eu lieu entre la douzième et la quinzième heure après qu'elle eut été avalée.

2° La perforation s'est faite au niveau de la grande courbure et le corps étranger a cheminé entre les deux feuillets antérieurs de l'épiploon. On s'explique ainsi comment elle s'est cicatrisée assez vite et assez solidement pour que le passage des matières alimentaires devint impossible par la suite.

3° L'évidence force à admettre que l'arrivée de la cuiller dans la séreuse n'a pas provoqué la péritonite qui semble inévitable après pareil accident, ou l'estomac ne contenait pas de germes pathogènes, ou le corps étranger s'est dépouillé pendant son passage entre les feuillets de l'épiploon de ceux qu'il transportait avec lui.

4° Ce que l'on sait du sort des corps étrangers de l'estomac et des divers modes d'expulsion observés jusqu'à ce jour, explique pourquoi j'ai commencé par ouvrir l'estomac. Je ne crois pas qu'il existe un seul fait prouvant que la perforation de ce viscère peut avoir lieu en quelques heures. A défaut de signes indiquant que la cuiller n'y était plus, il était logique de l'y chercher tout d'abord.

5° La gastrorrhaphie, suivie de la réduction, a donné un excellent résultat. Elle n'a provoqué ni vomissements, ni douleurs, ni troubles digestifs consécutifs.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE STROPHANTUS

M. BUCQUOY. Le strophantus hispidus est un médicament cardiaque de premier ordre, dont l'introduction dans la thérapeutique des maladies du cœur est une acquisition précieuse et qui mérite bien la place que Fraser lui a assignée à côté de la digitale, dont il remplit à peu près les indications.

Dans les *lésions mitrales*, le strophantus relève l'énergie des contractions cardiaques quand la compensation devient insuffisante et atténue, quand il ne les fait pas disparaître complètement, les symptômes de l'asystolie.

C'est donc à tort que M. Sée me prête une conclusion que je n'ai pas formulée : « Le strophantus agit sur les cœurs fatigués et non asystoliques. » Ce médicament est, au contraire, d'une souveraine efficacité dans l'asystolie.

Je n'accepte pas davantage la quatrième conclusion de M. G. Sée : « Pas de diurèse », car, si j'ai dit que le strophantus donne rarement les grandes débâcles urinaires de la digitale, j'ai montré, avec des tracés à l'appui, que la diurèse est l'un des effets les plus constants du strophantus et qu'elle peut aller jusqu'à donner 4 litres et 1/2 et même 5 litres d'urine par jour.

Ce qui est vrai, c'est qu'il se montre supérieur à tous les autres

médicaments cardiaques chez les sujets atteints de rétrécissement mitral et dont le cœur commence à se fatiguer.

Le strophantus est encore d'un effet remarquable dans les lésions cardiaco-aortiques, au moment où le cœur commence à faiblir; et là où la digitale n'est pas sans inconvénient, je l'ai vu souvent réussir, sans rencontrer aucune des contre-indications de la digitale.

Je ne fais que rappeler les excellents résultats que j'ai obtenus dans trois cas d'angine de poitrine et dans un cas de maladie de Basedow, maladies dans lesquelles son action a paru en général moins favorable.

Le strophantus se montre dans tous les cas un médicament de soutien pour l'action cardiaque et la facilité avec laquelle il est toléré permet d'en continuer longtemps l'emploi. L'accoutumance n'en détruit pas les effets; de plus, j'ai remarqué, comme d'autres observateurs, que ses effets persistent assez longtemps après qu'on a cessé la médication. Le strophantus ne s'accumule pas dans l'économie comme la digitale; il n'a pas non plus d'action nauséeuse. Le seul symptôme d'intolérance que j'aie observé est la diarrhée, diarrhée sans coliques, dont les malades se plaignent peu et qui cède avec la suspension du médicament.

Est-il des contre-indications à l'emploi du strophantus? Je ne saurais les formuler. Ses effets sont ordinairement nuls dans les périodes avancées des maladies du cœur, surtout quand elles s'accompagnent d'artério-sclérose et de néphrite interstitielle. J'évite alors de le prescrire. Quoi qu'on en ait dit, je crois qu'avec un cœur dégénéré, il ne faut compter ni sur la digitale ni sur le strophantus. En tout cas, je n'ai observé aucun accident consécutif à l'administration, même intempestive, du strophantus. C'est un médicament facile à manier, quelquefois je l'ai vu échouer alors que je croyais pouvoir compter sur son action. Mais quel est le médicament qui agit toujours?

A cinq heures la séance est levée.

Séance du 15 janvier 1889. — Présidence de M. M. Perrin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) au titre de membre correspondant étranger;

2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Hamonic;

3° Un pli cacheté de M. le docteur Dambax;

4° Un travail de M. le docteur Léon Petit, intitulé : « L'hystérie pulmonaire » (pour le prix Alvarenga).

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA STROPHANTINE

M. Féréol lit, au nom de M. Dujardin-Beaumetz, une note dont voici le résumé :

M. Dujardin-Beaumetz accepte la plupart des conclusions de M. Bucquoy.

Dès le début des applications du strophantus à la thérapeutique, il avait exprimé l'avis que ce médicament était un bon diurétique cardiaque, et que comme tel, il était appelé à rendre d'importants services. Il croit encore cette opinion vraie et dans les maladies mitrales avec affaiblissement du cœur, le strophantus agit souvent d'une façon merveilleuse; comme pour tous les toniques du cœur, il faut que la dégénérescence du myocarde ne soit pas trop accentuée.

Il est un point sur lequel l'accord n'est pas encore fait, c'est sur l'utilité du strophantus dans les néphrites albumineuses.

M. Bucquoy n'a pas eu à se louer de son usage; pour M. Beaumetz il en a tiré quelquefois un bon parti. Ces divergences de vue résultent des conditions complexes dans lesquelles se produit cette néphrite albumineuse. Pour lui, dans des cas d'insuffisance rénale, c'est-à-dire dans ces cas où des phénomènes d'intoxication peuvent se produire par suite de dégénérescence chronique du rein, il a obtenu avec le strophantus et avec la spartéine de bons résultats.

Dans les cas de sclérose, il a obtenu du strophantus des effets souvent supérieurs à ceux fournis par la digitale. Cette dernière, en effet, est souvent mal supportée par les sujets atteints de dégénérescence rénale, à cause de la susceptibilité de leur estomac. Le strophantus ne provoque pas le vomissement et le seul inconvénient qu'il ait, quand son usage est longtemps prolongé, est de produire de la diarrhée, diarrhée qui, d'ailleurs, est favorable dans les cas d'insuffisance rénale. C'est dire qu'il ne croit pas beaucoup à la possibilité d'une néphrite strophantidienne et le cas qui a été rapporté, et où on a constaté de l'hématurie à la suite de l'emploi de ce médicament, est un fait absolument exceptionnel.

M. Dujardin-Beaumetz se sépare donc sur ce point de M. le docteur Eloy qui a soutenu, comme M. Bucquoy, que, dans les cas d'insuffisance rénale, le strophantus était plus dangereux qu'utile.

Tout dépend, au point de vue du résultat, de l'état du myocarde. Et comme l'action diurétique du strophantus est prompte et rapide, on peut toujours tenter cette médication pour la cesser, si au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, la quantité d'urine n'a pas augmenté.

M. Beaumetz s'est demandé si on ne pourrait pas trouver, dans les plantes de notre pays, une apocynée pouvant remplacer le strophantus et il a songé à expérimenter le laurier-rose.

Depuis longtemps, l'action toxique du laurier-rose est connue et les auteurs ont fait connaître son action nocive très active. Il a entrepris avec un de ses élèves, M. le docteur Pouloux, une série d'expériences avec l'extrait de laurier et ils ont démontré que cet extrait avait sur le cœur une action absolument identique à celle du strophantus. Il arrivait ainsi aux mêmes résultats que ceux signalés par Pelikan en 1866, qui a fait à ce sujet une communication à l'Académie des sciences. Il a donc administré à des malades atteints d'affections du cœur de 10 à 20 centigrammes d'extrait et il a obtenu les mêmes effets qu'avec le strophantus, effets moins constants, il est vrai, mais très marqués néanmoins.

M. Sée fait sur l'action composée du strophantus et de la strophantine, ainsi que sur quelques autres médicaments cardiaques, une communication qu'il doit terminer dans la prochaine séance.

RAPPORT

Amyotrophie des quatre membres survenue dans le cours d'une grossesse. — **M. Féréol** lit un rapport sur un cas d'amyotrophie des quatre membres survenue dans le cours d'une grossesse, cas communiqué récemment à l'Académie par MM. Desnos et Pinard. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1267.)

Après avoir rappelé sommairement le fait clinique, M. Féréol discute les hypothèses émises par l'auteur. Il ne croit ni à une névrite périphérique, ni à une lésion des cellules des cornes antérieures, ni à l'intoxication puerpérale.

Deux hypothèses, à son avis, peuvent seules être discutées : 1° des troubles vaso-réflexes, dont le point de départ aurait été dans l'utérus; 2° l'influence d'une dénutrition générale portant sur les muscles comme sur les autres organes. S'il me fallait, dit le rapporteur en finissant, préciser pour la malade de M. Desnos, je dirais : « Atrophie dyscrasique, ou dénutrition généralisée causée par l'épuisement. »

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection des commissions de présentation des correspondants nationaux et étrangers. Sont élus :

Première division. — MM. Roger, Hérard, Féréol, Moutard-Martin, Empis, Bucquoy.

Deuxième division. — MM. Polaillon, Le Fort (Léon), Rochard, Tarnier, Lannelongue, Larrey.

Troisième division. — MM. Colin (Gabriel), Goubaux, Leblanc, Trasbot, Nocard.

Quatrième division. — MM. Riche, Javal, Schützenberger, Marty, Caventou, Gariel.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 décembre 1888. — Présidence de M. SIREDEY.

COMMUNICATIONS

Pleurésies hémorrhagiques guéries par la thoracentèse. — M. LEREBOULLET communique trois observations de pleurésie hémorrhagique, rapidement guéries par la thoracentèse, et une révulsion énergique. (Voy. *Gazette des hôpitaux* 1889, p. 52.)

Traitement de la fièvre typhoïde par le bain froid. — M. JUHEL-RÉNOY a communiqué à la Société ses premiers résultats statistiques sur le traitement systématique de la fièvre typhoïde par les bains froids, d'après la méthode de Brand rigoureusement appliquée. La mortalité était de 7 p. 100. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 111.) Depuis lors, il a soigné 10 nouveaux cas de la même façon, 8 à l'hôpital, 2 en ville.

Comme gravité, ces 10 cas se décomposent ainsi : 1 cas bénin ; 4 cas d'intensité moyenne ; 4 très graves ; 1 excessivement grave.

Dans ce dernier cas, vraiment typique, il s'agissait d'une jeune fille de dix-huit ans, obèse, albuminurique depuis huit ans (par suite de scarlatine). Avant même l'apparition des taches rosées lenticulaires, c'est-à-dire dès le début de la maladie, l'adynamie était extrême. Langue rôtie, relâchement des sphincters, encombrement bronchique, asphyxie menaçante, paralysie cardiaque, telle que le cœur battait de 160 à 180 pulsations à la minute.

Pendant quinze jours, ce fut un véritable cadavre que l'on mit au bain dix ou douze fois par jour. En raison de la gravité exceptionnelle du cas, le bain fut donné à 15, 12 et même 10 degrés, les affusions d'eau glacée sur la tête durant cinq à dix minutes. Des compresses glacées étaient maintenues constamment sur le cœur. MM. Juhel-Rénoy et Julien, qui soignaient cette malade ensemble, eurent enfin la joie d'arracher à la mort la jeune malade. 177 bains avaient été nécessaires, et la maladie n'avait pas exigé moins de quarante-trois jours de traitement d'une activité incessante. Aucun fait ne plaide plus victorieusement la cause de cette médication.

Parmi les malades de l'hôpital, M. Juhel-Rénoy note trois alcooliques renforcés et fortement adynamisés, une femme ayant une insuffisance mitrale (suite de rhumatismes antérieurs), enfin, un cas d'encombrement bronchique intense avant tout traitement.

Dans tous ces cas, il a vérifié à nouveau le pouvoir vraiment paradoxal du traitement sur les phénomènes pulmonaires, son action profonde sur la diurèse.

Ses dix cas représentent 500 bains froids. Il n'a jamais eu d'accident.

Pour ne parler que de Paris, jusqu'à ce jour, M. Richard (du Val-de-Grâce) et M. Juhel-Rénoy ont traité 91 malades par la méthode de Brand et leur mortalité est de 5,48 p. 100. M. Josias vient d'en traiter 14 sans un cas de mort. Soit, en tout, 105 cas et un taux de mortalité de 4,76 p. 100.

Aussi M. Juhel-Rénoy admet-il les conclusions que Vogt (de Munich) a bien voulu lui communiquer récemment :

1° Le bain froid a une action non seulement antipyrétique mais surtout anti-adynamique ;

2° L'argument des dangers qu'il ferait courir aux malades doit être dorénavant abandonné ;

3° Grâce à son emploi, la mortalité moyenne entre 1874 et 1887, a été, à l'hôpital militaire de Munich, de 2,7 p. 100 ; dans aucune des années, prises isolément, elle ne s'est élevée au-dessus de 5 p. 100 ;

4° Il importe au plus haut point de commencer l'application de Brand à un moment aussi rapproché que possible du début de la maladie.

M. FÉRÉOL dit que la communication de M. Juhel-Rénoy paraît de nature à encourager ses collègues à essayer du bain froid systématique. Il est clair que si on arrivait ainsi à cette faible mortalité moyenne de 4,76 p. 100, aucune méthode de traitement ne saurait être comparée à la méthode de Brand.

Il faut cependant reconnaître que l'on n'est pas toujours heureux avec le bain froid, pas plus qu'avec autre chose, du reste. Il l'a essayé, récemment encore, chez un jeune homme de dix-huit ans, qui faillit mourir après le premier bain, M. Féréol n'osa pas recommencer. Le malade fut emporté un peu plus tard par une pneumonie. Quinze jours après sa mort, la mère fut prise à son tour de fièvre typhoïde. Bien entendu, il ne fut pas question avec elle de la méthode de Brand. Elle ne mourut pas moins, et de la même façon que son enfant. Chez ce dernier, on était au quinzième jour de la maladie quand on donna le premier et unique bain.

M. LABBÉ demande à M. Juhel-Rénoy s'il n'adosse pas quelque autre traitement au traitement par les bains froids, car s'il en était ainsi, il faudrait faire un départ entre les deux choses. Il lui demande aussi quel est le régime de ses malades. Pour lui, il se contente de les alimenter avec du lait, du bouillon, etc. ; et sa statistique n'arrive pas à 5 p. 100 de mortalité.

M. JUHEL-RÉNOY répond à M. Féréol que le cas de ce jeune homme baigné une seule fois, au quinzième jour, n'a rien à voir avec la méthode de Brand, et à M. Labbé, qu'il n'adosse aucune autre méthode de traitement à la méthode de Brand.

M. GÉRIN-ROZE insiste sur les difficultés de l'application de la méthode de Brand dans les hôpitaux de Paris.

On dit qu'il est essentiel d'appliquer la méthode dès les premiers jours de la maladie. Mais, à l'hôpital, les malades arrivent au dixième, au quinzième jour. Le moment psychologique est donc passé, et depuis longtemps. D'autre part, si l'on peut intervenir dès le début, à quoi reconnaît-on alors que l'on a réellement affaire à une fièvre typhoïde ?

M. JUHEL-RÉNOY a baigné des malades qui lui arrivaient au douzième jour. Il se base, pour le diagnostic, sur les taches rosées, sur la courbe de la température et même sur le syndrome urologique de M. Albert Robin.

S'il y avait erreur de diagnostic, ce serait regrettable pour la statistique, mais non pour le malade. En effet, le bain froid est sans inconvénient réel dans l'hypothèse d'un embarras gastrique aigu, ou même d'une pneumonie typhoïde.

M. HAYEM rappelle qu'il n'est pas partisan des méthodes systématiques en thérapeutique.

Il veut dire deux mots d'un procédé de diagnostic précoce qu'il emploie journellement, et qui rend de grands services. Il repose sur l'analyse du sang.

S'il s'agit d'une fièvre typhoïde qui commence, il n'y a pas, dans les premiers jours, augmentation de la fibrine du sang, même si la température est très élevée. On ne constate donc pas le réticulum fibrineux qui existe, au contraire, s'il s'agit d'un simple embarras gastrique fébrile.

Les exceptions à cette règle sont très rares, mais enfin, il y en a, et on peut voir le réticulum phlegmasique, alors qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde commençante. Il m'a semblé qu'il coïncidait alors avec des lésions inflammatoires du tube intestinal plus intenses que d'ordinaire.

Dans le typhus abortif, typhus levissimus, qui se termine généralement après quinze jours, même absence de réticulum fibrineux, la température fût-elle très élevée.

ÉLECTIONS

M. Cadet de Gassicourt est élu président ; M. Dumontpallier, vice-président ; M. Desnos, secrétaire général ; MM. Comby et Letulle, secrétaires annuels ; M. Moutard-Martin, trésorier.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 janvier 1889, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Laugier.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Burot.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Deblenne, Morain et Roussin.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cras, médecin en chef de la marine, à Brest.

— La convocation, en 1889, du personnel des médecins et pharmaciens de l'armée territoriale fera l'objet de dispositions spéciales. La mesure générale consistant à dispenser des convocations du temps de paix les internes de tous les hôpitaux réunissant les conditions requises pour le doctorat ou le grade de pharmacien de première classe, restera en vigueur pendant le cours de l'année 1889; toutefois, cette dispense ne s'applique pas à ceux de ces internes qui sont pourvus d'un emploi de médecin auxiliaire ou de pharmacien auxiliaire.

— Nous avons reçu une très intéressante observation de placenta prævia, mais l'auteur a oublié de signer son manuscrit. L'observation commence par ces mots : « Mme V..., déjà mère de neuf enfants, etc. » Prière à l'auteur de se faire connaître, pour que nous puissions mettre son nom en tête de son travail.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 8. — SAMEDI 19 JANVIER 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 19 JANVIER 1889. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Mécanisme et théories de l'immunité.

Par M. BOULAY, interne des hôpitaux.

I

L'immunité présentée par des races, des espèces, des individus même à l'égard de maladies, prenant sur d'autres sujets un facile développement, est un fait depuis longtemps acquis à la science. Jusqu'à ces derniers temps, on s'était borné à la constatation de cette propriété de certains organismes, sans se préoccuper d'en donner une explication. Le problème semblait si ardu qu'on n'osait l'aborder. Tout au plus pourrait-on trouver, dans l'idée des prétendus antagonismes morbides, une ébauche d'explication qui ne mérite guère d'être tirée de l'oubli. Et d'ailleurs, toutes les théories de l'immunité qu'on eût pu donner à cette époque, auraient-elles pu être autre chose que de simples vues de l'esprit ? Pour sortir du domaine de l'hypothèse, il eût fallu des preuves expérimentales, des faits précis propres à appuyer ces théories.

La variolisation, connue depuis si longtemps en Chine, la vaccine, la clavelisation, l'inoculation de la péripneumonie contagieuse des bêtes à cornes, ont été pratiquées avant qu'on se fît aucune idée du mode d'action de ces inoculations préventives; ce sont des conquêtes de la médecine empirique.

Les preuves expérimentales ont manqué jusqu'au jour où les études microbiologiques sont venues jeter un jour tout nouveau sur l'étiologie des maladies infectieuses. Quand il fut à peu près démontré qu'il n'y avait d'immunité proprement dite qu'à l'égard de ces maladies, quand on eut découvert qu'avec des vaccinations préventives on pouvait à volonté rendre des animaux réfractaires à telle ou telle maladie, on fut conduit à chercher comment agissaient ces vaccins et par là même à donner de l'immunité acquise des théories qui seraient sans doute applicables à l'immunité naturelle.

Les expériences de M. Pasteur sur le choléra des poules (1880) sont le point de départ des théories modernes de l'immunité. Depuis cette époque, les résultats des vaccinations anticharbonneuses et surtout des vaccinations antirabiques ont fourni matière à de nombreuses discussions sur le mécanisme et les causes de l'immunité.

Les théories que nous avons à passer en revue sont de deux sortes : les unes chimiques ou humorales; les autres biologiques ou vitalistes.

II

A. THÉORIES CHIMIQUES. — Étudier les causes de l'immunité, c'est rechercher les modifications survenues dans l'organisme réfractaire, modifications s'opposant au développement des microbes. Les expériences relativement anciennes de Raulin (1), sur la culture de l'Aspergillus niger, fournissent une base solide aux théories chimiques. Elles consistent à cultiver ce champignon dans un liquide artificiel contenant toutes les substances nécessaires au développement de l'aspergillus, ne contenant qu'elles et en quantité exactement nécessaire. Vient-on à supprimer l'une de ces substances ou à y ajouter une substance étrangère, la végétation de l'organisme en est profondément troublée. Laisse-t-on la mucédinée se développer librement dans le liquide, celui-ci est bientôt modifié : après avoir fourni deux récoltes, il devient impropre à une nouvelle culture : les substances qu'il contenait en dissolution ont presque complètement disparu. Si l'on cultive l'aspergillus dans un milieu qui manque de fer, la végétation devient languissante et reste telle, même après qu'on y a ajouté le métal jusque-là absent : le champignon semble avoir produit une substance nuisible à sa propre végétation : les sels de fer empêchent cette substance de se développer, mais ne peuvent la détruire. Deux causes peuvent donc contrarier le développement de l'aspergillus :

1° L'absence d'une substance nécessaire;

2° La présence d'une substance nuisible.

Or, ce qui se passe pour l'aspergillus est applicable aux organismes d'ordre moins élevé et en particulier aux microbes.

1° *Théorie de l'épuisement.* — Les maladies infectieuses sont causées par le développement de microbes dans l'orga-

(1) Études chimiques sur la végétation, *Annales des sciences naturelles*, 1870.

nisme animal, qui représente ainsi un véritable milieu de culture. N'est-il pas jusqu'à un certain point légitime d'assimiler les modifications qui se produisent dans le corps, par le fait de cette culture, à celles que produisent les microbes dans les milieux artificiels ? La première expérience, faite dans ce sens, fut celle de M. Pasteur sur le choléra des poules (1). Le microbe de cette maladie est semé dans un bouillon; au bout de quatre jours son développement, actif jusque-là, s'arrête. Si on le filtre et si on l'ensemence de nouveau, aucune végétation ne s'y produit. De l'expérience *in vitro* passons à l'expérience sur l'animal vivant. Une poule est vaccinée par l'inoculation du microbe atténué : le virus le plus fort ne pourra plus pulluler dans son corps. Le milieu, qu'il soit artificiel ou vivant, est devenu impropre à la culture du microbe. Des éléments nécessaires à l'agent infectieux manquent ou bien des substances nuisibles s'y sont formées. Pour choisir entre ces deux hypothèses, M. Pasteur fait l'expérience suivante.

Le liquide est évaporé à froid dans le vide et ramené à son volume primitif par l'addition d'un bouillon de culture frais. Si le bouillon épuisé contient un poison pour le microbe, un nouvel ensemencement doit rester stérile. Il n'en est rien ; il suffit de rajeunir le milieu pour lui rendre ses propriétés. M. Pasteur en conclut que, dans le choléra des poules, la cause de la non-récidive est due à la disparition de quelque substance consommée par le microbe. Généralisant cette conclusion, on en déduit que la non-récidive des maladies infectieuses résulte de la destruction dans les tissus des substances nécessaires à la vie des parasites. De l'épuisement de cette substance dans l'organisme résulte l'immunité pour une seconde attaque.

Cette théorie est-elle applicable à tous les cas? Depuis ses travaux sur la rage, M. Pasteur ne le croit pas. Il en revient pour cette maladie à la seconde hypothèse qu'il avait indiquée à propos du choléra des poules, celle de la substance ajoutée. C'est la théorie du contrepoison soutenue par M. Chauveau, depuis 1880.

2° *Théorie du contrepoison.* — Les premières expériences de M. Chauveau (2) ont porté sur le virus du sang de rate; les conclusions qu'il en a tirées, il y a huit ans, s'adaptent précisément aujourd'hui à la théorie des inoculations antirabiques.

Qu'elle soit naturelle ou communiquée, l'immunité consiste, non pas dans un épuisement, mais dans l'établissement d'une résistance. « Un microbe infectieux s'étant une première fois multiplié dans son milieu naturel de culture et l'ayant ainsi rendu rebelle à une culture ultérieure, exerce cette action, non pas en épuisant le terrain, en le privant de toutes les substances nécessaires au développement du microbe, mais bien en y laissant des substances nuisibles qui imprègnent ce milieu de culture et lui font subir certaines modifications inconnues, d'où résulte sa stérilisation plus ou moins complète (3). » Ensemencez, de nouveau, ce milieu d'un très petit nombre de microbes, ceux-ci seront arrêtés dans leur développement, par l'influence inhibitoire des substances nuisibles ; très nombreux, ils surmonteront cet obstacle. Inoculé à l'état de virus fort sur des moutons algériens, doués d'un certain degré d'immunité naturelle, le virus charbonneux a plus de chance d'infecter ces animaux quand il est abondant, que s'il est introduit en quantité minime. Si des animaux non réfractaires sont inoculés avec des doses extrêmement faibles (250 bactéridies dans la veine jugulaire), ils survivent après avoir présenté seulement quelques signes de fièvre légère. Inversement si des moutons, rendus absolument réfractaires par des inoculations préventives réitérées, reçoivent, dans la veine jugulaire, une quantité de sang charbonneux renfermant de 15 à 500 milliards de bacilles, ils succombent presque tous, soit à une infection charbonneuse généralisée, soit à une infection localisée dans les méninges (1). La résistance de l'organisme est vaincue. Ce qui est vrai pour le sang de rate, l'est pour le charbon emphysémateux (2) et pour la septicémie (3). L'application de cette théorie à l'immunité acquise se fait d'elle-même et c'est justement dans ces cas, plus que dans ceux d'immunité naturelle, que la résistance offerte par l'organisme aux effets d'une nouvelle inoculation est assez souvent insuffisante, quand on la pratique avec une grande quantité d'agents infectieux.

Il serait d'un puissant intérêt de connaître la matière qui, se fixant sur les tissus, rend l'organisme impropre à une seconde culture. Est-ce le poison spécifique engendré par la prolifération des agents infectieux, ou toute autre substance résultant de la vie des microbes ? Les recherches de Brieger sur la typhotoxine, celles de M. Bouchard sur les urines des cholériques, n'ont pas été poussées assez loin pour permettre de donner une réponse satisfaisante à cette question. C'est vraisemblablement un alcaloïde, une ptomaïne.

On peut l'assimiler à l'alcool qui, produit par l'influence de la levûre sur le sucre, arrête la végétation de cette dernière et tout nouveau travail de dédoublement du sucre, quand sa proportion dans le milieu atteint 18 p. 100. Un phénomène analogue se passe pour les produits de la putréfaction : ils donnent naissance à des phénols qui sont toxiques pour eux [Duclaux (4)]. Les sécrétions des microbes sont inattaquables par eux ; elles gênent leur fonctionnement et peuvent jouer vis-à-vis d'eux le rôle d'antiseptiques ou plutôt de paralysants ; car, c'est une loi générale que toute cellule vivante redoute la présence des produits qu'elle rejette. Ces substances fournies par les microbes sont en tous cas solubles et diffusibles. Les recherches de M. Chauveau sur les agneaux qui acquièrent l'immunité pour le charbon, dans le ventre de leur mère, en sont la preuve. Une brebis pleine est inoculée, dans la dernière semaine de la gestation, avec du virus charbonneux. Les bacilles se multiplient et fourmillent dans le sang de la mère, mais ne passent pas, ou seulement d'une façon exceptionnelle, dans celui du fœtus.

Or, l'agneau naît plus ou moins réfractaire au sang de rate. M. Chauveau fait le raisonnement suivant : l'organisme maternel a été soumis simultanément à l'action des

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1880.

(2) Des causes qui peuvent faire varier les résultats de l'inoculation charbonneuse sur les moutons algériens, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1880, t. XC; — Du renforcement de l'immunité des moutons algériens, à l'égard du sang de rate, par les inoculations préventives, *Id.*, t. XCI.

(3) Chauveau. Sur le mécanisme de l'immunité, *Annales de l'Institut Pasteur*, février 1888, p. 67.

(1) Chauveau. *Revue de médecine*, 1887, t. VII, p. 177.

(2) Chauveau. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1881.

(3) Arloing et Chauveau. *Bulletin de l'Académie de médecine*, juillet-août 1884.

(4) Sur les phénomènes généraux de la vie des microbes, *Annales de l'Institut Pasteur*, avril 1887, p. 146.

microbes pathogènes et des matières résiduelles engendrées par ceux-ci. Le placenta interceptant les bacilles, il n'y a que les matières solubles du sang qui puissent le traverser et aller imprégner les tissus du fœtus. Si ceux-ci sont devenus inaptes à la prolifération des bactéridies, c'est à l'action des matières solubles qu'ils le doivent.

Si la loi de Brauëll-Davaine, en vertu de laquelle la bactéridie charbonneuse ne traverserait pas le placenta, a été quelque peu ébranlée par les recherches de Straus et Chamberland (1), M. Chauveau n'en maintient pas moins la validité de ses premières expériences (2).

Malvoz (3) n'a-t-il pas montré, d'ailleurs, que les micro-organismes ne franchissent la barrière placentaire, pour atteindre l'embryon, que dans les cas où le placenta présente des altérations histologiques dues à l'action pathogène des parasites eux-mêmes?

Cherchant à démontrer la réalité d'une substance vaccinale, distincte des microbes, MM. Toussaint (4), Chauveau (5), firent de vains efforts pour conférer l'immunité anticharbonneuse à des moutons par injections intra-veineuses de sang stérilisé. Mais la seconde méthode d'inoculations antirabiques de M. Pasteur est venue donner la démonstration de la vaccination par produits chimiques. Deux hypothèses peuvent être faites sur les causes de l'immunité par la méthode prophylactique de la rage (6). Il pourrait y avoir diminution progressive de l'intensité de la virulence par dessèchement des moelles à 23, 25 degrés. Or, il n'en est rien: il y a appauvrissement en quantité et non en virulence. Celle-ci est toujours la même. Dans la seconde hypothèse, il faut supposer qu'une matière vaccinale, autre que le microbe rabique vivant, lui est associée. Celui-ci garde sa virulence propre dans les moelles en dessiccation, mais s'y détruit peu à peu et plus vite que la matière vaccinale. Voilà qui explique l'immunité conférée par l'inoculation sous-cutanée de quantités notables de virus rabique. Un chien enragé qui mord un autre chien ne lui donne pas toujours la rage, mais il ne lui confère non plus aucune immunité; c'est que la morsure n'a introduit dans l'économie que de faibles quantités de virus et de matière préservatrice. De ces données résulte l'idée d'une vaccination par des moelles non virulentes, le microbe perdant sa virulence plus vite que la matière vaccinale ne perd sa vertu préservatrice.

Cette théorie du vaccin soluble n'est pas vraie seulement pour la rage. Chez les lapins inoculés avec le microbe du pus bleu, la mort est retardée, quand ils ont préalablement reçu de fortes doses du liquide dans lequel a vécu le bacille pyocyanogène (Charrin). En injectant à des pigeons des cultures stérilisées du microbe du choléra des porcs, M. Salmon (7) est parvenu à leur donner l'immunité contre cette maladie. Sans recourir à aucun virus vivant, MM. Roux et Chamberland (8) rendent des animaux réfractaires à la septicémie. Les mêmes auteurs confèrent l'immunité contre le charbon avec du sang charbonneux privé de bactéridies vivantes, et M. Roux arrive à un résultat analogue pour le charbon symptomatique. Dans le même ordre d'idées, MM. Chantemesse et Widal (1) rendent des souris réfractaires au bacille de la fièvre typhoïde, en introduisant dans le corps de ces souris quelques centimètres cubes d'une culture de bacilles typhiques où tous les microbes ont été tués par la chaleur.

Les récentes expériences de MM. Ch. Richet et de Héricourt (2) sur le Staphylococcus pyosepticus, s'accordent bien avec l'hypothèse d'un contrepoison. Les chiens sont naturellement réfractaires à ce microbe; les lapins y sont, au contraire, très sensibles. Or, si l'on injecte du sang de chien bien portant dans le péritoine d'un lapin, on fait participer ce dernier à la résistance du carnivore. Le staphylococcus, au lieu de tuer la bête inoculée en vingt heures comme précédemment, la laisse vivre cinquante, soixante heures, ou même ne la tue pas du tout.

On est allé plus loin encore dans cette voie, déjà si féconde en résultats. Puisqu'on obtient une immunité plus ou moins complète, plus ou moins durable, au moyen de produits élaborés par le microbe pathogène, ne pourrait-on pas arriver au même résultat avec les produits élaborés par d'autres microbes?

Les substances élaborées dans les cultures par d'autres microbes, même inoffensifs, peuvent entraver l'action d'un microbe pathogène et rendre réfractaires à son influence les animaux auxquels on les inocule à des doses suffisantes.

Dès 1880, M. Pasteur était parvenu à donner l'immunité charbonneuse à des poules, en les vaccinant contre le choléra des poules. La culture du micrococque de l'érysipèle dans le corps des lapins leur donne l'immunité pour le charbon [Emmerich (3)]. Par l'inoculation du micrococque de Friedlander, Pawlowsky (4) est arrivé au même résultat. Des cobayes, vaccinés pour le charbon symptomatique, résistent souvent à l'inoculation du vibrion septique [Roux (5)]. Les expériences de Garré (6), jointes à celles de Freundreich (7), mettent en évidence l'antagonisme de certaines bactéries et l'immunité qu'il confère aux milieux de culture. Ces faits aident à comprendre la guérison d'un lupus, observée par Fehleisen, à la suite d'un érysipèle donné artificiellement au malade. On voit que de l'antagonisme des bactéries découlerait la possibilité de vacciner une maladie par une autre.

Dans tous ces faits, les partisans de la théorie ramènent au même mécanisme l'immunité conférée par l'une quelconque des méthodes d'inoculations vaccinales: emploi du même virus, atténué ou non (charbon, choléra des poules, variolisation); emploi d'un autre virus (vaccine, immunité charbonneuse conférée par le choléra des poules); emploi d'une substance chimique sans intervention de microbes (septicémie, fièvre typhoïde). Ils concluent à la réalité des vaccins solubles, que ceux-ci naissent dans l'organisme même ou aient été préparés en dehors de lui. L'immunité

(1) Société de biologie, 16 décembre 1882.

(2) Mécanisme de l'immunité, *Annales de l'Institut Pasteur*, février 1888.

(3) Transmission intraplacentaire des micro-organismes, *Annales de l'Institut Pasteur*, mars 1888.

(4) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1880.

(5) *Revue scientifique*, 1885, t. II, p. 618.

(6) Lettre de Pasteur sur la rage, *Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1887, p. 9.

(7) *Reports of the Commis. of Agricult.*, 1885-1886.

(8) *Annales de l'Institut Pasteur*, décembre 1887 et août 1888.

(1) Immunité contre le virus de la fièvre typhoïde conférée par des substances solubles, *Annales de l'Institut Pasteur*, février 1888, p. 54.

(2) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 5 novembre 1888.

(3) *Arch. für Hyg.*, Bd. VI, p. 442-501.

(4) *Virchow's Arch.*, 1887, t. CVIII, p. 494-521.

(5) Immunité contre le charbon symptomatique conférée par des substances solubles, *Annales de l'Institut Pasteur*, février 1888.

(6) Sur les antagonismes entre les bactéries, *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte*, 1887, n° 13.

(7) De l'antagonisme des bactéries et de l'immunité qu'il confère aux milieux de culture, *Annales de l'Institut Pasteur*, avril 1888, p. 200.

est d'autant plus solide que la quantité de matière préservatrice est plus forte, d'autant plus facile à vaincre que la quantité d'agents infectieux est plus considérable. Pour comprendre l'influence du nombre des microbes, M. Chauveau (1) propose deux hypothèses : 1° les microbes d'une même culture n'auraient pas une activité égale. En augmentant leur nombre, on augmente les chances d'introduction des agents particulièrement actifs; 2° s'ils ont tous la même activité, on pourrait admettre qu'ils excrètent une matière qui reconstitue l'organisme réfractaire à l'état de milieu favorable à la culture des microbes, par neutralisation de l'obstacle que la première évolution virulente a laissé derrière elle. En petit nombre, ils excrètent trop peu pour créer cette atmosphère favorable.

Telle est la théorie du contrepoison, du vaccin soluble, avec ses conséquences et ses résultats. Mais, comme celle de l'épuisement, elle est passible de bien des objections.

A la théorie de l'épuisement, qui pèche déjà par la base, puisqu'elle est fondée sur une assimilation complète de l'organisme animal et d'un bouillon de culture, rapprochement des plus contestables, on peut opposer les recherches de M. Chauveau sur l'influence des doses de virus. Nul ne saurait comprendre qu'un organisme, dans lequel une culture antérieure a épuisé les matériaux nécessaires au développement d'un agent infectieux, se prête mieux à la prolifération de cet agent avec une semence abondante qu'avec une semence réduite au minimum. Bien mieux, à la fin de l'évolution du virus charbonneux, par exemple, chez un animal, les milieux ne sont pas épuisés. Il a été constaté par Metschnikoff, que le sang des animaux vaccinés contre le charbon se prête assez bien à la culture « in vitro » de la bactéridie. Dans ce même fait on peut trouver une objection à opposer à la théorie chimique, puisqu'il montre aussi que le sang d'un animal chez qui a évolué le bacillus anthracis ne renferme pas de substance toxique pour ce microbe. Si Hoffa (2) a pu isoler d'un extrait de culture de charbon, faite sur de la bouillie de viande stérilisée, une substance qui avait les réactions des alcaloïdes et qui s'est montrée toxique pour les rats, les grenouilles et les cobayes, on n'est pas en droit d'en conclure que la présence du bacille n'est pas nécessaire pour conférer la maladie ou l'immunité à un organisme. Car il faudrait distinguer ici ce qui relève de l'intoxication et ce qui dépend de l'infection. Dans bien des cas semblables, il y aurait lieu de faire la différence entre l'état réfractaire aux infections et l'accoutumance aux poisons chimiques.

Une objection plus puissante est la suivante : l'immunité étant une modification durable de l'organisme, aucune des théories précédentes n'explique comment une variation purement chimique d'un milieu si changeant peut persister des mois et des années et conférer une inaptitude persistante au développement des agents infectieux. Les théories biologiques vont essayer de répondre à cette dernière question.

III

B. Théories biologiques. — Elles partent de ce point fondamental que la résistance de l'organisme, qui constitue l'immunité, réside dans les éléments cellulaires. Quelques auteurs ont invoqué des modifications anatomiques des organes. M. Toussaint a émis cette idée que, dans le charbon, les bactéridies exercent sur les ganglions lymphatiques une irritation qui les rend désormais difficilement perméables aux agents infectieux.

Selon Büchner, les organes altérés, probablement par inflammation, sous l'influence d'une première évolution des agents infectieux, deviennent impropres à une culture ultérieure des mêmes microbes. Nous passons sur ces hypothèses pour arriver aux théories biologiques proprement dites.

1° *Théorie de Grawitz.* — D'après Grawitz (1), les microbes prennent les matériaux de leur nutrition dans le même milieu que les éléments cellulaires de nos tissus. La résistance d'un organisme aux agents infectieux serait un exemple de la lutte pour l'existence entre organismes unicellulaires. Si les parasites ont une grande énergie vitale, ils pourront s'emparer de tous les éléments nutritifs et réduire les cellules à la famine. Si ce sont les tissus qui possèdent une plus grande vitalité, les parasites meurent faute de nourriture. L'immunité, après une inoculation préventive, consiste en l'accommodation des cellules à l'énergie d'assimilation des parasites; la persistance de l'immunité est due à la transmission héréditaire, d'une génération de cellules à une autre, de cette plus puissante énergie nutritive.

2° *Théorie de Metschnikoff* (2). — Ici le rôle des cellules est encore plus important; elles s'attaquent directement au parasite. — Chaque cellule du corps, selon Metschnikoff (3), vit pour son propre compte à la façon des organismes unicellulaires. Chez les spongiaires, la digestion s'opère dans les cellules (digestion intra-cellulaire). M. Ranvier a montré que la résorption des fibres nerveuses mortifiées s'accomplit à l'aide de cellules amyloïdes qui s'incorporent la myéline. Or, l'action de ces cellules ne s'exerce pas seulement sur les tissus affaiblis ou morts, mais aussi sur les microbes. Chez des daphnies et des ascidies, Metschnikoff a vu des micro-organismes être détruits et digérés par des cellules mésodermiques, telles que les leucocytes du sang et les cellules migratrices amiboïdes du tissu conjonctif. Chez les animaux supérieurs, le rôle de ces cellules qu'il nomme phagocytes est plus compliqué; il en distingue deux espèces : les microphages (leucocytes, cellules migratrices); et les macrophages (cellules fixes, étoilées du tissu conjonctif, épithéliums).

L'introduction de corps étrangers en un point de l'organisme, qu'il s'agisse d'un corps volumineux, comme une écharde, ou de corps microscopiques, comme des microbes, provoque une réaction, en vertu de laquelle les microphages se rassemblent autour du point menacé. Si le corps étranger est constitué par de la poudre de carmin, les granules colorés sont pris par les phagocytes; si l'objet est plus volumineux, il est entouré, enveloppé d'un nombre considérable de ces phagocytes. Ces derniers se fusionneraient souvent pour former les cellules géantes des anatomo-pathologistes.

(1) Sur la théorie des inoculations préventives, *Revue de médecine*, mars 1887, t. VII, p. 177.

(2) *Centralbl. f. Bacter. u. Parasitenkr.*, 1887, nº 2.

(1) *Virchow's Archiv.*, 1881, p. 106.

(2) *Fortschrit. d. medic.*, 1885, nº 17, et *Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1887.

(3) Recherches sur la digestion intra-cellulaire chez les invertébrés, *Rouskaïa medicina*, 1884, nºs 3 à 6.

Les études de Metschnikoff sur l'action des phagocytes dans le charbon (1) et le choléra des poules ont montré que la réaction phagocytaire varie suivant les microbes et suivant les sujets. Si on inocule à un cobaye le microbe du choléra des poules, l'animal survit : une réaction locale se produit ; dans le point inoculé, le pus qui s'est formé renferme des microphages remplis de bactéridies ; on constate *de visu* le rôle thérapeutique des phagocytes. L'inoculation porte-t-elle sur un pigeon, la mort survient sans que les phagocytes aient détruit un seul microbe. La même chose se passe pour le charbon ; une souris ne résiste pas à l'inoculation du virus fort : dans son sang, il existe des milliers de bactéridies libres ; les leucocytes sont inaptes à englober les microbes. Le résultat est tout autre si l'on a employé le vaccin faible de bactéridies, obtenu par la méthode de M. Pasteur : l'inoculation est suivie d'une réaction leucocytaire ; les microbes deviennent la proie des phagocytes et se détruisent dans l'intérieur des cellules. Le même résultat est obtenu avec la bactéridie virulente, si on l'inocule sous la peau de lapins vaccinés antérieurement.

Pour mieux mettre en évidence l'action des phagocytes, Metschnikoff supprime momentanément leur rôle de la façon suivante. De petits sacs cylindriques préparés avec de la moelle de roseau et renfermant des spores de charbon, sont introduits sous la peau d'une grenouille. La lymphe y pénètre, mais non les leucocytes. Or, les bactéridies se conservent vivantes dans le sac avec leur virulence intacte, tandis que si on introduit sous la peau de la même grenouille un morceau de rate, on y rencontre bientôt des bactéridies mortes dans l'intérieur des leucocytes. Les recherches de l'auteur ont abouti à des résultats identiques pour l'érysipèle, la malaria, le typhus récurrent. Dans l'impaludisme les microbes deviennent la proie des phagocytes avec les globules rouges dans l'intérieur desquels ils siègent ou auxquels ils sont accolés. Dans le typhus à rechutes, l'accès dure pendant la vie libre des spirilles dans le sang et cesse quand ils sont détruits par les phagocytes.

Les études sur la relation qui peut exister entre le bacille de Koch et les cellules géantes d'une part, entre les bacilles et les cellules de la lèpre de l'autre, s'adaptent parfaitement à l'idée d'une concurrence vitale entre les microbes et les phagocytes (2). Le rôle prophylactique des phagocytes est donc une règle générale pour tout le règne animal. Chez les espèces supérieures, ces éléments se réunissent en des amas dont l'ensemble forme un véritable système défensif de l'organisme contre les agents infectieux. Ces organes phagocytaires où se produit une migration continuelle de leucocytes (Stohr) sont précisément placés dans les points les plus exposés à l'agression des microbes (amygdales, follicules clos de l'intestin, ganglions bronchiques, etc.), Parmi ces organes, la rate est un des plus importants. Il est habituel de constater l'augmentation de son volume dans les maladies infectieuses. Étant un lieu d'élection à la fois pour les microbes et pour les phagocytes, elle doit forcément jouer un rôle considérable dans la lutte entreprise par l'organisme contre les agents infectieux. Aussi rien d'étonnant à ce que les animaux, auxquels on a enlevé la rate, soient fortement exposés à l'inflammation des poumons (1).

Comment, à l'aide de cette théorie, peut-on expliquer l'immunité naturelle ou acquise ? Les phagocytes auraient la faculté de s'habituer graduellement à dévorer les microbes qu'ils évitaient au début, comme certains animaux s'adaptent à une nourriture qui leur était impropre. L'infection se déclare à la suite d'un refus des phagocytes contre une espèce de microbes (charbon chez les petits animaux) ou d'une dyspepsie des cellules (septicémie des souris, tuberculose, lèpre). Dans ces maladies où les microbes sont englobés sans être détruits, les bacilles se distinguent précisément par la solidité de leur membrane extérieure et la difficulté qu'on a à les colorer (tuberculose). L'immunité par inoculations préventives consiste à habituer les cellules à dévorer une espèce de bacilles qu'elles évitaient avant, et comme toutes les cellules n'ont pas le même pouvoir d'absorption à l'égard des microbes, la théorie phagocytaire de l'immunité revient à dire que le nombre des cellules qui peuvent digérer un microbe est augmenté par suite des vaccinations (2). Si l'on fait application des données précédentes à la rage, on peut supposer que, dans cette maladie, les phagocytes englobent d'emblée les microbes pathogènes, mais sont souvent impuissants à les digérer. Dans ce cas, la rage éclate. Si les microphages accomplissent leur rôle, la morsure n'a pas de suites. Les inoculations préventives, avec des virus de plus en plus forts, habituent un nombre de plus en plus considérable de phagocytes à détruire les microbes rabiques. Certains faits mettent en évidence cette influence du nombre des phagocytes actifs. Il a été démontré par Rodet (3) qu'une spoliation sanguine accroît sensiblement la réceptivité déjà grande du lapin pour le charbon et qu'une saignée faite à des moutons, doués d'une faible immunité, augmente beaucoup leur réceptivité. On comprend fort bien qu'une soustraction de sang affaiblisse la résistance des phagocytes, soit par la disparition d'une partie des leucocytes, soit par les conditions défectueuses de nutrition où les autres phagocytes sont placés. Il est un autre élément susceptible d'entrer en jeu dans la production de l'immunité : c'est la température. Une poule prise à sa température normale de 42 degrés est réfractaire au charbon ; si on la plonge dans l'eau froide, elle perd cette immunité. Rien de plus simple à expliquer avec la théorie phagocytaire. On sait que sous l'influence de la chaleur, les leucocytes acquièrent une mobilité bien plus grande (Max Schultze). Or, si l'augmentation de calorique accroît la puissance de réaction des phagocytes, l'abaissement de température, dans l'expérience précédente, diminue leurs fonctions prophylactiques, sans avoir d'influence directe sur les bactéries.

Voilà pour ce qui est de l'immunité conférée. Quant à l'immunité naturelle, elle résulterait de la transmission par hérédité de l'habitude qu'auraient prise les phagocytes de digérer tel ou tel microbe. On peut bien triompher de l'immunité naturelle, mais ici encore la théorie phagocytaire fournirait une explication satisfaisante du fait. MM. Nocard et Roux ont montré que toute action qui diminue la

(1) *Virchow's Archiv*, 1887, Bd. 107, et *Annales de l'Institut Pasteur*, janvier 1887, p. 42.

(2) Metschnikoff. Sur le rôle phagocytaire des cellules géantes du tubercule, *Virchow's Archiv*, t. CXIII, 1888.

(1) Mosler. Des suites de l'extirpation de la rate, *Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 22, 1884.

(2) Gamaleia. Sur les inoculations préventives de la rage, *Annales de l'Institut Pasteur*, mai 1887, p. 226.

(3) *Contribution à l'étude du charbon bactéridien*, Thèse de Lyon, 1881.

vitalité des tissus dans lesquels on injecte les germes du bactérium Chauvœi facilite leur développement en affaiblissant la concurrence des cellules de l'organisme (1). Il suffit de contondre fortement, par un choc, les muscles de la cuisse d'un cobaye et d'injecter dans le point meurtri du virus atténué qui resterait inoffensif, s'il était introduit dans la cuisse saine, pour que l'animal succombe au charbon symptomatique. On sait que le lapin est presque réfractaire au charbon bactérien ; or, il est un moyen pour vaincre cette immunité de race; il suffit d'injecter, dans un muscle de l'animal, de l'acide lactique en même temps que le virus. Ce traumatisme modifie assez puissamment les cellules pour qu'elles ne puissent plus entraver la germination des spores. Celles-ci se trouvent comme dans un milieu de culture sans défense, elles prospèrent et les bactéries partent de ce foyer pour pénétrer dans le sang. Tous ces faits viennent à l'appui des idées de Metschnikoff; si ces idées ont été si favorablement accueillies, c'est que seules jusqu'ici elles permettent d'interpréter le caractère principal de l'immunité, qui est la durée. La transmission des caractères par hérédité est, en effet, une loi générale de biologie. Rien de surprenant à ce que des éléments cellulaires, qui ont acquis une propriété nouvelle, la transmettent à ceux qui naissent d'eux. Ainsi se conçoivent aisément les cas de vaccination ovulaire dans lesquels l'immunité est transmise au fœtus, à la suite de l'inoculation préventive faite à la mère avant la conception (2). L'immunité acquise n'a pas les mêmes caractères, elle tend à s'éteindre progressivement, et sa durée est parfois si limitée qu'elle peut n'atteindre que vingt-quatre et même quatorze jours [Cornevin (3)]. Qui songerait à s'en étonner, quand on connaît la tendance des rejetons à revenir progressivement au type primitif?

Cette théorie de l'immunité est-elle celle de l'avenir et suffit-elle à tout expliquer? Malheureusement non, et bien des objections ont déjà été formulées contre elle. Biondi (4) a constaté l'immunité des cobayes à l'égard du bacille de la salive, sans avoir jamais trouvé le microbe autre part que dans le sérum sanguin.

Selon von Christmas-Dirckhing (5), les bactéridies charbonneuses, inoculées à des animaux réfractaires, meurent dans le pus sans être incorporées par les globules blancs, et Wyssokowitsch, étudiant le sort des micro-organismes injectés dans le sang d'animaux à sang chaud, n'a jamais pu prendre sur le fait la prétendue aptitude bactériophage des leucocytes. Emmerich prétend même que les phagocytes ne peuvent digérer que les microbes morts : ils seraient les vidangeurs du sang (Klebs).

Il s'en faut donc que la théorie cellulaire explique tous les faits. Son auteur lui-même n'a jamais indiqué qu'elle eût cette prétention. L'insuffisance de chacune des théories précédentes, prise à part, rend compte des tentatives faites pour concilier les théories chimiques et biologiques.

Selon M. Bouchard, à côté de l'altération purement chimique des humeurs, il y a une altération fonctionnelle de la nutrition qui assure la persistance de l'état nouveau créé par la maladie; la modification chimique s'accompagne d'une modification dynamique. Dans cette hypothèse, on peut hériter de l'immunité comme on hérite de la goutte ou de n'importe quel trouble de la nutrition. Elle nous explique toutes les immunités de race, en un mot, presque toutes les immunités héréditaires proprement dites (1). Dans une étude sur la vaccination charbonneuse, Gamaleïa (2) arrive à des conclusions qui ne sont pas de tous points favorables à la théorie phagocytaire. Pour lui, la vaccination charbonneuse est un effet de la vie des vaccins dans le corps des animaux. Cette culture passagère dans le corps a pour effet d'accoutumer l'économie aux produits toxiques dus à la multiplication des agents infectieux. Habituées à ce poison, les cellules ne se paralysent plus par son action et se comportent vis-à-vis de la bactéridie virulente, comme vis-à-vis d'une bactéridie banale ou d'un corps étranger quelconque. Si le rôle des phagocytes est important, leur action est du moins subordonnée aux changements chimiques survenus dans le corps. Les substances vaccinales peuvent être préparées en dehors de l'organisme et l'état réfractaire peut être produit sans qu'il y ait lutte des cellules entre elles. N'est-ce pas là un effort pour mettre d'accord les résultats de la vaccination par éléments figurés avec l'existence de la vaccination chimique, les théories biologiques avec les théories chimiques?

(1) Sur la récupération et l'augmentation de la virulence de la bactérie du charbon symptomatique, *Annales de l'Institut Pasteur*, 1887, p. 257.

(2) Toussaint. Académie des sciences, 1881.

(3) De la gangrène foudroyante et spécialement de son inoculation préventive, *Revue de médecine*, juin 1888, p. 489.

(4) *Die pathog. mikroorgan. d. speichels. Zeitschrift f. Hygiène*, 1887, t. II, p. 104.

(5) Immunité et phagocytose, *Fortsch. f. med.*, n° 53, p. 451.

(1) Dubreuilh. Thèse d'agrégation, 1886.

(2) Étude sur la vaccination charbonneuse, *Annales de l'Institut Pasteur*, octobre 1888, p. 517.

RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS

MODIFICATION DU MANUEL OPÉRATOIRE CONSISTANT DANS LA RÉUNION ET LA SUTURE DES EXTRÉMITÉS DES LIGAMENTS.

Par M. le docteur Doléris, accoucheur des hôpitaux de Paris.

Le raccourcissement des ligaments ronds représente, pour moi, le procédé le plus efficace et le plus dépourvu de dangers que l'on puisse appliquer aux déviations de l'utérus en arrière, lorsque ces déviations ne sont plus passibles que d'un traitement chirurgical. Après avoir essayé de toutes les méthodes, telle est l'opinion que je n'hésite pas à formuler aujourd'hui, après une expérience basée sur un total de cinquante cas à peu près.

Je n'ignore pas qu'il y a des avis hésitants et d'autres absolument contraires au mien, mais il est à croire que la raison de ces dissidences sera aisée à déterminer, lorsque les faits seront publiés avec détail et auront subi le contrôle de la critique.

Les bons résultats que je retire de l'opération tiennent très probablement à l'exécution rigoureuse de certains préceptes et à la combinaison raisonnée du raccourcissement avec diverses autres interventions, presque toutes réparatrices : opérations plastiques sur le vagin, sur le col utérin, sur le parenchyme du corps ou de l'isthme ; joint à cela le traitement direct de la muqueuse malade et indirectement, par ce moyen, traitement des annexes intéressées.

J'ai fait connaître mon procédé d'ensemble à plusieurs reprises, notamment : à la Société de médecine de Paris, au commencement de l'année dernière (j'avais alors 12 cas); à la Société obstétricale et gynécologique, où j'ai présenté

deux malades ; au Congrès de Washington où j'ai lu un mémoire complet avec vingt cas à l'appui, enfin au dernier Congrès français de chirurgie, où j'ai basé mes conclusions sur trente cas que je possédais à cette époque. J'ai lieu de croire que mes publications, entre autres le mémoire lu au Congrès américain, qui a suscité une discussion intéressante, dont les conclusions ont été favorables à l'opinion que je défendais, et qui, depuis, lui a conquis quelques imitateurs, a dû passer inaperçu en France, car j'ai entendu donner comme nouveaux des détails techniques qui sont miens et qui, dans le public des gynécologues, ne me sont point contestés. Je n'aurai pas de peine à mettre ces faits en lumière lorsque le moment sera venu.

Par contre, il est certaines modifications nouvelles qui ne me sont point personnelles et que j'ai pu utiliser dans quelques cas qui me paraissaient favorables.

Je ne ferai que mentionner le procédé d'*incision* conçu par un chirurgien italien, qui consiste à mettre à découvert les deux orifices inguinaux par une incision unique décrivant une ligne courbe à concavité supérieure. La portion moyenne de cette ligne serait parallèle au bord supérieur du pubis et réunirait, à ciel ouvert, les angles internes des deux incisions classiques ; celles-ci seraient représentées par chacune des deux parties extrêmes de la ligne.

Je n'ai vu aucun avantage sérieux à ce procédé et je ne l'ai pas mis en usage, la recherche du ligament m'ayant toujours paru aisée, grâce à deux incisions isolées, même courtes et ne dépassant guère 4 à 5 centimètres.

Il y a quatre mois environ, je parlais avec le professeur Janvrin (de New-York), qui assistait à une de mes opérations, de la possibilité de réunir l'un à l'autre les deux ligaments une fois attirés et sectionnés, dans le but d'assurer la solidité du maintien de l'utérus dans sa nouvelle position, et comme complément aux sutures habituelles des ligaments avec les piliers de l'anneau inguinal. Au dire de Janvrin, cette tentative aurait été faite avec succès, en Amérique, dans une circonstance. C'en fut assez pour me décider à y recourir lorsqu'un cas favorable se présenterait.

J'entendais par là un cas dans lequel la faiblesse et la gracilité des ligaments ne me paraîtraient pas offrir une garantie parfaite de résistance. Je voyais en outre, avec cette addition à mon ancienne méthode, disparaître la nécessité de soutenir fortement la matrice réduite, et de supprimer le tamponnement serré, que je place d'habitude dans le vagin immédiatement après l'opération.

J'ai eu tout lieu de me louer de la modification en question, ainsi qu'on le verra par l'observation suivante. Je ne l'ai trouvé d'ailleurs applicable qu'à ce cas, depuis que j'en ai conçu l'intention. Dans ce fait, les ligaments étaient longs, grêles, et j'estime que les sutures aux piliers ont été très soulagées par la suture additionnelle des bouts sectionnés. L'opération n'est possible que lorsque la longueur des ligaments est assez considérable pour que l'on puisse mettre aisément en contact deux surfaces solides et pleines.

L'observation rédigée par un de mes assistants, M. le docteur Paul Petit, rend compte de tous les détails du manuel. Ce serait donc faire double emploi que de le décrire ici.

Observation. — Mme P..., trente et un ans, cuisinière, vient consulter M. le docteur Doléris au mois d'avril 1888. Un examen rapide permet de constater l'existence d'une rétroversion ancienne compliquée de l'ensemble des troubles habituels à cette affection. Il conseille un traitement d'attente, consistant en irrigations chaudes et en tamponnements vaginaux. Le redressement de l'utérus est pratiqué préalablement.

Deux mois et demi plus tard, la malade revient, décidée cette fois à subir une opération radicale qui la mette à l'abri des accidents dont elle souffre, et qui lui assure la possibilité de continuer son travail.

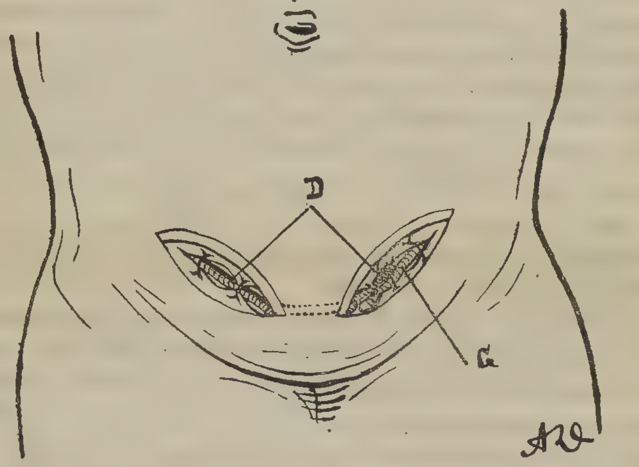
Nouvel examen le 10 juillet.

Antécédents. — Menstruation à quinze ans, sans souffrance. Peu de temps après aménorrhée complète qui dure quatre ans. La fonction se régularise à partir de dix-neuf ans, sans incident aucun.

Mme P... se marie à vingt-deux ans :

1° Elle devient enceinte trois mois après. La grossesse et l'accouchement se passent bien. Il faut noter cependant que le travail s'est établi prématurément quinze jours avant le terme, à la suite d'une chute violente. Les suites de couches ont été normales. La malade s'est levée le neuvième jour et a repris son travail.

2° Enceinte pour la seconde fois il y a trois ans, Mme P... se plaint, au cours de cette nouvelle grossesse, de douleurs à l'hypogastre, avec grandes difficultés dans la marche. Un médecin conseille le port d'une ceinture qui soulage beaucoup la malade en ce sens qu'elle lui permet de continuer un travail pénible, sans trop souffrir. Accouchement à terme. Suites normales. L'accouchée se relève le dixième jour. Réapparition des règles au bout de six semaines.



La figure ci-contre montre la portion interne adhérente du ligament rond du côté droit fixée, par deux points de suture, aux piliers de l'anneau inguinal correspondant, tandis que sa portion libérée et sectionnée suit un trajet sous-cutané long de 4 centimètres environ, figuré par le tracé pointillé, et vient apparaître dans l'incision du côté opposé sous forme d'un tronçon qui est rattaché latéralement au ligament rond du côté gauche par deux sutures.

La lettre D indique les deux segments du ligament droit; la lettre G indique le ligament gauche.

Depuis ce deuxième accouchement les rapports sont très douloureux et suivis chaque fois de pertes sanguines. M. le docteur Perrier traite la malade pendant deux mois par des cautérisations et l'application de tampons glycérinés. Au bout de ce temps il décide la malade, avec l'appui de M. le docteur A. Charpentier, à subir une opération.

La malade entre à la clinique le 12 juillet, suit le traitement préparatoire d'usage (antisepsie du vagin, purgation la veille de l'opération, etc.), et est opérée le 17 juillet.

Chloroformisation. Assistants : MM. les docteurs Bonnet, Petit, Boureau, Trapenard, Verrier.

M. le docteur Doléris pratique successivement :

1° Le curage de l'utérus suivi de l'écouvillonnage et de l'irrigation antiseptique de la cavité utérine ;

2° Une colporrhaphie antérieure et une colpopérinéorrhaphie, suivant des procédés que nous n'avons pas à décrire ici;

3° Le double raccourcissement des ligaments ronds.

M. le docteur Doléris se comporte dans les premiers temps de cette opération comme il a l'habitude de le faire :

a. Incision aussi courte que possible, de 5 à 6 centimètres, partant de l'épine du pubis et presque parallèle à l'arcade crurale ;

b. Dès qu'apparaît l'aponévrose nacrée du grand oblique il abandonne le bistouri pour ne plus se servir que de ses doigts ou d'instruments mousses;

c. Découverte et dégagement des deux ligaments;

d. L'utérus une fois redressé, par un aide muni d'une sonde *ad hoc*, les ligaments sont dénudés le plus loin possible sur une longueur de 9 à 10 centimètres..., etc.

e. Arrivé au temps de la suture, l'opérateur, se trouvant en présence de ligaments assez grêles, imagine, dans le but de consolider leur fixation à la paroi abdominale, la modification suivante au procédé connu : le ligament rond du côté droit est fixé, comme d'habitude, aux piliers de l'anneau inguinal externe du même côté, par trois sutures dont la plus interne et la plus inférieure correspond à l'insertion même des piliers au pubis. Il reste, après la suture, un tronçon libre du ligament long de 6 à 7 centimères, à l'autre angle interne des deux plaies : le tronçon libre du ligament droit, après avoir été coupé à son insertion pubienne, est engagé dans ce conduit par le moyen d'une pince introduite dans l'orifice opposé (gauche) du trajet et portée à la rencontre du bout du ligament droit. Celui-ci est saisi par la pince et ramené dans l'incision gauche. Le ligament gauche est suturé aux piliers correspondants, et le tronçon qui reste libre est réséqué de son extrémité, mise en contact avec l'extrémité du ligament opposé, comme on peut le voir dans la figure ci-dessus. L'accolement et la suture de ces deux tronçons sont pratiqués après avivement préalable des surfaces. Cet avivement est obtenu par une incision longitudinale de 2 centimètres de long, faite de façon à ouvrir le corps muculaire de chacun des ligaments, sur les points destinés à être mis en contact. Suture au catgut. Les deux plaies sont refermées par un double plan de sutures. Drainage.

Suites. — Quelques vomissements dus au chloroforme et un peu d'agitation le premier jour. Absence de fièvre. Pansement et ablation des drains, le 21 juillet.

Le 23 juillet, on enlève les fils de suture des deux plaies abdominales. Plaie gauche complètement cicatrisée. Plaie droite : un peu de rougeur à la périphérie; suintement de sérosité louche au niveau des fils ; les bords de la plaie restent béants sur l'étendue de quelques millimètres, au niveau de l'angle externe de la plaie. On cherche à les rapprocher à l'aide de bandelettes collodionnées. Il n'y a pas de suppuration, mais la réunion de l'angle de la plaie droite n'est pas obtenue.

Le 27 juillet, M. Doléris y introduit un nouveau drain, très étroit, et applique deux sutures au crin de Florence, au point où la réunion a faibli.

Le 30 juillet, on supprime le drain. Quant aux opérations plastique sur le périnée et le vagin, la réunion a été obtenue régulièrement partout. Le septième jour, on a enlevé un fil sur deux au périnée et l'ablation du restant des fils a été faite le onzième jour. Le treizième jour, on enlève les fils du vagin et du col, les deux crins de la suture secondaire de la plaie inguinale droite. Celle-ci est réunie, sauf un trajet minuscule, peu profond, correspondant au passage du dernier drain.

Le 6 août, les parties sont en état de réparation complète. Le trajet est à peu près sec. Périnée cicatrisé. État saburral des premières voies. Purgatif.

Quelque temps après, la malade quitte la clinique, absolument guérie : l'utérus est en antéversion, la station debout et la marche sont aisées, et il n'existe point de sentiment de douleur.

Mme P... est allée pendant quelques mois à la campagne, d'où elle est revenue à la fin du mois d'octobre en santé parfaite et n'ayant à se plaindre d'aucun malaise. Les choses sont restées en l'état, jusqu'ici rien ne vient troubler la guérison. Les menstrues sont régulières, modérées, l'utérus petit et en place, et Mme P... a pu reprendre l'exercice de sa pénible profession.

NOTES CHIRURGICALES

Traitement des ulcères phagédéniques des pays chauds par les pulvérisations antiseptiques. — L'emploi de la pulvérisation est de date récente en thérapeutique. On se rappelle encore la discussion qui suivit, à l'Académie de médecine, la communication de M. le professeur Verneuil sur le traitement de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées.

Aujourd'hui tout le monde, ou à peu près, admet que l'évolution de l'anthrax est abrégée, que l'inflammation est diminuée, et que les douleurs sont amendées par les pulvérisations phéniquées. Quelques anthrax, reposant sur une nappe purulente, sont seuls justiciables d'une ouverture chirurgicale. Les élèves, qui suivent le service de la Pitié, sont suffisamment édifiés sur les bienfaits de la pulvérisation. Les phlegmons diffus des membres, les inflammations septiques du creux ischio-rectal se modifient rapidement et incontestablement sous l'influence de ce nouvel agent thérapeutique.

Comment agit la pulvérisation en cette circonstance, est-ce par la température, par l'humidité constante qu'elle entretient sur la lésion, par la substance antiseptique qu'elle porte avec elle? C'est probablement par ces trois causes réunies que se manifeste son action. M. Nicaise vient, dans un fort curieux travail publié dans la *Revue de chirurgie*, de nous faire connaître les variations de température de la vapeur pulvérisée, suivant la distance où elle se trouve de l'orifice du pulvérisateur. Nous engageons le lecteur, curieux de connaître ce détail, à consulter le travail de M. Nicaise, mais en pratique, il suffit de savoir qu'il faut placer l'appareil à une distance telle, que la température puisse procurer une sensation agréable au malade, ni trop froide si l'appareil est trop éloigné, ni trop chaude si la distance est trop rapprochée.

M. Fontan, qui préfère l'acide borique, comme solution antiseptique, vient d'utiliser les propriétés bienfaisantes de la pulvérisation en l'employant contre les ulcères rebelles, pseudo-membraneux, que l'on observe si souvent dans les pays chauds et contre lesquels échouent presque toujours les médications les mieux conduites.

D'après les *Archives de médecine navale*, qui publient les résultats que M. Fontan a obtenus, ces résultats sont fort encourageants. Les pulvérisations sont faites une ou deux fois par jour pendant une heure ou une heure et demie chaque fois. Dans l'intervalle, l'ulcère est recouvert d'une compresse enduite de vaseline boriquée. Très rapidement la plaie perd son aspect sanieux, la suppuration se tarit, les douleurs diminuent et la cicatrisation s'obtient sans arrêt et dans un temps plus court que par les autres modes de traitement. C'est donc un nouveau succès à l'actif des pulvérisations antiseptiques.

De la suture de la plaie vésicale dans la taille hypogastrique. — Jusqu'en 1886, la réunion immédiate tentée pour fermer la plaie vésicale dans la lithotomie sus-pubienne n'avait guère donné de résultats encourageants. A peine si la réunion par première intention avait été obtenue dans le tiers des cas. Aussi, dans les deux dernières années, avait-on renoncé à cette suture plus dangereuse qu'utile.

Il y aurait, cependant, un avantage immense à fermer rapidement cette plaie vésicale. On éviterait ainsi l'infiltration urineuse, danger encore si fréquent et si redoutable de la taille hypogastrique, on éviterait la persistance d'une fistule urinaire quelque fois observée, et dans tous les cas on abrégerait la durée de la cicatrisation, toujours fort longue. Les succès obtenus, dans la cure de la fistule vésico-vaginale, montrent que c'est aux modes de suture que l'insuccès doit être dû, lorsque la réunion ne réussit pas dans la taille hypogastrique. Pourquoi ne ferait-on pas dans ce cas comme pour l'œsophagotomie externe : suturer à part la muqueuse, si facile à décoller de la couche musculaire, et réunir isolément celle-ci? Les bords de la plaie vésicale, contus

et déchiquetés au cours de l'opération, n'auraient-ils pas besoin d'être avivés ?

Quoi qu'il en soit, le docteur Kendal Francks vient de publier un succès à l'Académie de médecine d'Irlande. Voici le procédé qui fut employé : l'opérateur fit deux rangs de suture au catgut, le premier avec des fils séparés, le second avec un fil continu. La réunion immédiate fut obtenue et, douze jours après l'opération, le malade urinait seul.

Ce succès, tenant certainement à la méthode employée, au soin apporté dans la façon de poser et de serrer les fils, doit encourager de nouvelles tentatives. A. Ricard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 janvier 1889.—Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

COMMUNICATIONS

Des traitements de la fièvre typhoïde. — M. MERKLEN propose de faire une enquête sur les résultats obtenus dans la fièvre typhoïde à Paris, en 1888, par les divers traitements usités, y compris la méthode des bains froids.

M. FÉRÉOL fait observer que, pour avoir une base statistique plus large, il conviendrait de faire porter l'enquête sur l'année 1888 et sur l'année 1889.

Cette proposition est acceptée. (Comm. MM. Féréol, Rendu, Gérin-Roze, Mercklen, Moizard, Troisier et Juhel-Rénoy).

Pleurésies métapneumoniques. — M. TROISIER fait une communication sur ce sujet. C'est, dit-il, la pneumo-pleurésie de Woillez, celle qui se montre après la défervescence et pendant la période de résolution de la pneumonie. Woillez prétend qu'elle est insidieuse, grave, et presque toujours purulente. Je crois qu'elle est assez souvent séro-fibrineuse, de courte durée et bénigne. Voici trois observations qui me paraissent très probantes, puisque dans les trois cas l'épanchement s'est résorbé en quinze à vingt jours. J'ai observé aussi un cas de pleurésie purulente métapneumonique qui avait toutes les allures d'une maladie infectieuse grave; le malade guérit rapidement après la thoracentèse et trois vomiques. Ces pleurésies sont des manifestations infectieuses de la pneumonie, comme l'endocardite et la méningite. Cette interprétation peut être admise pour les pleurésies séro-fibrineuses aussi bien que pour les purulentes. M. Netter a montré que ces dernières sont à pneumocoques (*Soc. anat.*, 1887).

M. RENDU, étant l'interne de Gubler, lui a entendu dire bien souvent qu'il n'était presque pas de pneumonie qui ne fût accompagnée d'un léger exsudat pleurétique se terminant presque toujours par résolution. Il a vérifié souvent depuis l'exactitude de cette opinion de Gubler et il croit que, sur trois ou quatre pneumonies, il en est une, au moins, accompagnée d'une pleurésie légère et bénigne. Sur ce point, il se range donc à l'avis de M. Troisier. Pour les pleurésies purulentes succédant aux pneumonies, c'est une autre question. Pour les trouver, il faut les bien chercher, car souvent elles évoluent insidieusement, presque même sans signes objectifs. Il y a bien un peu d'engouement pulmonaire, mais on le met naturellement sur le compte de la pneumonie qui vient d'évoluer. A part ça, ni œgophonie, ni bronchophonie, ni pectoriloquie aphone. Aussi, quand M. Rendu soupçonne une pleurésie de ce genre, il fait, au dixième jour environ de la pneumonie, une ponction exploratrice, et il ramène souvent du pus.

Cette ponction de précaution et d'exploration n'est pas indifférente pour le pronostic final, car, si on fait l'empyème de bonne heure, la guérison est alors rapide. Il pourrait bien apporter douze à quinze cas à l'appui de cette manière de voir.

M. COMBY a observé, l'an dernier, trois cas qui donneraient raison à l'opinion de Woillez sur la gravité des pleurésies succédant à des pneumonies. Dans les trois cas, une ponction exploratrice et évacuatrice n'ayant donné que des résultats insignifiants, il fallut recourir à la pleurotomie. Une fois, cette opération amena une guérison rapide, mais, dans les deux autres observations, une fistule persista. Il est vrai que dans le premier cas la pleurotomie avait été précoce, et parfaitement antiseptique, tandis qu'il n'en avait pas été tout à fait de même dans les deux autres cas.

M. HAYEM a vu se développer, chez une nouvelle accouchée, une pleurésie purulente méta-pneumonique, avec la marche très insidieuse dont vient de parler M. Rendu. Il fit simplement une ponction, qui ramena un litre et demi de liquide purulent. La guérison, et une guérison complète, s'ensuivit.

Ce fait de guérison par une simple ponction, et dans des conditions de puerpéralité, n'a évidemment que la valeur d'un cas isolé, mais enfin il suffit pour montrer que les pleurésies purulentes méta-pneumoniques peuvent avoir des évolutions fort différentes.

De la pleurésie purulente consécutive à la pneumonie et de la pleurésie pneumococcique primitive. — M. NETTER fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

PRÉSENTATION DE MALADE

Des crises gastriques non tabétiques. — M. DEBOVE. Les crises gastriques de l'ataxie locomotrice peuvent se montrer en dehors de toute lésion du système nerveux. M. Debove présente un malade qui en est un exemple. Il a cinquante-six ans, il est forgeron. Bien portant jusqu'en juillet 1880, il reçut alors un coup violent sur le côté droit du thorax, et perdit connaissance pendant vingt-quatre heures. Il n'y avait cependant pas de fracture. Il attribue ses crises gastriques à cet accident, bien qu'elles ne soient survenues que deux ans plus tard.

En dehors de ses crises, il ne présente qu'une certaine faiblesse (neurasthénie traumatique), et quelques troubles gastriques peu importants.

Les crises reviennent tous les deux, trois, quatre mois, et durent de trois à six jours. Leur point de départ paraît correspondre au pylore. La douleur est littéralement atroce et irradie entre les deux épaules, mais nulle part ailleurs. Elle s'accompagne de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux et muqueux, et très abondants (parfois le volume d'une cuvette entière).

Ventre rétracté, constipation, visage cyanosé, voix éteinte, crampes dans les membres. Plusieurs fois, on a cru la mort imminente. Les injections sous-cutanées d'éther ont paru alors rendre grand service.

Par la violence de la douleur, les vomissements incoercibles et l'intégrité presque complète des fonctions de l'estomac dans les intervalles des crises, ces dernières rappellent absolument l'ataxie locomotrice ; et cependant le malade n'a pas un seul symptôme de cette maladie.

L'intégrité des réflexes tendineux, après quatre ans, rend bien peu probable l'hypothèse d'une ataxie fruste. De même on ne peut songer ni à l'ulcère, ni au cancer de l'estomac, ni à des crises hépatiques ou néphrétiques.

Resterait la supposition d'une névralgie de l'estomac, intéressant le pneumogastrique ou le sympathique. Mais nous ne savons pas grand'chose sur les névralgies de ce genre.

On remarquera que la cyanose, les crampes, la rareté des urines, rappellent ce que l'on observe dans le choléra. Comme ces phénomènes tiennent à la concentration du sang par les évacuations alvines dans le choléra, ils peuvent s'expliquer semblablement dans le cas de ce malade par l'abondance des vomissements, d'autant que la perte de liquide ne peut être réparée tant que dure la crise.

Bien qu'exceptionnels, les faits de ce genre se rencontrent encore quelquefois.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé mercredi soir 16 janvier 1889, par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite :

A. *Internes titulaires.* — 1. MM. Arrou, Cestan, Rénon, Terson, Vercoustre, Pineau, Chavane, Triboulet, Papillon, Nageotte.

11. Rochon-Duvignaud, Gauthier (Jean), Leblond, Goupil, Maurel, Bataille, Cartier, Berdal, Faure-Miller, Sainton.

21. Calbet, Ettlinger, Souplet, Willemin, Appert, Benoit, Bergé, Mlle Wilbouschewitch, Bardol, Soupault.

31. Claisse, Mendel, Leredde, Jacob, Ehrhardt (Pierre), Lamy, Nicolle, Debayle, Breton, Vialet.

41. Basset, Matton, Blaise, Gastou, Renault, Gilis.

B. *Internes provisoires.* — 1. MM. Lovy, Camescasse, Delaunay, de la Nièce, Bureau, Bernheim, Dufournier, Legrand, Thiercelin, Gauthier (Charles).

11. Barrié, Bonneau, Rancurel, Sabouraud, Baudron, Cautru, Vassal, Pompidor, Glover, Dudefoy.

21. Baillet, Guitton, Dupasquier, Béchet, Sorel, Perruchet, Degueret, Souligoux, Michel, Morax.

31. Bouel, Brésard, Piole, Dubrisay, Huguenin, Marx, Veslin, Malapert, Caryaphyllis, Trékaki.

41. Dominguez, Martin-Durr, Saguet, Binaud, Aubert, Auscher, Potier, Laurent-Préfontaine, Ehrhardt (Christian), Mignot.

— Les dernières questions traitées au concours de l'internat sont les suivantes :

« Veine cave inférieure, causes, symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. — Muqueuse de l'intestin grêle, colique de plomb. — Nerf cubital, panaris. — Muscles intrinsèques du larynx, laryngite striduleuse. — Vertèbres dorsales, symptômes et diagnostic du mal de Pott. »

— MM. les internes et externes en médecine et en chirurgie, actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition, dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1889.

En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au chef-lieu de l'administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées :

A MM. les internes de deuxième, troisième et quatrième années, le mardi 22 janvier, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3; à MM. les internes de première année et à MM. les internes provisoires, le mercredi 23 janvier, à une heure et demie.

A MM. les externes de deuxième et troisième années, le jeudi 24 janvier, à une heure; à MM. les externes de première année (première moitié de la liste), le vendredi 25 janvier, à une heure; (deuxième moitié de la liste), le samedi 26 janvier, à une heure.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un concours, pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central, s'ouvrira le mercredi 27 février 1889, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria.

Les inscriptions sont reçues de midi à trois heures, du lundi 28 janvier au lundi 11 février 1889.

— *Corps de santé militaire.* — Par application du titre VII de la décision ministérielle du 18 avril 1888, et de l'article 15 du décret du 22 novembre 1887, les élèves du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, sont nommés à l'emploi de médecins stagiaires à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, pour prendre rang aux dates suivantes de l'année 1888 :

MM. Millard, 17 décembre. — Janot, 9 novembre. — Arnould et Trouillet, 23 décembre. — Benoît, dit Beker, 3 décembre. — Legrain, 21 décembre. — Michaud, 3 décembre. — Beigneux, 8 décembre. — Rouchaud, 24 décembre. — Thérault, 10 novembre.

MM. Faivre, 18 décembre. — Huguet, 12 décembre. — Castaing, 22 novembre. — Coste, Sturel et Claude, 9 novembre. — Gontier, 27 novembre. — De Viville, 10 novembre. — Destrez, 19 décembre. — Berger, 17 novembre.

MM. Vigerie, 24 novembre. — Ribière, 27 décembre. — Sire, 9 novembre. — Rossignot, 10 novembre. — Gilliard, 7 décembre. — Puech, 9 novembre. — Donnadieu, 10 novembre. — De Langenhagen, 9 novembre. — Dormand, 26 décembre. — Lenoir, 12 novembre.

MM. Lanusse-Trousse, 10 décembre. — Ollier de Vergèze, 13 novembre. — Séguret, 9 novembre. — Blanc, 18 décembre. — De Guénin, 24 décembre. — Couturier, 29 novembre. — Niclot, 8 décembre. — De Schuttelaëre, 25 décembre. — Claoué, 9 novembre. — Lesur, 11 novembre.

MM. François, 23 décembre. — Laine et Arnavielhe, 9 novembre. — Barrier, 9 décembre. — Loustalot, 25 décembre. — Mignon, 14 novembre. — Laborderie, 25 décembre. — Tournier, 9 novembre. — Viguier, 7 décembre. — Chéreau, 8 décembre. — Verdierre, 6 décembre. — Guirlet, 9 novembre.

— Par décision ministérielle, en date du 14 janvier 1889, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont reçu les affectations ci-après indiquées :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Aubertin, pour le 22e dragons; Boilaud, pour le 51e d'infanterie; Mary, pour le 100e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de première classe Descubes, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

— *Faculté de médecine de Paris* — 1° Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après désignées :

Pour le deuxième examen de doctorat (première partie) jusqu'au mardi 19 mars inclusivement ; pour le deuxième examen de doctorat (deuxième partie) jusqu'au mardi 16 avril inclusivement.

Pour le troisième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 16 avril inclusivement; pour le troisième examen de doctorat (deuxième partie), jusqu'au mardi 21 mai inclusivement.

Pour le quatrième examen de doctorat, jusqu'au mardi 4 juin inclusivement.

Pour le cinquième examen de doctorat (première et deuxième parties), jusqu'au mardi 25 juin inclusivement.

Pour les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 25 juin inclusivement.

Pour les thèses, jusqu'au mardi 9 juillet inclusivement.

Officiat. — Pour le premier examen, jusqu'au mardi 11 juin inclusivement; pour le deuxième examen, jusqu'au mardi 18 juin inclusivement; pour le troisième examen, jusqu'au mardi 25 juin inclusivement.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement observées.

Les élèves ajournés après le 8 juin, à un examen, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 11 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

Pour éviter des erreurs dans les convocations et par suite des retards souvent préjudiciables, les candidats sont priés d'indiquer exactement : 1° l'examen pour lequel ils consignent (nature de l'examen et partie s'il y a lieu, épreuve pratique ou orale); 2° la date du dernier échec, s'il y a lieu; 3° leur nom et un prénom; 4° leur adresse très lisible.

Il est interdit aux candidats ajournés à un examen de consigner, si ce n'est que quinze jours avant l'expiration du délai d'ajournement. Ces candidats sont tenus de déclarer la date du dernier échec en marge du registre sur lequel ils s'inscrivent.

Nous rappelons que les bureaux du secrétariat sont transférés dans les nouveaux bâtiments de la Faculté de médecine.

Les guichets 3 et 4 sont ouverts pour les consignations, les lundi et mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

Guichet n° 3 : déclaration d'inscriptions et de consignations, se présenter ensuite au guichet n° 4 pour la signature des registres.

Guichet n° 4 : signature des registres de déclaration d'inscriptions et de consignations.

— Un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes au 1er juillet 1889 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 18 mars 1889, à deux heures précises, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47.

Les élèves, qui désireront prendre part à ce concours, seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le vendredi 1er février 1889, jusqu'au jeudi 28 du même mois, inclusivement.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bourse, ancien médecin principal de la marine, à Brest.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences, aura lieu dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 14, rue des Poitevins, le samedi 26 janvier, à huit heures et demie très précises du soir : « Les exercices physiques dans l'éducation », par M. Pierre de Coubertin, secrétaire de la commission d'organisation des Congrès pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

99

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

50

LANOLINE LIEBREICH

La seule absolument libre d'acide, sans odeur, ne rancissant pas. Seul excipient absorbant son poids d'eau et se mêlant avec toutes les autres graisses.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline, Usine du Tremblay, à Creil (Oise).

Paris, 31, rue des Petites-Ecuries, Paris.

33

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. — Laroche

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phie Rogé-Cavaillès,** 9, r. du 4 Septembre, Paris.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE.

47

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

14

Nous avons l'honneur d'appeler l'attention de MM. les Pharmaciens et Droguistes sur quelques nouveaux médicaments.

PHÉNACÉTINE-BAYER

Excellent antipyrétique et antinévralgique, qui se distingue des autres préparations du même groupe par son manque complet d'odeur et de goût. La pureté de la **Phénacétine Bayer** est prouvée par son point de fusion, qui se trouve être toujours à 131°,5 C.

SULFONAL-BAYER

Somnifère efficace, nullement narcotique, soutient le besoin naturel du sommeil là où ce besoin existe et le crée où il n'existe pas. Sans action sur le cœur ou le système vasculaire, son manque d'odeur et de goût offre un avantage d'une très grande importance dans la thérapie psychiatrique. Nous mettons dans le commerce le **Sulfonal-Bayer** en cristaux incolores à un point de fusion de 125 à 126° C. La pureté du produit, livré dans des flacons, cartons et sachets, est garantie par un contrôle permanent d'autorités scientifiques et compétentes.

S'adresser pour les demandes à M. Jean Kahrés, 19, rue d'Enghien, Paris, représentant dépositaire de Farbenfabriken vorm. F. Bayer et Cᵒ, à Elberfeld, et aux principales maisons de droguerles. — La vente est interdite aux Etats-Unis de l'Amérique du Nord.

66

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

PEPTONE DEFRESNE

Première admise, après analyse, dans les Hôpitaux de Paris.
Adoptée officiellement par la Marine.

Elle se recommande par son pouvoir nutritif intense puisqu'elle contient :

25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote;
0,69 p. 100 d'Acide phosphorique,
0,71 p. 100 Fer et Bases Alc. terr.

En outre, la **Peptone Defresne** se distingue par son goût savoureux ; à la dose d'une cuillerée à bouche à la fois (40 gr. viande) dans un peu d'eau tiède et salée, elle donne un bouillon *succulent et exquis*.

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour. — Le flacon : 5 fr.

VIN—POUDRE—CHOCOLAT—ELIXIR.

Defresne, auteur de la Pancréatine.
2, rue des Lombards, Paris et tᵗᵉˢ pharmacies.

21

PHTHISIE, BRONCHITES ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génᵃˡ : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

91

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie*, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes*, on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne.**

Verne, Grenoble, et phies, France et étranger.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

46

THE DE CHINE ET DES INDES

MARQUE DÉPOSÉE. **LE DÉLICIEUX** MARQUE DÉPOSÉE.

de **E. THIBAULT,** importateur, Nantes.

Le **Thé LE DÉLICIEUX** est exclusivement composé de thés noirs de qualités extra-supérieures et choisies avec le plus grand soin. Il mérite d'être recommandé :

A toutes les personnes soucieuses de leur santé, si elles doivent en faire usage comme tonique, stimulant ou stomachique ;

A toutes les personnes en général faisant un usage journalier de cette boisson et qui peuvent, plus que toutes les autres, en apprécier la finesse et le parfum délicat ;

Enfin à toutes les maîtresses de maison ayant à cœur de bien traiter leurs invités.

Dépôt général : A Nantes, E. Thibault, 15 et 19, r. Saint-Léonard. — *Gros :* A Paris, Michelat et Lesueur, 9, r. des Guillemites. — *Détail :* Tᵗᵉˢ phies.

31

ANTIPYRINE DU Dʳ KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**g.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

74

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dʳ CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : 4 fr. le flacon.*

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

39

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

Nº 9. — MARDI 22 JANVIER 1889. 62e ANNÉE. MARDI 22 JANVIER 1889. — Nº 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Ostéo-sarcome du tibia ayant déterminé deux fractures de cet os à un an d'intervalle; amputation de la cuisse au tiers inférieur; guérison.

(Observation recueillie par M. VALAT, interne des hôpitaux.)

Le nommé Édouard V..., âgé de soixante et un ans, journalier, entre le 27 septembre 1887, à la salle Michon, lit nº 28.

Antécédents héréditaires : père mort à quatre-vingt-quatre ans. Mère morte à cinquante-neuf ans d'une tumeur du ventre. Un frère bien portant, soixante-six ans. Une sœur morte à quarante-deux ans de ??

Les antécédents personnels d'Édouard V... sont excellents. Cet homme, doué d'une forte constitution, n'a aucune maladie grave. Il y a sept ans, il a eu une entorse de l'articulation tibio-tarsienne gauche.

Au mois de septembre 1886, ont éclaté, sans cause connue, des douleurs lancinantes dans le tibia gauche. Elles augmentaient dans la journée, sous l'influence de la marche, pour cesser complètement la nuit.

En novembre 1886, par un faux pas en descendant d'un trottoir, Édouard V... s'est fracturé la jambe gauche au tiers inférieur. Après un traitement de six semaines à l'hôpital Cochin, il a eu son exeat, mais depuis l'accident il n'a pu se servir de la jambe gauche, et n'a marché qu'au moyen d'une béquille.

En septembre 1887, apparition sur la face interne du tibia, à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, d'une tumeur du volume d'une noisette.

Au mois de décembre 1887, Édouard V... se fracture de nouveau la jambe gauche au même endroit, en descendant de son lit. Cette fois il entre à la Pitié, dans le service de M. le professeur Verneuil. Le membre fracturé est placé dans une gouttière plâtrée.

Le 12 février 1888, la jambe gauche présente au niveau de son tiers supérieur une tumeur du volume d'un œuf de dinde. Le néoplasme, formé de deux grosses bosselures, se confond par sa base avec la face interne du tibia qu'il recouvre dans l'étendue de 7 à 8 centimètres. En haut il remonte jusqu'à trois travers de doigt de l'articulation du genou. Les téguments qui recouvrent le néoplasme sont violacés et parcourus par de nombreuses veinosités.

La tumeur est rénitente et demi-fluctuante; elle est complètement immobile et paraît soudée à la face interne du tibia; en aucun point de sa surface elle ne présente la crépitation parcheminée. La palpation et la pression ne provoquent qu'une douleur insignifiante. En appliquant la main sur la tumeur, on constate que sa température est manifestement plus élevée que celle des parties voisines.

Le reste du tibia est sain. Aucune tuméfaction dans le creux poplité; les ganglions de l'aine sont normaux.

Les phénomènes douloureux ont précédé l'apparition de la tumeur. Au début, passagers et insignifiants, ils ont, dans la suite, augmenté d'intensité, et depuis trois mois environ ils troublent le sommeil.

M. Verneuil, tenant compte des caractères de la tumeur, des douleurs lancinantes et des commémoratifs (fracture du tibia à la suite d'un traumatisme insignifiant; impotence du membre malgré une consolidation régulière), porte le diagnostic d'ostéosarcome. Cependant, malgré sa grande expérience, avant de prendre le bistouri, il soumet, pendant quinze jours, le malade au traitement par l'iodure de potassium. Devant l'insuccès de ce médicament, l'amputation de la cuisse est décidée.

Le 13 février 1888. Amputation au tiers inférieur de la cuisse. Taille de deux lambeaux antérieur et postérieur égaux. Ligature des artères à la soie phéniquée. Les lambeaux sont fixés l'un à l'autre par quatre à cinq sutures au crin de Florence. Pas de réunion complète. Un gros drain est placé transversalement à la base des lambeaux. Pansement de Guérin.

Le 20 février. On renouvelle le pansement sous le spray. Les pièces du pansement souillées par le pus sont presque inodores. Ablation des quatre points de suture.

Le 28 février. Troisième pansement. Suppuration presque tarie. Le drain est supprimé.

Le 2 mars. Quatrième pansement. Réunion sur une grande partie de la plaie.

Les 8, 12 mars. Cinquième et sixième pansements. Les fils de ligature tombent; les deux extrémités de la plaie sont les seuls points non encore cicatrisés.

Le 20 mars. Le malade part pour Vincennes. Le moignon est très régulier, mobile, bien matelassé; la cicatrice terminale ferait croire à une réunion par première intention, n'étaient deux points cicatriciels de la dimension d'une pièce de 50 centimes, situés aux deux extrémités de la cicatrice.

Les suites de l'opération ont donc été des plus bénignes, la température n'a pas dépassé 37°5, et le malade n'a pas perdu, un seul jour, ni l'appétit ni le sommeil.

Dissection de la pièce le jour de l'opération : les téguments qui recouvrent la tumeur sont amincis et ne présentent aucune adhérence avec cette dernière.

Les muscles, les vaisseaux et les nerfs de la gouttière antérieure

de la jambe sont refoulés par le sarcome mais n'ont pas subi de dégénérescence.

A l'aide des ciseaux et du bistouri j'isole soigneusement la tumeur des parties voisines, puis je dépouille avec la rugine le tibia de toutes les parties molles. Il est ainsi facile de se rendre un compte exact du néoplasme et du siège des deux fractures.

L'ostéo-sarcome (1) présente le volume d'un œuf de dinde. Il est accolé par sa base sur la face interne du tibia dont il recouvre environ 7 à 8 centimètres remontant à trois travers de doigt du plateau tibial. Sa surface est irrégulière, bosselée, grisâtre, et de consistance à peine supérieure à celle d'un cerveau frais. Elle est limitée par une capsule fibreuse, qui l'environne de toutes parts et l'isole des parties voisines. A la périphérie de la tumeur la capsule fibreuse se confond intimement avec le périoste.

Sur la face postérieure du tibia, existe une saillie sarcomateuse du volume d'un œuf de pigeon et indépendante de la masse principale.

Sur une coupe longitudinale du tibia, on constate que le canal médullaire est envahi par le néoplasme dans le tiers de son étendue ; et que les deux champignons décrits ci-dessus n'y sont que des prolongements ayant perforé la diaphyse.

La partie intra-médullaire remonte très près du plateau tibial et en bas descend notablement au-dessous de la partie extra-médullaire. Dans toute cette étendue les parois de la diaphyse présentent à peine la moitié de leur épaisseur normale.

Les deux traits de fracture sont situés à un travers de doigt environ au-dessous du champignon de la face externe et séparés environ l'un de l'autre d'un centimètre et demi. Ils sont représentés chacun par une ligne horizontale, à peine irrégulière, le trait inférieur semble le plus récent. La consolidation de ces deux fractures a donc eu lieu d'une manière tout à fait normale.

Le reste du tibia et le péroné sont sains.

Je n'ai relevé aucune autre lésion dans le segment du membre enlevé.

L'examen histologique a été pratiqué par M. Clado, chef du laboratoire de M. Verneuil. Voici textuellement les quelques lignes qu'il m'a remises à ce sujet : « Sarcome fasciculé fuso-cellulaire. Il y a peu de nids de cellules rondes. Sur plusieurs points on trouve des cellules géantes à plusieurs noyaux. En somme, ce sarcome présente les caractères de ceux qui se développent aux dépens des os. Une autre particularité à noter, c'est l'absence totale de vaisseaux dans les coupes qui ont été examinées.

Le sarcome est recouvert à sa surface par une capsule composée principalement de tissu fibreux. »

Nous ferons suivre cette observation de quelques remarques :

1° Nous trouvons ici, comme dans la plupart des cas de ce genre, un début très insidieux. La tumeur n'a été appréciable à la palpation qu'un an après la première fracture. Il est donc certain que le sarcome a débuté dans la moelle.

2° La difficulté du diagnostic est grande tant que le néoplasme reste dans le canal médullaire. Néanmoins la facilité avec laquelle s'était produite la première fracture, les douleurs lancinantes qui l'avaient précédée, et l'impotence du membre malgré une consolidation en apparence régulière, auraient dû, dès le début, faire soupçonner l'existence de la tumeur.

3° Il est digne de remarque, que, pour les deux fractures, malgré le voisinage de l'ostéo-sarcome, le cal s'est formé d'une manière parfaite.

4° Sur la coupe de ce tibia, on pouvait constater une fois de plus combien est juste le précepte chirurgical qui recommande d'amputer dans la contiguïté les membres atteints d'ostéo-sarcome. Le canal médullaire du tibia était envahi, en effet, sur une étendue plus grande que n'aurait pu le faire supposer la partie extérieure de la tumeur.

5° L'articulation du genou, et l'extrémité inférieure du fémur ne présentant aucune lésion, *il y a lieu d'espérer une guérison sinon définitive*, tout au moins un répit de longue durée.

P.-S. — Le malade a été revu le 12 octobre. Le moignon est excellent. Édouard V... marche sur le pilon une bonne partie de la journée, sans éprouver de douleur ; sa santé est redevenue florissante.

(1) La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

DE LA PLEURÉSIE PURULENTE

CONSÉCUTIVE A LA PNEUMONIE ET DE LA PLEURÉSIE PNEUMOCOCCIQUE PRIMITIVE

Par M. le docteur NETTER.

Au cours et à la suite de la pneumonie lobaire, on voit parfois se développer du même côté un épanchement pleurétique. Pour désigner cette complication, on peut, comme Gerhardt, se servir du terme de pleurésie métapneumonique, préférable, croyons-nous, à celui de pneumopleurésie employé par Woillez.

La pleurésie métapneumonique, signalée dans la plupart des traités de pathologie, n'a pas été jusqu'ici l'objet de beaucoup de travaux spéciaux. L'étude présente est basée sur l'analyse de 316 observations, dont 6 personnelles.

Dans le plus grand nombre des cas, lorsque l'épanchement acquiert une certaine proportion, il a le caractère purulent. Woillez (1872), Reisz (1879), Gerhardt (1881), Guillon (1883), Leyden (1885), Mazotti (1887), Penzoldt (1888), ont successivement signalé cette particularité qui, cependant, n'est pas assez connue. Nous avons nous-même, en diverses occasions, depuis 1883, indiqué notre manière de voir au sujet de ces pleurésies.

L'empyème métapneumonique, qui seul nous occupera, doit être absolument distingué des autres pleurésies purulentes, non seulement à cause de son étiologie, mais surtout parce qu'il possède des caractères spéciaux, aussi bien au point de vue de la marche et du pronostic, qu'à celui des symptômes et des lésions.

Il succède plus volontiers aux pneumonies longues et graves. Il est plus fréquent chez les sujets âgés de moins de trente ans. On l'observe plus souvent dans les pays du Nord.

Ordinairement l'empyème métapneumonique procède par séries, et ces séries s'observent aux moments où les pneumonies sont particulièrement fréquentes et graves.

Le pus de ces empyèmes est plus épais, verdâtre, crémeux, visqueux. Il renferme peu de sérum. Des fausses membranes fibrino-purulentes flottent dans ce liquide. Des membranes de même nature tapissent les feuillets pleuraux et peuvent amener le cloisonnement, l'enkystement de ces épanchements. Dans le plus grand nombre des cas, le poumon est plus altéré et récupère facilement ses caractères physiologiques quand l'épanchement disparaît.

L'empyème métapneumonique se manifeste avant la fin de la pneumonie dans plus du tiers des cas. Dans les autres, il ne paraît qu'après la résolution.

Il peut y avoir apyrexie de plusieurs jours après défervescence très nette. Plus souvent la crise n'est pas franche et l'apyrexie est incomplète. Ces trois modes de début ne sont pas spéciaux à l'empyème métapneumonique, mais peuvent s'observer dans d'autres complications de la pneumonie.

Le début même de la pleurésie est rarement aigu, solennel. Il est généralement insidieux. La fièvre se comporte d'une façon variable. Elle manque parfois. Elle n'a point le caractère intermittent pyohémique qu'elle présente dans un certain nombre d'autres pleurésies purulentes.

La pleurésie métapneumonique est souvent partielle, limitée à un espace interlobaire en sommet à la base. Elle peut être latente.

L'œdème des parois n'est signalé que dans un petit nombre de cas.

La maladie peut se terminer par résolution. Nous possédons de ce cas une observation personnelle.

Dans plus du quart des cas, il se produit une perforation du poumon et des bronches, d'où vomique avec ou plus souvent sans production de pneumothorax. Cette perforation a lieu généralement à la fin du premier mois. Elle doit être considérée comme un caractère spécial de la pleurésie métapneumonique, et comme un mode naturel de guérison. Un certain nombre d'observations montrent, en effet, que ces vomiques suffisent à amener la guérison.

L'usure des parties molles recouvrant la plèvre et la production d'un empyème de nécessité peuvent être observées dans la pleurésie métapneumonique. Elles ne paraissent pas y être plus fréquentes que dans les autres pleurésies.

En dépit de ces efforts naturels de la maladie vers la guérison, la pleurésie métapneumonique est, avec raison, le plus souvent l'objet de traitements ayant pour but d'amener l'évacuation du pus.

Ces traitements, quels qu'ils soient, sont presque toujours suivis de guérison.

A ce point de vue, l'empyème métapneumonique diffère notablement des autres pleurésies purulentes. Les mêmes opérateurs, au moyen des mêmes méthodes, ont 2 ou 3 décès p. 100 dans le premier cas, 25 p. 100 dans le second.

Cette bénignité relative, qui constitue le trait capital de la pleurésie métapneumonique, est expliquée par le fait que cette pleurésie est due à des organismes spécifiques différents de ceux de la suppuration ordinaire. Elle est, en effet, déterminée par le microbe même de la pneumonie, le pneumocoque. Ce microbe ne produit pas ordinairement de lésions profondes. Sa vie est courte dans le corps humain comme dans les tubes à culture.

Nous possédons cinq observations personnelles démontrant l'exactitude de notre proposition. Nous pouvons invoquer aussi six observations de Frænkel et une observation moins complète de M. Rendu.

Dans une pleurésie purulente consécutive à la pneumonie, d'autres espèces parasitaires peuvent être rencontrées en même temps que le pneumocoque ; celui-ci peut même avoir disparu au moment de l'examen. Dans ce cas, l'empyème métapneumonique ne se comportera pas d'une façon aussi bénigne et nécessitera un traitement plus énergique.

Ces considérations imposent les règles à suivre dans le traitement.

Pour l'empyème métapneumonique, ne renfermant que des pneumocoques, il suffira de faire une ou plusieurs ponctions. Ce traitement est peu dangereux et permet un retour assez rapide et complet du poumon à ses qualités physiologiques. Il n'expose pas aux infections secondaires.

Pour l'empyème métapneumonique dans lequel les microbes pyogènes ou d'autres sont venus se joindre aux pneumocoques, la thoracotomie est, au contraire, nécessaire et il faudra y recourir sans tarder.

Ce que nous avons établi pour l'empyème métapneumonique à pneumocoques, peut s'appliquer en tous points à l'empyème pneumococcique primitif, dont nous avons démontré l'existence.

L'empyème pneumococcique est surtout fréquent chez les enfants. Ainsi s'explique la bénignité relative de la pleurésie purulente à cet âge.

Les pleurésies purulentes primitives à pneumocoques ne sont également reconnues que par l'examen bactériologique. Nous en avons réuni dix observations personnelles.

PLACENTA PRÆVIA

EXPULSION DU PLACENTA AVANT L'ENFANT ; ENFANT MORT GUÉRISON DE LA MÈRE

Par M. le docteur Coulhon (de Montluçon),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La parturition s'accomplit, comme on le sait, en deux temps séparés par un intervalle variable.

Le premier temps, qui commence avec les douleurs, finit à la naissance de l'enfant ; c'est l'accouchement proprement dit.

Le deuxième, qui n'est que le complément du premier, consiste dans l'expulsion des annexes du fœtus ; c'est la délivrance (*expulsio secundaris*).

Ceci posé, ne peut-il pas arriver, par un renversement de l'ordre physiologique, que les deux temps soient intervertis et que la délivrance précède l'accouchement d'un laps de temps relativement prolongé, *sans accidents pour la mère ?*

La réponse à cette question est contenue dans la relation du fait suivant, qui se recommande par son étrangeté à l'attention des praticiens.

Mme V..., déjà mère de neuf enfants, arrive le 13 octobre au terme de sa dixième grossesse.

Cette femme, âgée de quarante-trois ans, grande, grosse, forte, merveilleusement conformée pour la reproduction, est poursuivie, depuis le début de cette dernière grossesse, par des pressentiments sinistres. Elle se désole, se lamente, ne parle que de son malheur, et croit à sa fin prochaine. Ces craintes, que rien ne justifie, semblent trouver, depuis quelque temps, un fondement dans un état morbide particulier. Mme V... est en proie, depuis une dizaine de jours, à une douleur gastralgique, d'une violence extraordinaire. Cette douleur, doublée d'une rachialgie intense, qui revient surtout la nuit, lui enlève tout sommeil, l'énerve, l'épuise et la désespère.

En vain, les sédatifs de tout genre, les narcotiques, les anesthésiques lui sont administrés ; le mal résiste, après avoir paru d'abord céder à de fortes doses de sulfate de quinine.

C'est dans ces conditions de souffrance physique et morale, que les premières douleurs de la parturition se font sentir, le 13 octobre, à dix heures et demie du soir.

On envoie chercher une sage-femme. En attendant son arrivée, la malade, après trois douleurs franches, se lève pour se promener dans l'appartement. Elle n'est pas plutôt dans la position verticale, qu'elle perd un caillot de sang du volume d'une grosse noix.

Elle fait quelques pas, et, tout d'un coup, elle est inondée par l'issue d'une grande quantité de liquide. C'est la poche des eaux de l'amnios, qui vient de se rompre et qui est immédiatement suivie de la procidence du cordon.

Étonnée de la succession rapide de ces phénomènes, la malade se remet au lit. Quelques minutes après, elle éprouve une nouvelle douleur et crie qu'elle sent l'enfant traverser les parties sexuelles. Il n'en est rien ; c'est le placenta qui vient de sortir, accompagné d'une certaine quantité de sang.

L'accoucheuse arrive sur ces entrefaites, constate avec surprise l'issue du délivre sans l'enfant, coupe le cordon et recueille précieusement le placenta. Puis, réfléchissant à la bizarrerie de cet accouchement qui commence par la fin, et dont elle n'a pas vu d'exemple dans sa carrière, déjà longue, elle réclame un médecin dans la crainte de complications possibles.

Je suis appelé à minuit et demi.

On me présente le placenta, qui est normal, d'une largeur de 15 à 16 centimètres, le cordon inséré au milieu, avec quelques concrétions jaunâtres, caséiformes, dans les cotylédons. Le bord en est mince et tranchant comme le bord antérieur du foie. En deux endroits limités de son pourtour seulement, on trouve quelques débris adhérents des membranes.

Depuis la sortie du placenta, les douleurs ont cessé.

Le cordon sort à la vulve de 20 centimètres environ. Au toucher, le col est ouvert de la largeur d'une pièce de 5 francs. La lèvre antérieure est épaisse, de consistance ferme, non œdémateuse ; la lèvre postérieure, moins épaisse, est aussi moins ferme et tend à s'effacer.

L'enfant se présente en position occipito-iliaque gauche antérieure ; on ne sent plus les battements de son cœur depuis la suppression des échanges maternels.

La malade est inquiète, tourmentée, et demande avec insistance qu'on termine l'accouchement. Mais, comme le col est loin d'être effacé et suffisamment dilaté, que la présentation et la position sont favorables, et qu'enfin il n'y a pas péril, il est décidé que toute intervention active sera différée et qu'on attendra les événements.

Une heure ne s'est pas écoulée, que les douleurs reparaissent, faibles d'abord, puis plus fortes. Des contractions énergiques se produisent bientôt à certains intervalles, puis se rapprochent. Enfin, à deux heures et demie du matin, un dernier et vigoureux effort amène un enfant du sexe féminin, de volume moyen, pâle, exsangue, inanimé.

Le travail avait duré quatre heures : une heure pour l'issue du délivre, trois heures pour l'expulsion du fœtus. La quantité de sang perdu a été évaluée en tout à un verre et demi, deux verres au plus ; autant peut-être, mais pas plus que dans un accouchement ordinaire.

Les suites de couches furent des plus simples. Le huitième jour, Mme V... se levait. Le douzième, elle commençait à s'occuper de son intérieur, avec des apparences de santé parfaite, ne se souvenant plus que comme d'un cauchemar de sa gastralgie et de ses terreurs imaginaires.

L'observation qu'on vient de lire est un type d'insertion vicieuse du placenta, de ce que l'on a désigné sous le nom expressif de placenta prævia.

Il est vrai que le fœtus, au lieu d'accompagner ou de suivre de près ses annexes, n'est venu qu'après trois heures d'attente. De plus, le signe pathognomonique de la présentation placentaire a fait défaut ; il n'y a eu d'hémorrhagie ni avant ni pendant l'accouchement. Mais c'est précisément la réunion de ces deux anomalies, qui distingue ce fait de la plupart des autres faits connus, et lui communique tout son intérêt.

Quand, en effet, le délivre est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, si le fœtus est vivant, l'hémorrhagie est presque inévitable. Vers le huitième mois de la gestation, le placenta a pris à peu près tout son développement. A cette même époque, la paroi utérine, sur laquelle il est implanté, commence seulement son évolution. Ses fibres musculaires s'allongent, s'élargissent, se multiplient. Il en résulte un tiraillement des liens cellulo-vasculaires qui unissent les deux organes. La distension étant lente et progressive, ces liens résistent d'abord et pendant un certain temps. Mais il arrive un moment où leur élasticité est vaincue. Ils se déchirent. La digue est rompue ; les sinus, les lacs utérins sont ouverts. Le sang coule en nappe, et, s'échappant par le col, vient faire irruption à la vulve. C'est alors, si la rupture est considérable, que le médecin assiste à ces métrorrhagies torrentielles, incoercibles, devant lesquelles les moyens les mieux combinés demeurent impuissants. Parfois même, à l'arrivée des secours, s'ils se font trop attendre, tous les soins deviennent superflus ; la mort a fait son œuvre.

Dans le fait que je viens de relater, la gestation a suivi son cours sans encombre, sans qu'il y ait eu le moindre écoulement de sang. A quoi faut-il attribuer cette absence d'hémorrhagie *ante partum?* Ce n'est pas à la mort du fœtus ; la mère avait senti remuer avant l'issue du délivre. Est-ce à une laxité plus grande des attaches placentaires, à une résistance spéciale du chorion, ou à la formation de petits décollements successifs, aussitôt obturés par des caillots sanguins ? Ne peut-on pas invoquer, avec une de nos grandes autorités obstétricales, Mme Lachapelle, une insertion spéciale du délivre dans la cavité intra-cervicale, au seuil même de la cavité utérine ? Nul ne saurait émettre, à ce sujet, un avis affirmatif et motivé. La preuve anatomique n'existant pas, on est obligé de rester dans le champ des hypothèses.

Mais s'il est impossible de rendre compte de l'absence d'hémorrhagie pendant le cours de la grossesse, il est facile en revanche de comprendre que la parturition se soit accomplie sans perte de sang considérable.

Dès le début des douleurs, tandis que les contractions du segment inférieur dilataient l'orifice interne, élargissaient le détroit cervical, les poussées utérines dirigeaient leurs pressions énergiques et convergentes sur le pôle inférieur de l'œuf.

Sous l'influence de ces violents efforts, en une heure à peine, la poche des eaux éclatait, le cordon faisait procidence, et, presque simultanément, le placenta, qui faisait en quelque sorte partie intégrante du pôle inférieur, était décollé et vivement chassé au dehors. Il se fit un vide soudain dans la matrice ; sa contractilité entra en jeu. Il y eut une rétraction immédiate du muscle utérin, qui, en comblant le vide, oblitéra tous les orifices vasculaires. La perte fut conjurée. La tête du fœtus vint assurer l'hémostase en jouant son rôle de compresseur ou mieux de tampon naturel.

Il se produisit une suspension des douleurs, un repos au moins apparent de l'organe, jusqu'à ce que le réflexe utérin, stimulant de nouveau la moelle, fit déclarer le travail de l'accouchement proprement dit. L'intervalle entre les deux temps dura trois heures.

On comprend facilement qu'il aurait pu se prolonger davantage chez une femme dont l'utérus, moins souvent imprégné, eût été moins apte, moins habile à remplir ses fonctions expultrices.

Simpson a publié, dans ses Mémoires, un certain nombre d'observations intéressantes de présentation placentaire avec interversion des temps de la parturition ; mais elles diffèrent toutes de celle-ci par des accidents hémorrhagiques plus ou moins graves, qui, dans plusieurs cas, ont entraîné la mort des femmes. C'est, du reste, en se basant sur ces observations que le médecin d'Edimbourg institua son traitement si connu des hémorrhagies placentaires, qui consiste dans l'arrachement du délivre suivi de l'extraction immédiate du fœtus.

Cette méthode, fondée sur des faits cliniques, attira vivement l'attention du monde médical.

Elle était fort séduisante, en effet, mais seulement en théorie : car, soumise au creuset de l'expérience et de la pratique, elle ne tint pas les promesses de son auteur, et fut à peu près complètement abandonnée. De fait, elle ne trouve son application que dans des cas très rares ; et, dans les cas où elle est applicable, elle est inférieure aux méthodes de Leroux et de Puzos, qui réunissent actuellement tous les suffrages.

DE LA RÉUNION PAR PREMIÈRE INTENTION

POUR LA CURE RAPIDE DE LA FISTULE A L'ANUS

Par M. le docteur A. Ricard, chef de clinique de la Faculté.

Créer une plaie opératoire pour détruire une lésion, et, la lésion détruite, refermer immédiatement la plaie et la guérir : c'est là un idéal bien digne de tenter le chirurgien soucieux des progrès de son art. De nos jours, les nouvelles méthodes ont réalisé ce qu'autrefois on n'osait même espérer, et la réunion immédiate bien et antiseptiquement tentée réussit, ou plutôt, doit réussir toujours. Mais pour obtenir cette réunion, il faut une asepsie parfaite de la plaie opératoire, un affrontement soigneux et un pansement irréprochable.

Cette réunion par première intention vient d'être essayée pour la cure rapide de la fistule à l'anus. MM. Terrier, Brun, Bazy, Nélaton, Tuffier, ont tenté ce nouveau mode opératoire, une thèse fort bien faite vient d'être soutenue sur ce sujet à la Faculté de médecine, par M. le docteur Longo, et notre ami M. le docteur Verchère vient, dans la *France médicale*, de rapporter une observation dont les détails bien circonstanciés nous permettent de formuler une opinion sur la valeur de la méthode nouvelle.

Par le nouveau procédé, la guérison absolue de la fistule peut être obtenue en huit à dix jours ; mais, pour arriver à ce résultat, que de précautions à prendre ! Il faut, pendant les trois jours qui précèdent l'opération, faire prendre au malade chaque matin une purgation légère, puis matin et soir un lavage du rectum avec une solution saturée d'acide borique. Après chaque garde-robe, doit être fait un même lavage et, dans leur intervalle, le malade maintient en permanence une mèche de gaze iodoformée dans l'anus et sur l'orifice anal une compresse trempée dans une solution à 1/1000 de sublimé.

Le matin de l'opération, il est bon de faire prendre un bain.

Pendant l'opération, pour éviter l'inondation fécale, on introduit un fort tampon de gaze iodoformée fermant exactement la lumière du rectum. La suture faite, on effectue un lavage avec du sublimé, on renouvelle le tampon rectal qu'on a soin de traverser alors d'une grosse sonde de caoutchouc rouge pour permettre l'issue du gaz. Puis, on introduit une mèche iodoformée enduite de pommade boriquée et on recouvre le tout avec de la gaze iodoformée ou de l'ouate hydrophile, trempée dans une solution de sublimé. Un bandage en T maintient le pansement. Le malade est couché sur le dos, les jambes légèrement fléchies et rapprochées.

L'alimentation du malade doit être légère, et il est maintenu sous l'influence de l'opium à 0,05 ou 0,10 centigrammes par jour. Vers le dixième jour, on facilite les premières garde-robes par une légère purgation, des lavements huileux ou glycérinés.

Si le malade allait à la garde-robe auparavant, il faudrait *aussitôt* pratiquer un lavage au sublimé, et renouveler le pansement en appliquant un nouveau tampon rectal pour remplacer celui qu'auront chassé les matières fécales. C'est grâce à ces précautions minutieuses, que le malade de M. le docteur Verchère a pu rapidement guérir et sans complication d'aucune sorte.

Mais, il est logique de se demander si le résultat obtenu légitime bien toute la peine qu'a dépensée le chirurgien, et tous les ennuis que le malade a subis.

Quatre jours avant l'opération, le pauvre malade est déjà en traitement, ce sont lavements sur lavements, purgations sur purgations, puis, l'opération faite, huit à dix jours de diète, de traitement par l'opium, de décubitus dorsal, les jambes fléchies et attachées. Et, malgré tout cela, si un gaz septique s'insinue sous le pansement, si la moindre rougeur apparaît, vite, il faut faire sauter les points de suture et ramener le patient dans les conditions où il aurait été, si on l'avait traité par l'incision simple.

Encore, si par la méthode nouvelle on pouvait guérir les fistules complexes, profondes, à tissus périphériques indurés ! Mais non, il ne peut s'agir que de la petite fistulette, de « la fistule simple, ne remontant pas très haut », sous-cutanée, ou sous-cutanéo-muqueuse. Et c'est pour cette fistule qu'on a déployé tout le grand arsenal de la thérapeutique antiseptique. Il nous semble, pour nous, que les moyens sont hors de proportion avec le résultat à obtenir et que, dans le vieux procédé classique, la cicatrisation demandait peut-être un mois, voire même un mois et demi avant d'être parfaite, mais l'opéré, car on ne peut dire le malade, très rapidement se lève, vaque à ses affaires et n'est pas incommodé par sa plaie opératoire.

Dans ce procédé nouveau, ce ne sont que précautions infinies, « il faut en prendre trop, pour en prendre assez », et malgré cela la guérison parfaite ne s'obtient que si une selle trop précoce n'est pas venue souiller la plaie, ou si un gaz malencontreux ne s'est pas dirigé contre le gré du chirurgien.

Il faut donc enregistrer le résultat obtenu comme une démonstration nouvelle de la puissance, d'ailleurs incontestée, de la méthode antiseptique ; mais constater en même temps que le procédé, qui permet de l'obtenir, ne mérite guère d'être introduit dans la pratique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 janvier 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

COMMUNICATIONS

Anévrysme artério-veineux. — M. TRÉLAT communique une observation d'extirpation d'anévrysme volumineux du creux poplité. Il présente le sac de cet anévrysme qui mesure 11 centimètres de long sur 10 de large. La veine, à la partie inférieure, avait un diamètre de 13 millimètres, l'artère seulement 3 millimètres. En haut, l'artère avait également 3 millimètres, et la veine 2 centimètres de diamètre. Le malade a été opéré samedi dernier : application de la bande d'Esmarch, ligature commune des deux vaisseaux inférieurs, ligature séparée de l'artère et de la veine en haut, section, suture, drainage.

Le jeune homme avait vingt-trois ans, l'anévrysme datait de neuf ans. M. Trélat fera connaître ultérieurement le résultat définitif. La résection a été de 11 centimètres ; le volume et les battements de l'artère ont cessé immédiatement après l'opération.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LA SALPINGITE

M. ROUTIER se félicite d'avoir soulevé cette discussion ; il résume les diverses opinions qui ont été émises, en particulier sur l'anatomie pathologique, les difficultés de diagnostic et les indications chirurgicales. Relativement à l'anatomie pathologique, d'accord avec MM. Quénu et Terrillon, il admet la propagation de l'inflammation de la muqueuse utérine aux annexes. Tout en reconnaissant la difficulté du diagnostic, dans certains cas, il le croit le plus souvent possible, et insiste, contrairement à M. Lucas-Championnière, sur l'importance du toucher vaginal et du toucher rectal, ainsi que sur l'utilité du chloroforme. Enfin pour ce qui concerne les indications chirurgicales, le manuel opératoire, etc., M. Routier maintient ce qu'il a écrit dans son premier mémoire. Il se défend d'avoir soutenu que toute femme, souffrant du ventre, devait être soumise à la laparotomie ; il a seulement voulu démontrer que toute femme chez laquelle existaient, depuis un certain temps, tous les signes de la salpingite devait être opérée, si tous les moyens médicaux ont échoué.

Ventrofixation (hystéropexie). — M. TERRIER rappelle que Gaillard Thomas avait, depuis un certain temps, conseillé cette opération, et que lui-même l'avait pratiquée plusieurs fois. En France, M. Terrier croit être le premier à l'avoir appliquée pour la rétroversion ; il en a actuellement trois observations.

La première date du mois de mars 1888 et eut lieu après une erreur de diagnostic ; il l'a faite sur une jeune femme qui souffrait de douleurs très intenses dans un côté de l'abdomen. En l'examinant, il constata l'existence d'une tumeur très douloureuse, à gauche, sur les côtés de l'utérus et en même temps une rétroversion de cet organe. Pensant à une salpingite, il a ouvert

le ventre, a trouvé une rétroversion très accusée et, sur la partie latérale de la matrice, l'ovaire tombé dans la cavité de Douglas. Comme les accidents ne pouvaient être attribués qu'à ces déviations, M. Terrier prit le parti de fixer la paroi antérieure de l'utérus à la paroi antérieure de l'abdomen, et il a ensuite réduit l'ovaire. Les suites de l'opération, qui avait duré trente minutes, furent bonnes, et les douleurs disparurent complètement. Vers la fin de l'année, il a revu cette malade, les points de suture n'avaient pas cédé, le col de la matrice ne s'était pas rapproché de la vulve et il n'existait qu'un peu de sensibilité sur les parties latérales de l'utérus. Depuis cette époque, il a appris que la malade ressentait dans les reins des douleurs qui ont augmenté ces jours derniers.

La deuxième malade, dont M. Terrier a déjà donné l'observation, présentait des crises douloureuses, épouvantables, dont le début remontait à 1885, époque à laquelle on avait déjà reconnu la rétroversion avec hypertrophie de l'utérus. Malgré une grossesse, qui avait été conseillée, les accidents n'en persistèrent pas moins après l'accouchement. Lorsque cette malade est venue le consulter, il a rencontré un utérus en rétroversion, mou et très volumineux, et de chaque côté un léger degré d'empâtement. La laparotomie, faite le 23 octobre 1888, a fait reconnaître un utérus très profondément situé dans l'arrière-fond pelvien, il a éprouvé beaucoup de difficultés à l'extraire : après avoir enlevé les trompes et les ovaires, qui étaient kystiques, il a fixé l'utérus à l'abdomen, par quatre points de suture au catgut. Pansement au salol. Disparition immédiate des douleurs, qui n'ont pas reparu.

Depuis cette opération, M. Terrier en a fait une troisième exactement semblable ; mais elle est trop récente pour qu'il en donne maintenant la relation.

Ces trois faits n'en démontrent pas moins qu'il a été le premier en France à pratiquer cette fixation de l'utérus pour rétroversion, et qu'il y a lieu d'y avoir recours quand l'élément douleur accompagne la déviation. Quant à la valeur de cette intervention, il faut attendre pour la juger.

M. ROUTIER a observé un cas analogue à l'un de ceux cités par M. Terrier. Il avait cru également avoir affaire à une salpingite et il s'agissait d'une rétroflexion avec adhérences, pour laquelle il fit l'opération de M. Terrier.

M. DESPRÉS se demande ce que devient la vessie dans ces opérations. Il n'admet pas l'utilité de cette ventrofixation, c'est, pour lui, de la chirurgie qui ne se tient pas debout. Il y a un grand nombre de femmes atteintes de rétroflexion qui n'en souffrent nullement; il faut les laisser tranquilles, d'autres n'en souffrent qu'au moment de leurs règles, c'est une affaire d'hygiène et de repos à ce moment; quand il y a de l'inflammation, il suffit de la traiter par les moyens habituels. Enfin, chez beaucoup d'entre elles, une bonne ceinture, mais non le pessaire que condamne M. Després, suffit pour faire disparaître les accidents.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a pratiqué deux fois l'opération dont il s'agit; il fait un plus grand nombre de points de suture que M. Terrier. Dans un cas, il eut beaucoup de peine à fixer l'utérus. M. Lucas-Championnière croit devoir calmer les inquiétudes de M. Després, relativement à la vessie ; il y a une absence totale de réaction de ce côté ; souvent même elle fonctionne mieux après qu'avant la ventrofixation ; c'est là un fait d'expérience.

Enfin, dans ces cas, la laparotomie offre cet avantage qu'elle peut servir à deux fins, et qu'on peut profiter de ce que le ventre est ouvert pour examiner les trompes et les ovaires qui sont bien souvent malades et qu'on peut enlever en même temps.

M. TRÉLAT a pratiqué cinq fois l'opération d'Alexander pour des rétroflexions et quatre fois il a obtenu un mauvais résultat. Il résulte de son expérience personnelle, que l'opération d'Alexander est une excellente opération pour les rétroflexions mobiles, très mauvaise, au contraire, pour les rétroflexions adhérentes. Pour ces cas de rétroflexions adhérentes, douloureuses, l'hystéropexie paraît devoir être une précieuse ressource. Quant aux pessaires, c'est un moyen détestable.

M. TERRIER est entièrement de l'avis de M. Trélat pour les pessaires; ils ne sont d'aucune utilité et peuvent être dangereux. Il ajoute que l'intervention qu'il propose n'est nullement funeste à la vessie, comme semble le craindre M. Després.

Luxation tarso-métatarsienne. — **M. CHAUVEL** fait un rapport sur une observation adressée par M. Nimier. Il s'agit d'une luxation tarso-métatarsienne survenue chez un jeune homme, Malgré différents traitements, la marche resta pénible et douloureuse ; huit mois après l'accident on fit l'ablation du premier cunéiforme pour corriger la déviation qui avait persisté ; mais le malade ne bénéficia que d'une légère amélioration.

Contre-indications à la recherche des balles de revolver dans les cavités profondes de l'oreille. — **M. CHAUVEL** fait un rapport sur deux observations de plaies de l'oreille par armes à feu adressées par M. Tachard. Dans un cas, il s'agit d'un jeune homme, chez lequel une balle de revolver a déterminé une fracture du rocher et une méningo-encéphalite qui a emporté le blessé six jours après.

Le deuxième fait est relatif à un homme de soixante ans, alcoolique. A la suite d'un coup de revolver qui avait occasionné une fracture du condyle, le blessé fut pris le sixième jour de phénomènes cérébraux et succomba huit jours plus tard.

En s'appuyant sur ces faits et les observations semblables déjà publiées, M. Tachard, à l'encontre de M. Berger qui a lu dernièrement un mémoire à ce sujet, se déclare ennemi de l'intervention, car l'on ne peut agir contre la méningo-encéphalite, qui survient ordinairement vers le quatrième jour. M. Chauvel ne regarde pas ces faits comme suffisants pour faire rejeter l'intervention ; il lui semble même qu'ils seraient plutôt en faveur de celle-ci. Car s'il ne pose pas en principe la nécessité d'une intervention immédiate, il la considère comme indiquée toutes les fois que l'infection est supposée, ou lorsqu'il y a des phénomènes de suppuration; dans ce dernier cas, il faut faire sans hésiter le débridement, le lavage et le drainage; c'est, à son avis, la meilleure conduite à tenir.

M. PÉRIER a eu tout récemment un malade de ce genre à traiter dans son service. La recherche de la balle ne lui en fit trouver que la moitié, dont il a fait l'extraction. Des douleurs étant survenues dans la suite, il est parvenu à enlever le reste au moyen d'un tire-fond. Les pansements antiseptiques ont été faits au salol et aucun accident ne s'est montré ; le malade est sorti presque guéri.

M. SCHWARTZ a vu deux blessés dans les mêmes circonstances ; ils n'offraient aucun trouble céphalique. Chez l'un deux, il a enlevé une petite esquille osseuse, et chez tous les deux il n'y a pas eu d'extraction de la balle ; ils n'en sont pas moins sortis de l'hôpital, sans aucun trouble apparent de la santé.

M. TERRIER dit que ces différents faits prouvent que l'intervention immédiate n'est pas toujours nécessaire ; malheureusement, il n'est pas rare de voir survenir dans la suite des accidents plus ou moins sérieux, ainsi qu'il l'a observé à plusieurs reprises : dans l'un de ces cas, il est intervenu sur chaque oreille, car le malade avait tiré des deux côtés, et il a été obligé, d'un côté, de pénétrer très profondément, d'atteindre le sinus, qui a été blessé, pour arriver à extraire la balle. Il est d'avis, afin d'éviter tout accident résultant d'infection et toutes les complications, de tenter l'extraction des balles le plus tôt possible.

M. DESPRÉS rappelle qu'il a cité, il y a quelque temps, deux exemples de non-intervention suivie de guérison. Chez l'un de ces malades, blessé il y a cinq ans, il y avait une paralysie faciale, qui, aujourd'hui, a presque totalement disparu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 janvier 1889, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Blanc, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— MM. les internes des hôpitaux sont informés que leur répartition dans les services hospitaliers, qui était fixée au mardi 22 et au mercredi 23, aura lieu le lundi 28 à deux heures, pour les internes de deuxième, troisième et quatrième années et le mardi 29, à une heure et demie, pour les internes de première année et les internes provisoires.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les conférences d'histoire naturelle de M. Blanchard sont, jusqu'à nouvel ordre, supprimées.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — A l'unanimité, la Faculté vient de réélire, comme doyen, M. Pitres, démissionnaire. M. Lacaze est chargé des fonctions de préparateur de physiologie.

— *Muséum.*— Par suite du déménagement des collections et de leur installation dans le nouveau batiment, les galeries de zoologie du Muséum d'histoire naturelle sont actuellement fermées.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bodélio (de Lorient); et Le Thière (de Paris).

— Nous recevons le premier numéro de la *Revue d'hygiène thérapeutique.* Ce journal, publié par M. le docteur G. Descourtis, médecin de l'établissement thermal de l'Élysée, paraîtra tous les mois, par fascicules de 32 pages de texte.

— Les anciennes « Archives de Physiologie » viennent de se dédoubler. Dorénavant, à côté des « Archives de Physiologie » il sera publié des « Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique ». Cette publication, sous la direction de M. Charcot, aura pour principaux rédacteurs MM. Gaucher, Lépine, Straus et Joffroy, et paraîtra tous les deux mois, chez M. Georges Masson, éditeur.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Nº 10. — JEUDI 24 JANVIER 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 24 JANVIER 1889. — Nº 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Germain Sée a terminé sa communication sur le strophantus, la strophantine et les divers médicaments cardiaques et diurétiques. Il persiste à préférer, pour ce médicament comme pour les autres, les principes essentiels, c'est-à-dire les alcaloïdes, aux plantes elles-mêmes. Tel n'est pas l'avis de MM. Dujardin-Beaumetz, Bucquoy et Constantin Paul, qui préfèrent le strophantus à la strophantine. On trouvera au compte rendu le résumé de ces diverses communications.

Après la lecture de rapports officiels, M. Bouloumié qui, dans l'une des dernières séances, a fait une communication sur l'aménagement des voitures de culture et d'industrie pour le transport des blessés de guerre (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1310), a présenté, cette fois, deux appareils de son invention, faciles à organiser partout, dans les wagons de marchandises, et destinés à suppléer à l'insuffisance, en cas de guerre, des appareils Bry-Ameline, adoptés par le service de santé de l'armée.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Un cas de cachexie sans lésion reconnue.

Le malade du nº 17 est un homme d'une soixantaine d'années, entré, il y a six jours, pour une affection dont le diagnostic est assez difficile pour nous laisser encore des incertitudes et des doutes, malgré des examens minutieux et répétés. Voici d'ailleurs, en quelques mots, son histoire. Il est distributeur d'imprimés dans les rues ; ses parents sont morts, mais il ignore de quelle maladie ; sa sœur est morte également, après avoir toussé d'une façon continue pendant deux ans, soit, selon toutes probabilités, de quelque tuberculose pulmonaire. Quant à lui, il a eu, dans son enfance, la coqueluche d'abord, puis, quelques années plus tard, la fièvre typhoïde. Depuis lors rien ; il n'est ni alcoolique, ni syphilitique, il a seulement des hémorrhoïdes et, par suite, de temps en temps, quelques selles sanguinolentes, mais il n'a jamais rendu de sang pur. Enfin, depuis assez longtemps déjà, il s'enrhume presque toujours dès le commencement de l'hiver et tousse pendant toute sa durée d'une toux qui s'accompagne d'une expectoration abondante. Cependant, ce n'est point pour cela qu'il est venu à l'hôpital, mais bien pour un état général qui aurait commencé il y a quatre mois, d'abord par des mictions plus fréquentes, pour un peu d'œdème des jambes, des crampes d'estomac, survenant à n'importe quel moment de la journée et sans rapports avec les heures des repas. Cependant ses digestions sont faciles, l'appétit est bien conservé, et néanmoins, depuis plusieurs mois, cet homme maigrit d'une façon notable, il perd ses forces, son teint est extrêmement pâle, d'un pâle jaunâtre, et son système nerveux s'exaspère facilement.

J'ajoute qu'il y a apyrexie complète, que la pression sur la région épigastrique détermine des éructations, non pas vraies et alimentaires, mais aériformes comme celles des hystériques. Le palper abdominal ne fait découvrir ni intumescence, ni tumeur, ni dureté des parois ; l'estomac n'est pas dilaté, le foie et la rate sont sains et à l'état normal. Il en est à peu près de même de l'appareil pulmonaire. D'autre part, le toucher rectal ne m'a rien décelé, si haut que mon doigt ait pu pénétrer, rien autre qu'un bourrelet hémorrhoïdal.

Quant au cœur, il est seulement un peu plus volumineux qu'un cœur normal, ses bruits sont bien frappés, normaux, sauf un très léger bruit de galop ; enfin, il y a absence complète de souffle. Le pouls est régulier, on ne perçoit aucun souffle non plus dans les vaisseaux du cou. Les battements sont seulement considérables dans les jugulaires profondes, avec ondulations énormes, et ce défaut de résistance est sans rapport avec ce que l'on observe dans l'insuffisance tricuspidienne qui, d'ailleurs, n'existe pas ici. Du reste, je l'ai déjà dit, je n'ai pas trouvé le moindre souffle.

D'ailleurs, le sang de cet homme est très pauvre, et en appliquant le stéthoscope dans le pli de l'aine, on distingue très facilement un souffle hydrémique. L'examen de son sang nous a donné un nombre de 1525000 globules rouges, soit un tiers à peine du chiffre normal ; l'hémoglobine est également très faible et marque seulement 35 au lieu de 125, chiffre en rapport avec celui des globules. Quant aux globules blancs, leur rapport avec les globules rouges est normal.

Voici, en résumé, ce que nous avons constaté chez cet homme avec une très faible quantité d'albumine dans les urines, et cet ensemble nous conduit au mot d'anémie avec une sorte d'état cachectique dont nous cherchons en vain la cause, dont il nous a été impossible de découvrir la lésion à laquelle cet état puisse se rapporter.

Nous allons, du reste, passer en revue devant vous tous les états différents soit organiques, soit diathésiques, soit infectieux, etc. — latents, bien entendu, puisqu'aucun phénomène morbide n'est assez saillant pour nous guider — qui puissent amener à un état anémique et cachectique analogue à celui de notre malade.

États organiques chroniques. — Une lésion chronique du cerveau peut amener la cachexie, mais ici la lésion est toujours frappante. Donc je l'exclus. Les lésions de la moelle peuvent rester pendant longtemps latentes, notamment dans le tabes, et cependant donner lieu à un commencement de cachexie ; cependant par des recherches minutieuses on arrive bien souvent à déceler quelque chose.

Les affections du poumon telles que la tuberculose et le cancer — mais celui-ci est exceptionnellement primitif — peuvent rester également latentes et cependant entraîner un état cachectique ; mais bien souvent les antécédents dénotent une hérédité ou un passé quelconque.

Vous parlerai-je de la cachexie cardiaque, qui commence quelquefois avant qu'aucun symptôme ait encore donné l'éveil d'une lésion du cœur? ou bien de lésions chroniques de l'aorte à l'état latent, comme pouvant être l'origine de la cachexie?

Quant aux voies digestives, elles sont plus souvent la cause d'un état cachectique dont on cherche longtemps le point de départ faute de symptômes prononcés : je citerai la gastrite chronique, l'ulcère de l'estomac ; mais ici, presque toujours, le malade éprouve des douleurs plus ou moins vives, parfois il y a des hémorrhagies. De même, l'ulcère du duodénum donne lieu à des troubles digestifs, tantôt vagues, tantôt plus ou moins accusés. Enfin la duodénite, sans ulcérations, peut être suivie de cachexie.

Il en est également ainsi de l'inflammation chronique du gros intestin, avec stagnation prolongée des aliments ; du cancer du gros intestin n'ayant déterminé, pour toute symptomatologie, que des accidents d'obstruction ayant fait croire parfois à un rétrécissement fibreux, les malades conservant leur embonpoint.

Le cancer primitif du foie est rare ; les hydatides de cet organe siégeant dans un point difficilement abordable, n'ont quelquefois été révélées que par un état cachectique que rien ne venait expliquer.

Je n'ai à peu près rien à dire de la rate, dont les modifications de volume accompagnent constamment la lésion ayant entraîné la cachexie.

Par contre, le cancer du pancréas peut rester pendant longtemps à l'état latent sans donner lieu à d'autres symptômes qu'à un état cachectique.

Les reins altérés s'accompagnent généralement d'une symptomatologie, telle que la cachexie qui en résulte s'explique aisément sans qu'il faille en chercher bien longtemps la cause. Cependant, la néphrite interstitielle peut être, pendant un certain temps, plus difficile à reconnaître ; mais, dans ces cas-là, le cœur et le pouls peuvent éclairer le diagnostic.

Quant aux organes génitaux, ce n'est guère que chez la femme que les maladies dont ils peuvent être le siège peuvent rester à l'état latent plus ou moins longtemps. Or, ici ayant affaire à un homme, je n'insiste pas.

Voici pour les états organiques.

Les états diathésiques peuvent, pendant un temps plus ou moins long, exister sans s'être localisés : de là des incertitudes, des doutes plus ou moins grands. Dans ces conditions, il faut interroger avec soin les antécédents héréditaires, directs et indirects, proches et éloignés, et il est bien rare que l'on ne retrouve quelque signe de cancer, de tuberculose, etc., dans les ascendants ou les collatéraux rapprochés.

Enfin, j'en arrive aux états infectieux : la malaria, les intoxications par l'air confiné, par la respiration longtemps continuée d'émanations de gaz délétères (oxyde de carbone, acide carbonique, gaz d'éclairage, etc.) ; intoxication par une eau de mauvaise qualité, par une mauvaise alimentation ; intoxication saturnine pouvant rester longtemps à l'état latent, intoxication arsénicale, etc., etc.

Voici brièvement passée en revue toute cette longue série de causes possibles de cachexie, et j'en passe. Or, aucune de ces causes ne nous paraît applicable à l'état anémique et cachectique de mon malade, et tout ce que nous trouvons ne peut que nous donner des soupçons, pas même une présomption, de quelque néphrite interstitielle latente, c'est-à-dire les mictions plus fréquentes, le cœur un peu plus volumineux, un léger bruit de galop et une pression artérielle un peu élevée.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. LAPERVENCHE, interne des hôpitaux.)

XII

La *résection du sternum*, quelle que soit l'étendue de l'affection qui la nécessite, devient non moins facile par cette méthode. Grâce au morcellement, il n'y a pas à craindre de blesser la plèvre, le péricarde et les autres organes de voisinage. En voici deux exemples :

OBS. XI. — L..., âgé de cinquante-cinq ans, directeur de l'enregistrement, nous est présenté, en 1885, par M. le docteur Dupuy. Depuis plusieurs années, ce malade est affecté d'une ostéite suppurée du sternum et de l'extrémité interne de la clavicule gauche, qui a donné lieu à de nombreuses fistules et résisté à tous les traitements locaux et généraux prescrits par plusieurs collègues. Depuis deux mois l'état est devenu inquiétant, l'amaigrissement est extrême, il y a de la toux, de la dyspnée, des battements cardiaques précipités, un état filiforme du pouls et de la dysphagie. Tous ces signes nous portent à croire qu'il y a un abcès froid étendu dans le médiastin antérieur, derrière le sternum. Le stylet introduit par les différents orifices fistuleux vient à l'appui de cette opinion, en montrant que la face profonde est aussi altérée que la face superficielle de cet os. En raison de l'étendue du mal, de la gravité des désordres, il est urgent d'intervenir pour soustraire le malade à une mort certaine.

Anesthésie chloroformique. Nous faisons sur la face antérieure du sternum, un peu à gauche de la ligne médiane, passant par deux des fistules, une incision verticale, longue de 3 centimètres, qui remonte au-dessus de la fourchette et descend jusqu'à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de l'os. Nous faisons ensuite, de l'articulation sterno-claviculaire droite à l'articulation sterno-claviculaire gauche, une seconde incision qui tombe per-

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1321.

pendiculairement sur la première. Ces incisions intéressent d'emblée les téguments jusqu'au périoste, qui est mis à nu et disséqué avec la rugine. Nous pouvons, dès lors, apprécier l'étendue de l'ostéite fongueuse et tuberculeuse, qui comprend les deux tiers supérieurs du sternum, les articulations chondro-sternales supérieures gauches, l'articulation costo-claviculaire droite et l'épiphyse interne de la clavicule correspondante. Au moyen de la pince à mors tranchants, nous enlevons par morcellement toutes les portions osseuses altérées et nous ne tardons pas à reconnaître la présence d'une vaste collection purulente intra-médiastine, trop anfractueuse pour se vider par les fistules. Après avoir enlevé le pus contenu dans ce foyer au moyen d'éponges aseptiques et enlevé, par grattage, la masse fongueuse, tuberculeuse, qui en tapisse les parois, nous plaçons un tube de caoutchouc fenêtré dans l'intérieur du foyer, de façon que l'un des bouts sorte au niveau de la clavicule gauche et l'autre à la partie inférieure de la plaie, dont les bords sont ensuite rapprochés et suturés au moyen du crin de Florence. Grâce au pincement des vaisseaux, au cours de l'opération, et au morcellement, nous n'avons pas besoin de laisser de ligatures perdues. Pansement iodoformé, ouaté, compressif. Suites de l'opération excellentes. Pansement fait le sixième jour, renouvelé le quinzième. Réunion par première intention. Au bout de quelques semaines, l'état général s'est tellement amélioré que le malade reprend ses occupations.

Obs. XII. — T..., ingénieur en chef d'une grande compagnie de chemins de fer, est affecté, depuis un an, d'une suppuration fistuleuse qui a pris naissance dans la moitié inférieure gauche du sternum et dans les cartilages chondro-costaux correspondants. Depuis quelques mois, il maigrit, perd ses forces, a de l'oppression, des battements de cœur, un état irrégulier du pouls et une fièvre continue qui l'empêche de vaquer à ses travaux.

Depuis quelques semaines, les téguments entourant les fistules se trouvent soulevés par un abcès aigu, qui est ouvert par l'un de nos collègues des hôpitaux. Une amélioration sensible se produit. Mais, peu de temps après, notre collègue étant absent, nous sommes appelé en toute hâte par le médecin traitant, M. le docteur Feugier, et par la famille, pour donner notre avis au sujet d'accidents graves qui ont reparu : anémie extrême, état syncopal, dysphagie, céphalée, fièvre aiguë. Nous sommes frappé de la gravité de cet état et, bien que le stylet ne permette pas de pénétrer profondément, nous soupçonnons qu'un foyer purulent s'est développé du côté du médiastin, exerçant sur le cœur et les gros vaisseaux une compression périlleuse.

Avec l'aide de M. le docteur Feugier et de deux de nos internes, nous faisons à gauche de la ligne médiane, sur les deux tiers inférieurs du sternum, une incision verticale, puis nous faisons tomber sur elle une incision transversale, perpendiculaire. Nous détachons le périoste, mettons à nu la portion malade du sternum et des cartilages chondro-sternaux, que nous enlevons par morcellement. Nous raclons ensuite toutes les fongosités qui recouvrent et remplissent le foyer formé par le périoste interne et le péricarde. Drain à l'angle inférieur de la plaie, qui est suturée. Pansement iodoformé, sublimé, ouaté, compressif. A notre grande satisfaction, nous voyons la cicatrisation se faire par première intention. Le sixième jour, nous retirons le crin de Florence; les accidents généraux ont disparu. A part quelques bourgeons charnus qu'il faut réprimer à la suite, la guérison se fait sans encombre. Un an après, la santé est florissante.

Nous avons agi de même chez plusieurs malades affectés de carie des vertèbres, chez lesquels des abcès, en se portant du côté du médiastin postérieur, avaient produit des désordres menaçants. La résection se fait alors avec les mêmes instruments et suivant les mêmes règles opératoires que pour le sternum.

Les *grandes tumeurs des parois abdominales*, quand elles sont développées au-dessous des muscles profonds, doivent être également enlevées par morcellement. Lors donc que, au moyen d'une incision préliminaire faite suivant son plus grand diamètre, dans une portion suffisamment déclive, la tumeur est mise à découvert, il faut l'inciser dans toute son épaisseur et l'enlever par morceaux du centre à la périphérie pour ménager le péritoine et les organes voisins. A ce point de vue, permettez-nous de vous citer l'observation suivante, qui nous paraît de nature à vous intéresser.

Obs. XIII. — En octobre 1886, nous sommes appelé par notre éminent collègue et ami, M. Millard, auprès de Mme L..., âgée de vingt-quatre ans, mère de deux enfants, pour une tumeur sarcomateuse dont le début a été constaté, un an auparavant, à quatre travers de doigts au-dessus de l'aine gauche, par son médecin accoucheur, M. Charpentier. Elle avait alors le volume d'une pomme.

Depuis deux mois, le développement a été rapide.

Actuellement, elle a les dimensions d'une tête d'adulte et s'étend : dans le sens transversal de l'épine iliaque antéro-supérieure droite au milieu et en arrière de la région lombaire, du même côté; dans le sens vertical, du ligament de Fallope à la partie gauche de l'ombilic.

A la vue, comme au palper, il est facile de voir qu'elle est sous-musculaire et, grâce aux antécédents, de reconnaître qu'elle a pris naissance à la face externe du péritoine; mais il est impossible de déterminer quelle est l'étendue, l'épaisseur, la résistance de l'implantation, et de dire si elle ne fait pas en même temps saillie dans la cavité péritonéale.

L'ablation est urgente; elle est l'unique ressource; elle est d'autant plus indiquée que la malade, bien que jeune, est mère de deux enfants et vouée sous peu de mois à une mort prompte, certaine. Nous ne croyons donc pas devoir refuser l'opération à la malade, à la famille et au médecin qui la demandent. Celle-ci est faite largement, suivant les règles que nous avons posées autrefois dans notre *Traité des tumeurs de l'abdomen et du bassin.*

Nous incisons toutes les couches qui couvrent la tumeur suivant une ligne qui en dépasse les extrémités de quelques centimètres, surtout à gauche et en arrière du côté des lombes, où nous voulons, par le fait de la déclivité naturelle, diriger l'écoulement ultérieur des liquides de la plaie. Cette incision intéresse successivement la peau, le tissu cellulo-adipeux, les aponévroses et les muscles. Nous reconnaissons que ces derniers recouvrent imparfaitement la partie centrale, la plus saillante de la tumeur. Quelques pinces suffisent pour l'hémostase. Dès que la tumeur est mise à nu, nous l'incisons à son tour dans toute son épaisseur jusqu'au péritoine. Nous reconnaissons alors que ses extrémités et son pourtour sont peu adhérents et faciles à extraire par morcellement, mais que la portion centrale est implantée sur le péritoine, dans la cavité duquel elle envoie un gros prolongement. Dès que, grâce au morcellement combiné au pincement, la production morbide est réduite à cette portion dangereuse, nous ouvrons le péritoine assez largement pour introduire la main, pour bien mesurer le volume de la masse interne et pour apprécier le diamètre de la portion qui fait saillie de ce côté. Nous reconnaissons que cette masse anomale offre 5 centimètres de diamètre. Nous l'extrayons à son tour par morcellement, pendant que les aides munis d'éponges empêchent la sortie de l'intestin.

La perte de substance du feuillet péritonéal qui résulte de l'opération est nécessairement grande et fait craindre, au premier abord, qu'il nous soit impossible d'en rapprocher et d'en suturer les bords; nous y parvenons cependant en prolongeant l'incision du péritoine et la section des couches qui le recouvrent du côté de la région inguinale. Le rapprochement est ensuite assuré par la suture du feuillet péritonéal qui est faite au moyen de fils de catgut, coupés au ras, laissés à demeure, et par la suture des couches musculo-cutanées qui sont réunies séparément par un très grand nombre d'anses de crin de Florence, superficielles et profondes. Nous plaçons ensuite au fond de la plaie,

surtout à gauche, un gros tube de caoutchouc. Pansement iodoformé, sublimé. L'ablation du drain et des sutures a lieu le septième jour. La guérison est complète le quinzième. Pas de récidive.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi du lactucarium.

Par M. le docteur Delmis.

Il est un certain nombre de médicaments qu'un engouement un peu irréfléchi a fait négliger pour les alcaloïdes, les glucosides et les produits dérivés du goudron dont la chimie a récemment enrichi la thérapeutique. Le premier moment d'enthousiasme passé, la plupart des praticiens sont sagement revenus aux préparations qui, depuis longtemps, avaient fait leurs preuves. Au nombre de ces dernières se trouve le Sirop de lactucarium d'Aubergier, si efficace contre les rhumes, les bronchites, les toux nerveuses et spasmodiques, qui tiennent à l'irritabilité de l'arbre trachéo-bronchique.

Le médecin, heureusement pour lui et pour l'humanité, n'est pas uniquement appelé à soigner des maladies graves où la vie est immédiatement en péril et où son intervention doit être énergique; il est souvent consulté pour des indispositions légères qu'il doit empêcher de s'aggraver, ou bien il doit remédier à un symptôme morbide, peu dangereux par lui-même, mais susceptible d'exaspérer la maladie principale. Qu'un enfant, au moment de l'évolution dentaire, soit pris d'une de ces toux quinteuses à caractère laryngé, le premier devoir du médecin sera de calmer ces quintes sous peine de les voir dégénérer en véritable bronchite et même d'ouvrir la porte au bacille de la pneumonie. Qu'un phthisique pris de toux opiniâtre vomisse ce qu'il vient de manger, que le repos de ses nuits soit troublé par la violence même des quintes, et la maladie principale en recevra un fameux coup de fouet. Et les arthritiques, les asthmatiques, les emphysémateux, les cardiaques, combien leur affection n'est-elle pas aggravée par la fatigue de la toux, que le médecin doit combattre de prime abord!

Pour des syndromes aussi complexes que la toux et l'insomnie que tant de causes peuvent provoquer, les médicaments simples, univoques, ne conviennent pas ou doivent être employés à des doses énormes. Sans vouloir contester la supériorité fréquente des alcaloïdes sur les extraits, il est cependant un grand nombre de cas où ces derniers sont à juste titre préférés par les praticiens. C'est ce qui fait que l'on emploie les préparations de digitale plutôt que les digitalines, que la méco-narcéine, dont M. Laborde entretenait dernièrement l'Académie de médecine, est bien plus active que la narcéine presque inerte, enfin, pour parler du dernier venu dans cette série, que l'extrait de strophantus inspire plus de confiance que la strophantine (1).

La même raison explique la supériorité du Sirop de lactucarium d'Aubergier, malgré la quantité très faible d'opium qu'il contient et qui serait absolument inefficace si elle était employée seule. Le savant et persévérant doyen de la Faculté des sciences de Clermont qui, à force de recherches et d'essais, est parvenu à cultiver en grand dans les plaines de la Limagne la laitue vireuse (*lactuca virosa altissima*), a passé une partie de son existence à démontrer les propriétés calmantes et adoucissantes de cette plante. L'Académie de médecine finit par se rendre à l'évidence et approuva cette préparation qui fut inscrite au Codex de 1862. Bien rares, on le sait, sont les formules pharmaceutiques qui ont obtenu cette suprême consécration.

Mais il est nécessaire que le lactucarium soit préparé avec des précautions spéciales très minutieuses qui ne sont nullement observées pour le lactucarium du commerce que l'on cherche à obtenir avant tout à bon marché (1). Il est indispensable de conserver dans le suc du lactucarium tous les principes correctifs qui exaltent les propriétés de l'opium tout en diminuant ses effets irritants. Aussi le Sirop d'Aubergier possède-t-il les propriétés calmantes et sédatives de l'opium, sans provoquer aucun des symptômes de congestion cérébrale, de constipation ou d'inappétence, ce qui lui permet d'être parfaitement toléré par tous les tempéraments. Ainsi que le disait, un jour, un de nos maîtres en thérapeutique, le docteur Jules Simon, médecin de l'hôpital des Enfants, c'est un excellent médicament de la coqueluche et du faux croup des enfants. Employé au début des rhumes, il fait cesser toute irritation et fait merveille comme calmant nocturne, là où les opiacés eux-mêmes échouent ou produisent mauvais effet, ainsi que l'ont démontré les expériences (2) de M. Deschamps d'Avallon, et de Debout.

En somme, c'est une excellente préparation que les praticiens ont eu raison de continuer à prescrire en dépit de l'avalanche des nouveautés thérapeutiques, parce qu'elle agit selon les préceptes de l'ancienne médecine, *cito, tuto et jucunde.*

(1) M. Bucquoy. Académie de médecine, séance du 8 janvier 1889.

(1) Le lactucarium, obtenu par incision des tiges de la *lactuca virosa altissima*, revient à 300 francs le kilogramme. Le lactucarium du commerce, préparé à chaud avec toute la laitue ordinaire, coûte 20 francs, mais est complètement inerte.

(2) *Compendium* de Deschamps (d'Avallon), p. 312, et *Matière médicale et thérapeutique* de Bouchardat, p. 70.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 janvier 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Garrigou qui se porte candidat au titre de membre correspondant (première division).

2° Une lettre de M. Guermonprez (de Lille) qui se porte candidat au titre de membre correspondant national (deuxième division).

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE STROPHANTUS ET LA STROPHANTINE

M. G. Sée termine la communication qu'il a commencée dans la précédente séance et la résume dans les conclusions suivantes :

1° Pour remplir les indications thérapeutiques, les principes essentiels, à savoir les alcaloïdes et les glucosides, ont une supériorité incontestable sur les plantes, la quinine sur le quinquina, la morphine sur l'opium, l'atropine sur les belladonées, la digitaline sur toutes les préparations de digitale, la strophantine sur le strophantus, et j'ajoute l'oléandrine, sorte de digitaléine, et la néréine, sorte de digitaline, bien étudiées depuis vingt ans et contenues dans le laurier rose, que M. Dujardin-Beaumetz vient de révéler au monde pharmaceutique. Dans tous ces cas, on peut se passer de la plante qui est un mélange informe, dangereux, variable, jamais on ne saurait se passer du principe essentiel qui est fixe et chimiquement défini ; si on veut formuler avec précision, le choix entre les deux ne saurait être douteux.

2° Avant d'apprécier la valeur curative des médicaments, il importe de savoir qu'il est des maladies cardiaques, en grand nombre, qui peuvent se passer, pendant de longues années et jusqu'à un quart de siècle, de l'intervention, sinon du médecin, du moins des drogues. Sous ce rapport, j'établis une série clinique qui se dessine d'abord par une grande stabilité, sans cependant arriver jamais à une guérison absolue ; elle commence par l'insuffisance aortique qui, tout en étant de la dernière évidence, peut rester stationnaire, bénigne, sans troubler les fonctions, du moins chez les jeunes gens. Ensuite vient, surtout chez les jeunes filles chlorotiques et chez les femmes, le rétrécissement mitral qui laisse la santé du malade à peu près indemne, et qui peut même guérir, tandis qu'à un âge plus avancé et chez l'homme, le

rétrécissement mitral présente plus de gravité. Toutefois, elle n'atteint jamais celle de l'insuffisance mitrale, qui ne reste jamais au même point, qui progresse sans cesse, quoique, par suite d'une erreur de diagnostic, on ait parlé en Angleterre de sa curabilité.

J'aime mieux croire à l'arrêt prolongé et même à la régression des dégénérescences graisseuses ou même fibreuses du muscle du cœur. Mais le danger s'aggrave singulièrement, quoique d'une manière lente, lorsqu'il s'agit d'hypertrophies cardiaques nées sous l'influence de la sclérose des artères du corps. Cette situation est plus menaçante encore quand cette sclérose atteint les artères coronaires du cœur. L'artérite coronaire est funeste de deux façons ; elle produit dans la tunique musculaire du cœur, une transformation fibreuse avec transformation graisseuse ; cela est irrémédiable ; ou bien elle provoque, par l'oblitération des artères coronaires, des accès d'angine de poitrine, dont on connaît la gravité ou du moins la curabilité restreinte.

3° En présence de ces divergences dans la marche, dans le pronostic des divers types cardiaques, il n'est pas étonnant que certains médicaments réussissent. Quand on attribue une amélioration au strophantus dans les insuffisances aortiques, on se demande quel est le bienfait obtenu. Si le cœur a fléchi et dévié de sa force comparative, c'est la spartéine ou la strophantine qu'il faut. S'il y a de l'oppression, ce qui est le premier signe de la perte de l'équilibre circulatoire, je préfère l'usage de l'iodure de potassium. De même dans le rétrécissement mitral pur, il n'y a rien à faire ; ou bien il faut de l'iodure s'il y a dyspnée, de la digitale ou de la caféine s'il y a des hydropisies. S'agit-il d'une insuffisance des valvules mitrales ou d'une impotence du muscle cardiaque arrivées, l'une ou l'autre, à la période de trouble, appelée à tort asystolie ? Comme c'est là que le strophantus réclame une supériorité sur tous les autres médicaments, par suite surtout de sa propriété diurétique, je n'abdique nullement devant ce pouvoir surfait, car il ne sait ni régulariser ni ralentir le pouls comme le font la digitale et l'iodure ; il ne peut pas rétablir le calme de la respiration comme le fait encore l'iodure, aidé des injections d'antipyrine ; il n'arrive pas à dissiper l'hydropisie, même quand il produit l'urination, et cela parce que l'urination obtenue ne dépasse pas un certain chiffre (2 000 à 2 500 gr.), tandis que les véritables diurétiques comme le lait, le benzoate de caféine, la digitaline et le calomel sont plus énergiques, plus sûrs, plus prompts, réalisent une diurèse considérable, la seule capable de conjurer le danger qui est menaçant.

Il n'arrive que bien rarement qu'on ne puisse pas, en employant tour à tour ces divers moyens curatifs, parvenir à arrêter cette phase troublée. Le trouble peut renaître et, dans ce cas, comme dans l'intervalle des attaques d'asystolie, il est bon d'ajouter, au traitement d'urgence, la médication iodurée.

Si nous parvenons à retrouver le calme dans les insuffisances mitrales et surtout dans les transformations graisseuses ou même fibreuses du cœur, ou bien encore dans les cœurs surmenés ou forcés, il faut recourir à nouveau à la strophantine, ou à la spartéine, ou à la convallarine, qu'on peut alterner et continuer sans aucun inconvénient, d'une manière incessante et prolongée ; ici encore le strophantus a été trouvé inefficace.

Il n'est pas et il ne saurait pas être question du strophantus dans les affections cardiaques pour les hypertrophies gauches provoquées par l'induration et la perte d'élasticité des artères. S'il existe un moyen de pourvoir à la nutrition du muscle et du cœur et d'empêcher l'hypertrophie de dégénérer ou de se transformer en une dilatation avec amincissement et affaiblissement du myocarde, c'est encore à l'iodure, avec ou sans addition des toniques du cœur, qu'il faut avoir recours.

Il en est de même dans les affections cardiaques provenant des artérites coronaires ou angines de poitrine; là je repousse formellement la strophantine et le strophantus et je prescris, avec les iodures qui maintiennent la nutrition du muscle cardiaque, la pyridine en inhalations et l'antipyrine injectée sous la peau, qui est le médicament le moins offensif et surtout le plus calmant pour les douleurs cardiaques, et qu'on peut prescrire, malgré sa propriété de diminuer les urines ; car, dans les angines, il est inutile de provoquer l'urination, et il est urgent de calmer les douleurs angoissantes si souvent mortelles.

C'est encore l'antipyrine, ce sont aussi la spartéine et la convallarine qui réussissent dans les névroses du cœur.

4° Le strophantus n'a pas d'avantages réels sur la strophantine. Il présente des variations énormes quant à son pouvoir physiologique, d'ailleurs mal connu ; il varie certainement dans sa teneur en strophantine, qui est le seul principe actif. Aussi doit-on prescrire ce glycoside, et cela à la dose d'un à deux cinquièmes de milligramme. Aujourd'hui ce glycoside est défini chimiquement, on sait exactement ce qu'on fait et ce qu'on ordonne ; si on veut y ajouter un des diurétiques indiqués, tels que la digitaline, la caféine ou même la théobromine (alcaloïde du chocolat), on arrivera à des résultats infiniment supérieurs à ceux de toute autre médication.

Ce sera, du reste, l'honneur de la médecine moderne et de la chimie biologique de substituer partout et toujours aux médicaments empiriques les principes chimiques rigoureusement déterminés.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que les statistiques invoquées par M. Sée, toutes favorables à la thèse de la supériorité de la strophantine sur les extraits de la plante, n'ont pas la valeur qu'elles semblent avoir. Toutes les affections orificielles du cœur ont une évolution fatalement progressive. Si, dans les premières phases de la maladie, on obtient aisément et à l'aide de médications variées de notables et rapides améliorations, il n'en est plus de même dans les stades ultimes. Alors toute médication peut rester sans effet ou même être suivie de mort. Quand le myocarde est dégénéré, tous les médicaments perdent leur efficacité. C'est là une considération importante dont les statistiques relevées par M. Sée ne tiennent aucun compte.

En ce qui concerne la valeur comparée des alcaloïdes et des extraits de plantes, M. Beaumetz estime que, d'une manière générale, l'introduction dans la thérapeutique des principes actifs constitue un réel progrès. Mais, pour le cas particulier des médicaments toni-cardiaques, il donne la préférence, jusqu'à nouvel ordre, aux infusions, aux macérations de digitale comme jouissant d'une action plus constante et plus sûre que la digitaline.

Quant à l'efficacité du strophantus dans les maladies chroniques des reins, il maintient ses conclusions premières, car il en a obtenu d'excellents résultats.

M. G. SÉE reconnaît l'importance de la notion de l'âge des malades et de la période de leur maladie dans l'appréciation des données statistiques. Mais il maintient la supériorité des principes essentiels, des alcaloïdes et de la digitaline en particulier, sur les extraits de plantes dont l'efficacité varie d'une année à l'autre, d'une officine à l'officine voisine.

M. C. PAUL expérimente chaque jour, depuis un an, le nouveau remède. Il a employé d'abord une teinture au dixième, mais il y a bientôt renoncé pour se servir de préparations sous forme pilulaire. Il a donc, comme M. Bucquoy, employé des préparations de deux sortes : des pilules renfermant un milligramme d'extrait de strophantus et d'autres pilules contenant un dixième de milligramme de strophantine. Pour chacune d'elles la dose moyenne a été de 3 pilules par jour.

L'extrait de strophantus a paru à M. Paul beaucoup plus actif. Au point de vue physiologique, le strophantus est diurétique, exerce une certaine action tonique sur le cœur, et n'influence presque pas la fréquence du pouls. Ce médicament est donc peut-être plus rénal que cardiaque. Son action diurétique est moindre que celle de la digitale, mais plus rapide, car elle se fait sentir dès le premier jour. Elle se soutient assez bien pendant une dizaine de jours, après quoi elle baisse. D'autre part, le strophantus diffère encore de la digitale en ce qu'il n'a pas d'action bien marquée sur le pouls.

Relativement aux indications thérapeutiques du strophantus dans les maladies du cœur, M. C. Paul estime que c'est dans les

maladies auriculo-ventriculaires arrivées à la période des hydropisies qu'il rend les meilleurs services.

Dans les affections aortiques l'action tonique et hydragogue est tout à fait insuffisante. Tout en étant de valeur secondaire dans le traitement des maladies du cœur, le strophantus est de beaucoup supérieur à la caféine, à l'adonis vernalis, à la spartéine.

M. Paul ajoute quelques mots sur les affections du cœur, que M. Germain Sée appelle latentes. Ces maladies ne méritent pas ce nom en réalité, car le malade est atteint d'un malaise, d'un trouble fonctionnel pour lequel il vient consulter, et ce malaise est caractéristique. M. Paul lui a donné le nom de « dyspnée d'effort ».

Au repos, le malade ne ressent aucun malaise, mais pour peu qu'il doive faire un effort, même léger, apparaît la dyspnée que M. Germain Sée a appelée « dyspnée de travail »; il préfère le mot de dyspnée d'effort, car le travail ne donne pas toujours la dyspnée, — le travail intellectuel, par exemple, — tandis que tout effort la produit.

Ainsi les maladies de cœur, dites latentes, donnent lieu à un symptôme fonctionnel caractéristique. Ces maladies sont importantes à connaître, car ceux qui en sont atteints doivent suivre une hygiène appropriée, comme l'a fait remarquer M. Sée.

Il existe cependant des affections du cœur congénitales, avec lésions bien déterminées, qui ne se traduisent par aucun symptôme; M. Paul en cite plusieurs exemples.

Aménagements improvisés des wagons à marchandises pour le transport des blessés. — M. BOULOUMIÉ (de Vittel), qui a fait récemment à l'Académie une communication sur l'aménagement des voitures de culture et d'industrie pour le transport des blessés, présente deux appareils de son invention, faciles à improviser partout, destinés à suppléer, en cas de guerre, au manque ou à l'insuffisance des appareils Bry-Ameline, adoptés par le service de santé de l'armée.

M. Bouloumié a cherché la simplicité, la solidité, la sécurité, et il s'est arrêté à deux appareils, simples l'un et l'autre, essentiellement constitués par des rondins de bois formant supports et des cordes formant ressorts, qu'on peut disposer dans tous les wagons, quel que soit leur type, sans avoir à placer une attache ou à percer un trou dans leurs parois.

Ces deux appareils, expérimentés dans des trains de vitesse, ont donné de très bons résultats. Bien que dénués de courroies dites de brelage, employées jusqu'à présent, ils ne font subir ou ne communiquent aux brancards ni mouvement de latéralité ou de lacet, ni mouvement de projection au moment des arrêts. Ils sont l'un et l'autre pourvus de pièces dites de sécurité, qui empêcheraient des chutes en cas de rupture d'un des éléments essentiels.

De ces appareils, l'un est nommé *appareil à cadres*, l'autre *appareil à simples montants*. Des cordes tendues horizontalement constituent les ressorts sur lesquels reposent les traverses qui supportent les brancards. Ils s'attachent aux parois du wagon par des cordes passées dans les trous existants pour la fixation des appareils Bry-Ameline. Ils permettent tous deux le transport de douze blessés par wagons, disposés en deux étages de trois, à l'avant et à l'arrière du wagon.

L'appareil à simples montants a, sur les appareils Bry-Ameline et sur l'appareil à cadres, l'avantage de permettre un éloignement suffisant des brancards et leur déplacement parfois nécessaire en cours de route, pour faire ou modifier un pansement, mais comme on ne peut pas placer les cordes de sécurité dans tous les wagons, M. Bouloumié tient à conserver l'appareil à cadres qui, moins simple et moins doux, il est vrai, que le précédent, est très solide, très stable, peut être placé partout et porte avec lui ses éléments de sécurité. Il serait bon que les infirmiers militaires fussent instruits de la fabrication et du mode d'emploi de l'un et de l'autre, comme vont l'être les brancardiers de frontière organisés par l'auteur pour le transport des blessés en cas de guerre.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Charpentier sur les titres des candidats à la place de membre titulaire, vacante dans la section d'accouchements.

Les candidats sont classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Budin; en deuxième ligne, M. Pinard; en troisième ligne, MM. Doléris, Porak, Ribemont, Verrier.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 janvier 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs de Brinon, Battle, Malpas, Seigneur, Morisse, Forest-Defaye, Jarjavay, Lenys, Martin, Cisterne, Testu et Leplat.

— MM. les docteurs qui désireront prendre part au concours pour l'admission aux emplois de chirurgien suppléant et de médecin suppléant à l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, se feront inscrire au ministère de l'Intérieur (direction de l'administration pénitentiaire, cabinet du conseiller d'État, directeur), rue Cambacérès, 11, de dix heures à quatre heures, et y déposeront leurs pièces et titres.

Le registre d'inscription ouvert le lundi 28 janvier, à dix heures, sera clos définitivement le samedi 23 février, à quatre heures.

Les candidats qui seront admis à concourir recevront, avant le 28 février, avis de la décision les concernant.

Pour les diverses conditions du concours, se reporter à notre numéro du mardi 18 décembre 1888.

— Un concours pour une place de professeur suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale, à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, s'ouvrira le 20 juin 1889, à la Faculté de médecine de Bordeaux.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Gerbaud, agrégé, est chargé d'un cours de clinique obstétricale et gynécologie.

— M. le docteur Gosselin, professeur suppléant à l'École de médecine de Caen, est nommé médecin de l'Asile d'aliénés du Bon-Sauveur, en remplacement de M. Maheut, démissionnaire.

— M. le docteur Gay (d'Arles) est nommé médecin-directeur du Sanatorium de Banyuls (Pyrénées-Orientales).

— M. Fauconnier soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 30 janvier 1889, à huit heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Recherches sur quelques dérivés de la glycérine. »

— La Société d'hydrologie médicale de Paris, reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 29 juin 1888, a reconstitué, comme suit, son bureau pour 1889 :

Président, M. Danjoy; vice-présidents, MM. Philbert et Sénac-Lagrange; secrétaire général, M. Leudet; secrétaires annuels, MM. Bottey et Schlemmer; trésorier, M. Royer; archiviste, M. Cazaux.

— On demande un jeune docteur en médecine dans un chef-lieu de canton de la Charente-Inférieure, et un autre dans la Côte-d'Or. — S'adresser pour les renseignements à M. le docteur J.-A. Fort, 55, avenue Marceau.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction du docteur Dechambre, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur Lereboullet, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine.

La deuxième partie du tome XIV et la première partie du tome XV de la quatrième série, viennent de paraître. — Prix de chaque demi-volume : 6 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Almanach-Annuaire des médecins et pharmaciens de France pour 1889. 1 volume in-18 jésus de 750 pages. — Prix : Paris, 2 francs ; départements, 2 fr. 50. — Paris, Alcan-Lévy.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les lésions artérielles de la syphilis.

Par M. le docteur Georges THIBIERGE,
Ancien interne, lauréat des hôpitaux.

Les maladies infectieuses déterminent toutes, à de rares exceptions près, des altérations artérielles : cette loi de pathologie générale, aujourd'hui démontrée pour la plupart des infections aiguës (fièvre typhoïde, variole, rougeole, scarlatine, diphthérie, etc.), et un certain nombre d'infections chroniques, telles que la tuberculose, est l'analogue de cette autre loi d'après laquelle les intoxications produisent des lésions vasculaires. Dans les deux cas, l'agent morbifique — agent figuré ou agent chimique — lèse le tissu avec lequel il se trouve nécessairement en contact plus ou moins prolongé pendant ses pérégrinations à travers l'économie.

La multiplicité même de ces causes de lésions vasculaires nuit à leur étude et à la détermination exacte de leur influence dans un cas donné : les causes nocives, dont l'action est rendue plus facile par l'existence même de lésions antérieures de l'endartère, deviennent de plus en plus difficiles à reconnaître, à mesure qu'un plus grand nombre d'entre elles a déjà fait sentir ses effets ; dans l'interprétation étiologique d'un fait d'athérome ou d'artério-sclérose, on se trouve arrêté par la multiplicité des causes qu'on peut lui attribuer et on ne parvient que bien rarement à déterminer l'influence et l'importance de chacune d'elles.

Ces difficultés se rencontrent à chaque pas dans l'histoire pathologique des artères et expliquent les obscurités qu'elle présente, au point de vue étiologique surtout. Elles disparaîtraient si chacune des causes qui adultèrent la structure des artères avait pour effet une lésion univoque et caractéristique. Malgré tous les efforts faits dans cette voie, on n'est pas parvenu à découvrir une lésion spécifique de chacune des infections qui retentissent sur les artères.

Si ce criterium anatomique, si cette lésion spécifique fait défaut dans les maladies infectieuses aiguës et dans les intoxications, il semble qu'elle doive, par contre, exister dans certaines infections chroniques ; la tuberculose et la syphilis surtout doivent, semble-t-il, en se localisant sur les artères, conserver leurs caractères ordinaires de spécificité anatomique, y manifester leur action en produisant le développement du tuberculome et du syphilome. A cet égard et quelle que soit la solution à intervenir, l'étude de la syphilis artérielle présente un intérêt de premier ordre.

En outre, les lésions artérielles consécutives à la syphilis sont multiples dans leurs localisations et dans leurs manifestations symptomatiques, souvent inattendues dans leur apparition ; elles méritent donc l'attention du clinicien, d'autant plus qu'elles sont, à certaines périodes de leur évolution, tout au moins, susceptibles de guérison plus ou moins complète, et que, à cet égard, elles se distinguent de la plupart des autres altérations artérielles.

I

Dès ses premières phases, la syphilis porte son action sur les artères.

Au niveau du chancre induré, les tuniques artérielles présentent un épaississement scléreux portant surtout sur la membrane externe ou adventice, épaississement qui peut doubler ou tripler leurs dimensions extérieures (1). Si, contrairement à l'opinion longtemps professée par les histologistes allemands, et admise encore par Unna, cette sclérose vasculaire initiale n'est ni constante, ni caractéristique de l'induration chancreuse [Neisser, Leloir (2)], il n'en reste pas moins qu'elle y est fréquente. Dans toutes les productions de la période secondaire, les artères sont le siège de lésions très analogues. A la période tertiaire, les artères sont encore altérées. Les gommes paraissent avoir pour origine constante la périphérie des vaisseaux (3). Au centre des lésions scléreuses, on trouve également des altérations vasculaires : la néphrite interstitielle des syphilitiques, la syphilis hépatique à forme scléreuse, les glossites tertiaires sont très probablement commandées par des artérites d'origine spécifique ; une étude attentive de leur processus montrerait sans doute que leur topographie est en rapport avec la distribution des artérioles viscérales.

A toutes les périodes, les productions syphilitiques sont donc, sinon constamment, du moins presque toujours accompagnées, peut-être toujours précédées et déterminées par une lésion artérielle ; longtemps considérée comme portant son action principalement sur le système lympha-

(1) Voir en particulier : CORNIL. *Leçons sur la syphilis.* Paris 1879, p. 38.
(2) LELOIR. *Leçons sur la syphilis.* Paris 1886, p. 83.
(3) BALZER. *Revue de médecine*, 1884.

tique, la syphilis doit, au contraire, être regardée comme localisant de préférence ses atteintes sur l'appareil artériel.

Si importantes que soient, au point de vue de l'anatomie pathologique générale de la syphilis et de la pathogénie de ses lésions, les altérations artérielles comprises dans le syphilome et dans les scléroses syphilitiques, elles ne nous arrêteront pas ici : elles ne constituent qu'une lésion histologique qu'il nous suffit d'avoir signalée.

Notre intention est d'étudier seulement les lésions des artères de plus gros calibre, celles qui donnent lieu par elles-mêmes à des manifestations cliniques et méritent seules le nom de *syphilis artérielle*.

La plus anciennement connue de ces lésions est celle qui, par ses caractères morphologiques, rentre dans le type ordinaire des altérations syphilitiques tertiaires, nous voulons parler de la gomme. Elle revêt sur les artères la même apparence que sur les viscères. Mais les faits de gommes volumineuses des artères se comptent, on est même en droit de se demander, à propos de plusieurs d'entre eux, non pas s'il s'agit d'une gomme syphilitique, mais s'il s'agit bien d'une lésion artérielle, car la faible étendue de leurs adhérences à la paroi vasculaire et leur siège ordinaire dans des régions et au milieu de tissus qui sont fréquemment l'origine de gommes, peut faire croire que la relation avec l'artère est secondaire et consiste simplement dans le voisinage et dans une adhésion accidentelle. Néanmoins quelques faits semblent à l'abri de toute critique de ce genre : telle est une observation de Weber, dans laquelle une gomme s'était développée dans les parois mêmes de l'artère pulmonaire.

Si elle était réduite à l'exposé de ces faits rares, insolites, trouvailles d'autopsie sans histoire clinique, l'étude de la syphilis artérielle serait dépourvue d'intérêt; mais, à côté de ces cas de gommes massives, se trouvent des faits bien plus nombreux, dans lesquels la lésion artérielle revêt l'apparence ou d'une production nodulaire, ou d'une artérite véritable. Ce sont ces faits qui constituent la véritable histoire de la syphilis des artères.

La première étude histologique complète de l'artérite syphilitique est celle qu'a faite Heubner en 1874. D'après lui, la lésion débute immédiatement au-dessous de l'endothélium, entre celui-ci et la membrane fenêtrée. On y trouve d'abord quelques noyaux disséminés dans une substance amorphe; bientôt apparaissent quelques éléments fusiformes, provenant probablement de l'endothélium vasculaire; ces éléments prolifèrent activement, soulèvent le revêtement endothélial et le séparent de la membrane fenêtrée. Il en résulte parfois la formation d'une véritable petite tumeur faisant saillie dans la lumière du vaisseau, cette tuméfaction occupe le plus souvent un seul point, rarement toute la circonférence du vaisseau. Vers la partie externe, les cellules de nouvelle formation pénètrent entre les trous de la membrane fenêtrée, remplissent ses enfoncements et ses dépressions et rendent sa surface lisse et régulière. Heubner conclut de ses recherches que l'artérite syphilitique débute toujours par les couches internes de l'artère. Il a bien vu, dans les cas où les lésions sont plus considérables, une membrane fenêtrée et des fibres musculaires dans la couche de cellules néoformées, mais il les attribue à la production de nouveau tissu élastique et de nouvelles fibres musculaires, et il compare cette néoformation à un néoplasme reproduisant la structure des artères.

Quelques examens histologiques ont paru confirmer l'opinion de Heubner sur la topographie des lésions de l'artérite syphilitique ; mais Baumgarten et M. Lancereaux se sont inscrits en faux contre les assertions de Heubner à ce sujet. Pour eux, l'artérite syphilitique n'est pas une endartérite, elle occupe primitivement la tunique externe : celle-ci est infiltrée « de petites cellules rondes pourvues d'un noyau volumineux et qui se groupent de façon à former des amas ou foyers multiples autour desquels on observe assez ordinairement des cellules géantes ; à la limite de ces foyers les nouveaux éléments se développent, de façon à constituer des vaisseaux et un tissu de cicatrice; mais au centre, où leur nutrition devient difficile, ils subissent une transformation granulo-graisseuse qui donne à la nodosité une coloration jaunâtre et en facilite la résorption » (Lancereaux). Le siège des lésions dans la tunique externe est dû, d'après M. Lancereaux, à l'existence autour des artères cérébrales de la gaine lymphatique de His et à la prédilection du virus syphilitique pour les organes lymphatiques : c'est pour cette raison que, d'après lui, l'artérite syphilitique a pour siège exclusif les vaisseaux encéphaliques.

Heubner, tout en admettant comme lésion principale et primordiale l'endartérite proliférante, reconnaissait aussi l'existence d'une lésion de la tunique externe, qu'il attribuait à la propagation de l'inflammation des vasa vasorum, l'endothélium de ceux-ci étant adultéré par le virus syphilitique. Il y avait donc, d'après lui, deux foyers d'origine à la lésion artérielle, la couche sous-endothéliale du vaisseau (foyer principal) et les vaisseaux nourriciers de ce dernier (foyer accessoire et secondaire).

Actuellement, on a grande tendance, et Rumpf formule nettement cette opinion, à considérer les lésions de la tunique externe, sur lesquelles M. Lancereaux et Baumgarten insistaient avec raison, comme les plus importantes, comme le point de départ des lésions des couches internes; on les attribue à une inflammation ayant pour centre les vasa vasorum et résultant de la présence du virus syphilitique dans l'intérieur de ceux-ci. Les lésions des parois artérielles deviennent ainsi, comme les lésions syphilitiques de tous les viscères et de tous les tissus, la conséquence des altérations de leurs vaisseaux nourriciers au contact du sang modifié par la syphilis, c'est-à-dire de l'agent pathogène encore inconnu de cette infection.

Comme les autres lésions d'origine syphilitique, l'artérite dépasse les bornes de ses foyers primitifs; tout en restant plus prononcée autour des vasa vasorum, l'infiltration cellulaire atteint la tunique moyenne, dissocie et atrophie ses éléments, diminue sa résistance à la pression sanguine et favorise sa distension; enfin, elle envahit la tunique interne et, trouvant là des tissus dans lesquels elle se produit plus facile, elle y présente un nouveau maximum.

La question de topographie histologique mise à part — et nous voyons combien elle a peu d'importance — il reste aux lésions de l'artérite syphilitique deux caractères sur lesquels ont insisté les auteurs pour prouver leur spécificité : ce sont la tendance à la formation de nodules ayant quelque ressemblance avec des gommes et l'évolution de ces lésions.

Certains nodules miliaires, faisant saillie à l'intérieur ou à l'extérieur du vaisseau malade, se voient, en effet, dans bon nombre de cas, et établissent un intermédiaire entre la gomme artérielle proprement dite, extrêmement rare, et l'artérite simple; au microscope, on voit aussi la tendance à la formation d'infiltrats nodulaires, sortes de gommes microscopiques, renfermant parfois des cellules géantes; mais

ces nodules et ces cellules n'ont rien de spécial à la syphilis et sont un mode fréquent de réaction lente des tissus sous l'influence d'un agent infectieux (par exemple le bacille tuberculeux); ils font d'ailleurs défaut dans un nombre respectable de cas et les nodules plus volumineux, appréciables à l'œil nu, manquent souvent aussi.

L'artérite syphilitique, Heubner en fait un de ses caractères principaux, n'aboutirait jamais à la dégénérescence graisseuse ni à l'infiltration calcaire, et différerait ainsi de l'athérome artériel. Enfin, M. Lancereaux insiste sur le peu d'étendue des lésions de l'artérite syphilitique, sur leur localisation au système artériel de l'encéphale.

Des exemples, qui paraissent incontestables, montrent cependant l'artérite syphilitique aboutissant à des altérations qui rappellent absolument l'athérome artériel (1); ils la montrent siégeant non plus sur les artères cérébrales, mais sur les artères des membres ou sur l'aorte; ils la montrent même diffuse, occupant une grande étendue du système artériel.

Il faut donc conclure que la valeur pathognomonique qui, au début des recherches sur ce sujet, pouvait être légitimement attribuée à certains caractères de l'artérite syphilitique, n'a pas été confirmée par les travaux ultérieurs; l'énonciation de ces caractères a, dans les premières phases de ces recherches, largement contribué à faire admettre l'existence et la réalité de cette lésion; mais à l'heure actuelle on ne peut plus les considérer comme constants et univoques. Plus on approfondit l'histoire des lésions artérielles de la syphilis, plus leur domaine s'étend, moins elles apparaissent spéciales et spécifiques. On voit chaque jour s'accroître le nombre de cas où, la syphilis apparaissant à l'origine, les attributs macroscopiques et microscopiques des lésions n'ont plus rien de spécial et où ces lésions présentent les caractères généraux qu'elles offrent dans toutes les maladies infectieuses : le processus étant identique dans toutes les maladies infectieuses, comme est identique la nature microbienne de l'agent causal, les lésions n'ont rien de spécifique dans leur apparence extérieure et, après avoir cherché vainement les caractères macroscopiques et les caractères microscopiques qui les distinguent, il ne resterait plus, après les preuves cliniques, qu'un moyen d'exploration et de différenciation : la recherche de l'agent pathogène spécifique. L'heure est proche peut-être, mais n'a pas encore sonné, où, celui de la syphilis étant connu, cette preuve sera possible et dissipera tous les doutes.

II

La première mention de l'artérite syphilitique des artères cérébrales semble appartenir à Dittrich (2), Gildemeester et Hoyack (3), Virchow (4) en publient ensuite des exemples. M. Lancereaux la signale, dès 1861, dans un mémoire publié en collaboration avec L. Gros, puis en rapporte de nouvelles observations dans sa thèse de doctorat et, depuis lors, est revenu à plusieurs reprises sur ce sujet de prédilection (5). Après les premières observations de M. Lancereaux se placent celles de Wilks (1), de Huglings Jackson (2), qui insistent sur le rôle des lésions artérielles dans la production des accidents cérébraux de la syphilis; puis les faits se multiplient : Buzzard, Broadbent, Moxon en publient plusieurs. Aucun d'eux ne donne d'étude histologique suffisante, et on peut toujours se demander si les lésions observées relèvent de la syphilis, ou si elles n'appartiennent pas plutôt à la tuberculose. Cette étude anatomique précise est due à Heubner (3). Dans un travail important, plus connu que les précédents dont il a presque fait oublier l'existence, cet auteur montre la fréquence des lésions artérielles du cerveau dans la syphilis, leur assigne des caractères spéciaux, ainsi que nous venons de le montrer. M. Lancereaux revient sur ce sujet, montre l'exagération de certaines des opinions de Heubner, que Baumgarten (4) avait déjà critiquées. M. Rabot (5) consacre une bonne thèse à l'étude de ces lésions. L'artérite cérébrale syphilitique entre peu à peu dans le domaine classique. M. Hanot (6) lui consacre une part importante de la remarquable revue critique qu'il publie, en 1877, sur la syphilis cérébrale. M. le professeur Fournier (7) la décrit magistralement dans ses leçons sur la syphilis du cerveau, montre quelle importance elle a dans la production de celle-ci, quel rôle elle y joue, et insiste sur les conséquences et les lésions banales que produit cette lésion spécifique. Dès lors, il reste peu à ajouter à son histoire, quelques points seulement n'ont pas encore été signalés, que des publications de détail font connaître. Son existence est, d'ailleurs, admise par tous et, dans le livre le plus récent sur la syphilis cérébrale, Rumpf (8) lui donne une place plus considérable encore que ses prédécesseurs.

Toutes les artères cérébrales peuvent être atteintes; les carotides et les vertébrales sont parfois le siège de ces lésions; mais ce sont surtout les sylviennes, au niveau de leurs premières divisions, et le tronc basilaire : l'importance de ces vaisseaux dans la circulation cérébrale atteste les conséquences que peuvent avoir leurs altérations.

Les lésions sont ordinairement limitées à une faible étendue, et elles occupent quelquefois deux points symétriques, ainsi, du reste, qu'on l'observe fréquemment pour les lésions cérébrales, de quelque nature qu'elles soient.

A leur niveau, le calibre de l'artère est tantôt diminué, tantôt augmenté. Le plus souvent, et surtout lorsque la syphilis est peu avancée ou que les troubles cérébraux sont d'origine récente, l'artère malade est rétrécie, sa paroi épaissie, son calibre diminué et sa cavité comblée par un caillot fibrineux. Lorsque le malade a survécu un certain temps aux premiers accidents cérébraux, l'artère est au point malade complètement oblitérée par le caillot et par la néoformation qui est partie de sa paroi pour la combler : la cavité artérielle peut avoir, de la sorte, entièrement dis-

(1) Cornil. *Journal des connaissances médicales*, 11 février 1886.
(2) Dittrich. *Prager Vierteljahr.*, 1849, t. I.
(3) Gildemeester et Hoyack. *Nederl. Weekbl.*, janvier 1854.
(4) Virchow. *La syphilis constitutionnelle*, trad. française, Paris 1859.
(5) Lancereaux et Gros. *Les affections nerveuses syphilitiques*, Paris 1861. — Lancereaux. Thèse de doctorat, 1862; — Des cicatrices du foie dans le diagnostic anatomique de la syphilis viscérale, *Bulletin de la Société anatomique*, 1862; — Leçons sur la syphilis, in journal *l'École de médecine*; — *Traité historique et pratique de la syphilis*, Paris 1874; — *Traité d'anatomie pathologique*, t. II, 1879-1881; — Leçons sur la syphilis cérébrale, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1882.

(1) Wilks. *Guy's hospital Reports*, 1863.
(2) H. Jackson. *The Journal of mental Science*, 1874.
(3) Heubner. *Die luetische Erkr. der Hirnarterien*, etc., Leipzig 1874.
(4) Baumgarten. *Berliner klinische Wochenschrift*, 20 septembre 1875, et *Archiv. der Heilkunde*, XVI, 1875.
(5) Rabot. *Contribution à l'étude des lésions syphilitiques des artères cérébrales*, Thèse de Paris, 1875.
(6) Hanot. *Revue des sciences médicales*, 1877, t. IX, p. 724.
(7) Fournier. *La syphilis du cerveau*, 1879.
(8) Rumpf. *Die syphilitischen Erkr. des Nervensystems*, Wiesbaden 1887.

paru, et l'artère former « un cordon mince et solide que ne peut traverser même une injection d'air (1) ». C'est là, véritablement, le type de l'artérite oblitérante. Souvent, en amont de cette oblitération, il y a une dilatation relative de l'artère. Mais le fait capital, au point de vue des conséquences de l'artérite, est l'oblitération du vaisseau et l'interruption de la circulation dans le territoire correspondant. Qu'il s'agisse d'une embolie ou d'une thrombose, que cette thrombose soit d'origine syphilitique ou d'une autre origine quelconque, une « artère terminale », comme les artères cérébrales, ne peut être suppléée en tant que canal d'irrigation : la partie correspondante de l'encéphale est, si l'oblitération persiste, vouée à la mort par le fait du ramollissement qui va s'emparer d'elle. Les conséquences de l'artérite syphilitique n'ont plus alors rien de spécifique : M. le professeur Fournier a consacré de remarquables pages de son livre sur *la Syphilis du cerveau* à montrer comment, débutant par un processus spécifique, la plupart des lésions de la syphilis cérébrale aboutissent à un processus banal, vulgaire, contre lequel le traitement n'a plus aucune action. Nous n'avons pas à entrer dans le détail de ces altérations non spécifiques, qui constituent le ramollissement cérébral; mais il nous faut signaler l'état de la paroi artérielle qui présente un épaississement limité, de coloration grisâtre, et qui offre quelquefois à sa surface des nodosités miliaires ou lenticulaires, sèches, résistantes, de coloration d'autant plus foncée qu'elles sont plus anciennes.

Dans certains cas, au lieu d'une oblitération, due au rétrécissement du calibre de l'artère, il se produit, au contraire, une dilatation de celle-ci; les fibres musculaires de la tunique moyenne étant détruites ou comprimées ne peuvent plus lutter contre l'effort du sang qui tend à amplifier le calibre du vaisseau et, de même que toute lésion qui affaiblit en un point limité la résistance musculaire d'une artère, l'artérite syphilitique aboutit à la formation d'un anévrysme. Signalée par la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'artérite syphilitique et surtout par M. Lancereaux, cette altération a été récemment étudiée par M. P. Spillmann (2) qui en a réuni quatorze observations. Siégeant, le plus souvent, comme l'artérite dont ils sont la conséquence, sur les sylviennes ou le tronc basilaire, ces anévrysmes peuvent se présenter sous la forme de dilatations partielles ou de véritables petites tumeurs, généralement arrondies, dont le volume varie depuis celui d'un pois, jusqu'à celui d'une grosse noisette. La poche n'est habituellement pas tapissée de caillots; elle communique avec l'artère par un orifice assez petit, sous forme de fissure, ou bien arrondi. Une fois constitué, l'anévrysme peut persister plus ou moins longtemps; peut-être, comme le pense M. Spillmann, certains cordons fibreux et résistants, que l'on constate chez des sujets ayant succombé à la syphilis cérébrale, ne sont-ils que des anévrysmes anciens, dont les parois se sont rétractées. Il semble, cependant, que la terminaison habituelle de l'anévrysme soit la rupture suivie d'épanchement sanguin intracranien : cet épanchement peut varier de 100 à 500 grammes; l'étroitesse de la communication entre l'artère et l'anévrysme, explique comment les malades peuvent survivre plusieurs heures et même plusieurs jours à sa rupture. Si les anévrysmes des artères cérébrales ne sont pas le propre de la syphilis, celle-ci en est cependant la cause la plus ordinaire.

(1) Lancereaux. *Gazette hebdomadaire*, 1881, Obs. I.

(2) P. Spillmann. Contribution à l'étude des anévrysmes d'origine syphilitique des artères cérébrales, *Ann. de dermat. et de syphil.*, nov. 1886.

L'artérite syphilitique doit, en raison de la plupart de ses caractères, être rangée parmi les lésions tertiaires de la syphilis : c'est là, l'opinion le plus généralement admise. Sa coïncidence avec des manifestations de la syphilis ancienne, des gommes du foie, par exemple, comme dans le cas de M. Blachez (1), contribuent à la faire considérer comme une des manières d'être de la syphilis cérébrale tardive et il ne manque pas de faits, dans lesquels la chronologie des accidents éprouvés par le malade, la date reculée de l'infection viennent confirmer cette opinion : ces faits sont trop vulgaires pour nous arrêter longtemps. Aussi bien, voulons-nous insister, au contraire, sur les cas dans lesquels l'artérite syphilitique s'est montrée à une période peu avancée de l'infection syphilitique, coïncidant avec des accidents de la syphilis secondaire. Il est, aujourd'hui, bien connu que la syphilis cérébrale peut survenir à une époque peu reculée de l'infection et Gaudichier (2) a pu rapporter trente-huit observations inédites d'accidents cérébraux survenus dans les douze ou quinze premiers mois de l'infection syphilitique. Bien qu'aucune de ces observations ne soit suivie d'autopsie, il ne nous semble pas douteux que le plus grand nombre d'entre elles aient trait à des cas d'artérite syphilitique. Mais voici qui est bien démonstratif. Un malade, observé par M. Brault (3), a, au mois de mars, un chancre à la suite duquel il voit apparaître des plaques et des syphilides, il éprouve au mois de novembre une céphalalgie opiniâtre qui le force à entrer à l'hôpital ; il était encore à l'hôpital, lorsque, au mois de décembre de la même année (huit ou neuf mois après le chancre), il meurt subitement ; à l'autopsie on trouve une artérite cérébrale ayant produit une hémorrhagie méningée. Un malade du service de M. Millard dont M. Geffrier (4) a rapporté l'histoire, est atteint d'un chancre de la lèvre, vers le 15 octobre 1882 ; à la fin de décembre (deux mois et demi après le chancre), il est pris d'une céphalée atroce qui disparaît rapidement par l'iodure de potassium, mais reparaît bientôt; des accidents cérébraux plus graves se montrent et le malade meurt d'artérite cérébrale, le 24 mars 1883 (cinq mois et demi après le chancre).

Dans les faits précédents, l'artère a conservé ses dimensions normales. M. P. Spillmann rapporte deux cas d'anévrysmes des artères cérébrales, dans lesquels l'infection syphilitique datait, pour l'un, de onze mois et, pour l'autre, de huit mois. Ces faits, que nous avons choisis parmi les plus remarquables et les plus démonstratifs, en raison de la précision des détails, ne sont pas les seuls que nous puissions citer (5). Ils suffisent déjà par eux seuls pour montrer combien, chez les prédisposés, les héréditaires et les alcooliques surtout, l'artérite syphilitique cérébrale peut être étonnamment précoce.

La syphilis acquise n'a, d'ailleurs, pas le privilège de l'artérite cérébrale ; celle-ci peut se rencontrer également dans la syphilis héréditaire, où on la trouverait peut-être plus fréquemment, si on la cherchait avec plus de soin. Une

(1) Blachez. *Bulletin de la Société anatomique*, 1861. (Rapport de M. Lancereaux.)

(2) Gaudichier. *De l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis et en particulier de la syphilis cérébrale précoce*, Thèse de Paris, 1886.

(3) Brault. Société anatomique, décembre 1878.

(4) Geffrier. *Bulletin de la Société clinique*, 1883.

(5) Le Roy (*Bulletin de la Société anatomique*, 1887) rapporte une observation d'artérite au huitième mois de la syphilis.

observation de Chiari (1) fait foi de l'existence de l'artérite cérébrale dans l'hérédo-syphilis : une enfant, qui avait, dès le deuxième mois, présenté des manifestations externes de la syphilis et qui avait eu, à partir du dixième mois, des accidents cérébraux, meurt au quinzième mois ; à l'autopsie, Chiari trouve les parois des artères de la base du cerveau considérablement épaissies et plusieurs de ces vaisseaux complètement oblitérés et présentant au microscope tous les caractères de l'endartérite déformante. La syphilis héréditaire pourrait également, semble-t-il, compter l'artérite cérébrale parmi ses manifestations tardives ; nous n'en connaissons cependant aucun exemple, et M. le professeur Fournier, dans son beau livre sur *la Syphilis héréditaire tardive*, n'en fait pas mention.

L'artérite cérébrale, ou mieux encéphalique, n'a par elle-même aucun symptôme qui lui soit propre ; elle ne se révèle que par ses conséquences, par les altérations secondaires qu'elle produit dans la substance nerveuse. Ces altérations résultent d'un état d'ischémie pouvant aboutir, en fin de compte, au ramollissement des territoires ischémiés. Cliniquement, les manifestations varieront donc suivant son siège, ou plutôt suivant les fonctions des portions de l'encéphale irriguées par l'artère malade.

Néanmoins, il est, dans le début des manifestations, quelques symptômes communs à toutes les localisations de l'artérite. La céphalalgie tient la première place parmi ces symptômes, céphalalgie tantôt légère, passagère, tantôt au contraire et surtout dans les formes précoces, intense et persistante, à prédominance nocturne ; l'intensité et la persistance doivent mettre en éveil, car elles semblent plus particulièrement propres à l'artérite, surtout lorsque cette céphalalgie a un caractère de profondeur et une dissémination à toute une moitié de la tête, que l'on n'est pas habitué à rencontrer dans la méningite syphilitique ou dans les gommes. En même temps qu'il accuse cette céphalalgie, le malade se plaint souvent de vertiges, d'éblouissements fréquents, parfois même de pertes de connaissance passagères; ses facultés intellectuelles s'affaiblissent, il perd la mémoire, travaille difficilement, sa faculté d'attention diminue, il raisonne mal ou avec lenteur et péniblement. Ce sont là, en somme, les troubles prémonitoires de toutes les modifications circulatoires de l'encéphale, quelles que soient leur cause et la nature de l'altération vasculaire.

Au bout d'un temps variable, quelquefois très court (cinq à six jours), d'autres fois plus long (six et huit mois), pendant lequel ces troubles de circulation n'ont souvent fait qu'augmenter, parfois sans aucun de ces troubles prémonitoires, survient, en général brusquement, une perte de connaissance, une attaque d'apoplexie avec hémiplégie, ou bien encore une hémiplégie brusque ou lente, sans perte de connaissance. Dès lors, les accidents ne diffèrent pas de ceux produits par une embolie ou une thrombose artérielle de cause quelconque. Suivant le territoire atteint, l'hémiplégie peut être complète ou incomplète, s'accompagner ou non de troubles sensitifs, et il n'y a plus dans sa symptomatologie qu'une question de localisation et non de nature. Dans un certain nombre de cas, principalement lorsque l'artérite occupe l'artère basilaire, la mort peut être extrêmement rapide, le malade succombe en quelques heures, sans avoir repris connaissance ; parfois même, la mort est subite. D'autres fois, — plus souvent qu'avec une lésion vulgaire, parce que le traitement spécifique, employé avec une énergie suffisante, permet à la circulation de se rétablir avant que les lésions de la substance encéphalique ne soient devenues irréparables, — le malade se réveille hémiplégique, puis son hémiplégie disparaît en quelques jours et il ne reste plus qu'une céphalalgie plus ou moins intense qui cède à son tour. Plus souvent encore, le coma cesse au bout de quelques heures ou d'un petit nombre de jours et laisse le malade hémiplégique, hémiplégique incurable, comme s'il avait eu une embolie partie d'un cœur malade, et cette hémiplégie s'accompagne au bout de six à huit semaines de contracture secondaire. Dès lors, l'hémiplégie ne se distingue plus de celle qui est produite par une lésion non spécifique des artères, l'oblitération a été complète, le ramollissement cérébral s'est produit et le territoire atteint ne peut plus reprendre ses fonctions.

Telle est, rapidement résumée, l'histoire clinique de l'artérite oblitérante.

D'autres fois, un anévrysme s'est produit ; après une période pendant laquelle le malade se plaint de céphalalgie, de vertiges, a de l'affaiblissement intellectuel, période plus prolongée que dans les cas précédents et dont la durée ne chiffre souvent par mois (huit, dix, douze, quinze), et sans avoir vu survenir de signes localisés indiquant des compressions intracraniennes, le malade tombe brusquement dans le coma, avec ou sans hémiplégie, et meurt dans l'espace de quelques heures, parfois même de quelques minutes : la brusquerie des accidents terminaux est l'indice — bien souvent méconnu, par suite de sa faible valeur séméiologique — de la rupture de l'anévrysme et de l'hémorrhagie méningée qui en a été la conséquence. En outre, et pour égarer davantage le diagnostic, l'hémorrhagie méningée peut se faire lentement, par suite de l'étroitesse du pertuis artériel et les accidents, auxquels elle donne lieu, mettent plusieurs jours à se produire.

Dans une autre série, constituée par des cas dans lesquels l'artérite s'est développée à un âge assez avancé de la syphilis, les phénomènes de dépression intellectuelle dominent, le tableau clinique est celui du ramollissement cérébral sénile, par lésions artérielles diffuses.

Ajoutons, pour terminer la description des symptômes de l'artérite cérébrale syphilitique, que, dans tous les cas où la guérison survient, elle n'est bien souvent que temporaire et que des accidents, analogues à ceux qui se sont déjà produits, peuvent reparaître plus ou moins tardivement.

Comme toutes les manifestations cérébrales de la syphilis, l'artérite se distingue des encéphalopathies non syphilitiques, moins par des caractères particuliers tirés de sa symptomatologie, que par les conditions dans lesquelles elle se rencontre. C'est ainsi que, contrairement à ce qui a lieu pour le ramollissement par thrombose, elle s'observe principalement chez des sujets relativement jeunes ; les antécédents syphilitiques du sujet, les diverses manifestations spécifiques concomitantes, l'absence de lésions cardiaques sont les éléments de son diagnostic. Il est à noter cependant que la céphalalgie, qui prélude parfois aux accidents comateux, peut avoir, par son intensité, une valeur indicatrice de haute importance.

Plus difficile est souvent la distinction de l'artérite et des autres formes de l'encéphalopathie syphilitique. La méningite syphilitique et les gommes se traduisent cependant, le plus souvent, par les symptômes des tumeurs cérébrales, convulsions, paralysies localisées, tandis que l'artérite se

(1) Chiari : *Wiener mediz. Wochenschrift*, 1881, nº 17.

manifeste par les symptômes du ramollissement en foyer, ou par ceux des hémorrhagies méningées.

Enfin des travaux récents ont fait voir que les syphilitiques étaient, plus que d'autres, exposés à présenter des manifestations hystériques susceptibles de simuler des lésions encéphaliques en foyer et particulièrement celles produites par l'artérite. L'hémiplégie, le coma même qui peuvent être la conséquence de l'hystérie, rappellent souvent de très près les manifestations semblables du ramollissement dû à l'artérite : les antécédents névropathiques des malades, les divers stigmates hystériques, les troubles de la sensibilité générale et surtout de la sensibilité sensorielle (achromatopsie, rétrécissement du champ visuel, etc.) qui se surajoutent à l'hémiplégie motrice, seront les bases d'un diagnostic dont l'importance se comprend assez d'elle-même.

III

Les données que nous possédons sur l'histoire des lésions syphilitiques de l'aorte se rapportent principalement à des faits d'anévrysmes de ce vaisseau pour la production desquels on a invoqué l'influence causale de la syphilis.

Lancisi paraît avoir été le premier à accuser la vérole de déterminer des anévrysmes. Après lui, cette opinion a été longtemps considérée comme erronée, et on la voit encore rejetée dans le *Traité des anévrysmes* de Broca, dans les articles ANÉVRYSME des deux derniers Dictionnaires. Cependant, à plusieurs reprises, on avait signalé ces anévrysmes des artères cérébrales que nous avons étudiés plus haut, publié des observations d'anévrysmes de différentes artères de l'économie chez des sujets syphilitiques, lorsque Welch vint affirmer que la moitié des anévrysmes de l'aorte reconnaissaient une semblable cause.

Cette affirmation (1) était basée sur l'étude de 34 cas d'anévrysmes : dans 17 de ces cas, les sujets avaient été atteints de syphilis sans autre état morbide connu; dans 5 d'entre eux la syphilis était probable mais douteuse. 4 sujets étaient ou rhumatisants ou alcooliques ; dans 7 cas, il n'avait pas été fait d'enquête étiologique. Sur 56 syphilitiques morts avec des lésions spécifiques, 34 avaient des lésions aortiques, dont la plupart étaient graves. La syphilis surtout, à un moindre degré le rhumatisme et l'alcoolisme étaient donc, d'après Welch, les causes d'une altération fibroïde de l'aorte, dont la transformation en anévrysme était favorisée par les constrictions auxquelles est soumise la poitrine des soldats et par les efforts auxquels ces hommes sont astreints par moments. Une incrédulité presque absolue accueillit la communication de Welch. Dans la discussion qui suivit cette communication, Powell et W. Gull s'étonnèrent d'une telle assertion, que Drysdale défendit cependant timidement en déclarant qu'il avait vu des anévrysmes indubitablement dus à la syphilis.

En France, l'opinion de Welch recueillit également peu de partisans au début. Les premiers auteurs qui, après la communication de Welch, publièrent des observations d'anévrysmes de l'aorte chez des syphilitiques ne semblaient le faire qu'avec hésitation et mettaient tous leurs soins à ne pas paraître partager les opinions, qu'ils taxaient d'exagération, du médecin militaire anglais. Cependant, dans la discussion qui suivit la présentation de Vallin à la Société des hôpitaux, M. le professeur Fournier (1) considérait comme indiscutable l'existence d'anévrysmes produits par les lésions syphilitiques des artères. D'ailleurs, les observations succédaient aux observations, et bientôt on se trouva en présence d'un nombre de faits suffisant pour pouvoir établir, pièces en mains, ce que Welch n'avait fait qu'affirmer sans publier les faits justificatifs.

Les observations de MM. Laveran, Vallin, Dujardin-Beaumetz, doivent être citées ainsi que la thèse de M. Dupret (2). MM. Lecorché et Talamon ont rapporté des observations semblables (3). M. C. Paul, dans son *Traité du diagnostic et du traitement des maladies du cœur*, rapporte deux observations de lésions aortiques chez les syphilitiques. M. le professeur Peter, dans son *Traité des maladies du cœur*, (p. 815), attache une importance plus grande à la syphilis qu'à l'alcoolisme dans l'étiologie des anévrysmes aortiques. M. Verdié (4), dans une bonne thèse inspirée par M. le professeur Dieulafoy, réunit déjà une vingtaine d'observations d'anévrysmes de l'aorte chez des syphilitiques. M. le professeur Jaccoud (5), dans une leçon clinique, rapporte l'observation d'une femme atteinte d'anévrysme de l'aorte, en même temps que d'une perforation du voile du palais, et fait à ce propos un remarquable et lumineux exposé de la question des anévrysmes de l'aorte d'origine syphilitique : dans les publications des dix dernières années, il n'a pas trouvé moins de vingt-deux cas de ce genre et il peut ainsi, en établissant définitivement leur réalité, faire ressortir quelques particularités de leur histoire. L'année suivante, il revient encore sur ce sujet (6) et complète son exposé primitif en l'appuyant de nouveaux faits.

A l'étranger, des faits nouveaux ont été publiés dans chaque pays, plus nombreux en Angleterre, le pays classique des anévrysmes, que sur le continent; mais, à part Malmsten (7), qui a retrouvé des antécédents syphilitiques dans 80 p. 100 des cas d'anévrysmes de l'aorte, la question ne semble pas avoir préoccupé les auteurs, qui citent les observations à propos de points du diagnostic ou du traitement des anévrysmes, mais s'inquiètent souvent peu de leur étiologie.

Les observations dans lesquelles on voit un anévrysme de l'aorte se développer chez un sujet syphilitique sont assez nombreuses — il serait facile d'en réunir une centaine disséminées dans des recueils divers — pour que la relation entre la lésion aortique et la maladie infectieuse paraisse admissible; néanmoins des médecins et des syphiligraphes éminents, tels que M. Lancereaux (8) et Lewin (9), nient cette relation. Il faut donc serrer les faits de plus près et voir les preuves sur lesquelles on peut s'appuyer pour admettre cette relation de cause à effet et pour ne pas considérer comme une coïncidence fortuite l'apparition d'un anévrysme chez un syphilitique de plus ou moins vieille date.

Il est évident d'abord que les anévrysmes sont particu-

(1) WELCH. Aortic aneurism in the Army, *The Lancet*, 27 novembre 1875. (Communication à la Royal medical and chirurgical Society, de Londres.)

(1) FOURNIER. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1879, p. 67.

(2) DUPRET. *Contribution à l'étude des lésions artérielles dans la syphilis et des anévrysmes en particulier*, Thèse de Paris, 1880.

(3) LECORCHÉ et TALAMON. *Études médicales*, Paris 1881.

(4) VERDIÉ. *Des anévrysmes d'origine syphilitique*, Thèse de Paris, 1884.

(5) JACCOUD. *Leçons de clinique médicale professées à l'hôpital de la Pitié en 1885-1886*, p. 528 et suiv. Paris 1887.

(6) JACCOUD. Aortite et anévrysme de l'aorte d'origine syphilitique, *Semaine médicale*, 1887, p. 9.

(7) K. MALMSTEN. *Studier oefver Aorta-anevr. Etiologi.* Stockholm 1888.

(8) LANCEREAUX. *Traité d'anatomie pathologique*, t. II, p. 899.

(9) LEWIN. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1883, p. 41.

lièrement fréquents chez les syphilitiques : cela ressort du nombre des cas publiés dans ces dernières années. Nous avons cité plus haut la statistique de Welch; sans y attacher plus d'importance qu'elle mérite peut-être, puisque nous ne connaissons pas les observations sur lesquelles elle repose, nous croyons qu'elle se rapproche de la vérité. Nous avons, en effet, relevé les observations d'anévrysme aortique publiées dans les *Bulletins de la Société anatomique*, pendant treize ans (1875-1887), ces observations sont au nombre de 67; dans 15 d'entre elles seulement, la syphilis a été recherchée, elle a été trouvée dans 7 cas (1), elle était douteuse dans 1 cas (2) et manquait dans 7 autres (3). La fréquence des cas dans lesquels la recherche des antécédents syphilitiques n'a pas été faite tient à des causes multiples : le peu d'intérêt que beaucoup d'observateurs attachent à cette recherche étiologique, la fréquence des cas dans lesquels celui-ci reste méconnu et est découvert à l'autopsie, la fréquence aussi des cas dans lesquels les malades viennent à l'hôpital pour y mourir si rapidement d'une complication qu'on ne peut les interroger sur leurs antécédents. Il n'en reste pas moins que, lorsqu'on recherche la syphilis chez les sujets atteints d'anévrysmes de l'aorte, on la trouve dans la moitié des cas environ, et cette proportion augmenterait sans doute notablement si l'enquête était toujours conduite avec un soin scrupuleux.

A côté des antécédents syphilitiques, il faut placer, comme preuve importante de l'origine des dilatations anévrysmales, la coexistence de manifestations syphilitiques actuelles ou de reliquats de ces manifestations. Les faits de ce genre sont loin d'être rares. Un malade de M. Vallin (4), porteur d'anévrysmes multiples, avait une exostose du tibia. A l'autopsie d'un malade dont l'observation est rapportée par Ruehle, Busch et Köster (5), on trouva, en même temps que deux anévrysmes de la crosse, des lésions syphilitiques indiscutables du pariétal, du foie, du testicule, de la verge. Un homme, observé par M. C. Paul (6), contracte la syphilis en 1846, il a, en 1876, des ulcérations de la cloison du nez, amenant la perforation et guéries rapidement par le traitement antisyphilitique; en 1877, à l'âge de soixante et un ans, trente et un ans après son chancre, mais un an seulement après des manifestations évidemment syphilitiques, il présente les symptômes fonctionnels et les signes physiques d'un anévrysme aortique, symptômes et signes qui disparaissent entièrement grâce à un traitement spécifique. Après cet exemple si frappant et si inattendu d'une syphilis de trente et un ans, nous nous contenterons de citer les autres manifestations syphilitiques que l'on a vues coexister avec les symptômes des anévrysmes : gomme et orchite syphilitique, cas de M. Laveran (7); perforation du voile du palais, cas de M. Jaccoud (1); périostose de la clavicule et exostose de l'orbite, cas de MM. Lecorché et Talamon (2); choroïdite syphilitique, cas de Lunn (3).

Un argument que les auteurs ont entièrement passé sous silence et qui cependant nous paraît avoir une réelle valeur, est l'âge relativement jeune des sujets porteurs d'anévrysmes et pourvus d'antécédents syphilitiques. Alors que les anévrysmes sont généralement considérés comme atteignant des hommes âgés de cinquante-cinq à soixante ans, ou au moins des hommes au-dessus de quarante-cinq ans (relevé de Lebert), — et cela se comprend en raison du développement tardif de la lésion artérielle qui produit l'anévrysme, — les syphilitiques porteurs d'anévrysmes sont souvent sensiblement plus jeunes. Les sujets, dont nous avons relevé les observations dans les *Bulletins de la Société anatomique*, se décomposent ainsi :

Syphilitiques de trente-six à quarante-cinq ans : 5; de cinquante-sept à quatre-vingt-deux ans : 2;

Non syphilitiques au-dessous de quarante-sept ans : 1; de quarante-sept à cinquante-huit ans : 6.

Dans les autres observations que nous avons sous les yeux, nous retrouvons encore de semblables différences, nous trouvons même des sujets beaucoup plus jeunes que ceux de la série précédente : ces malades de B. Bramwell (4), de M. Durand (5), de M. Barbe (6), avaient trente-six ans; un malade de Finny (7), n'avait que trente-quatre ans; celui de Kidd (8), trente et un ans seulement; celui de M. Laveran (9), vingt-neuf ans; enfin, celui de R. Abbe (10) avait vingt-cinq ans; celui de Tuffnell (11) n'avait que dix-neuf ans. Nous savons bien que les anévrysmes peuvent s'observer au-dessous de trente ans, nous-même en avons publié un cas observé chez une enfant de dix-sept ans (12), et M. Sanné (13) a réuni les observations de trois enfants âgés de moins de treize ans et atteints d'anévrysmes aortiques; mais ce sont là des exceptions, et les cas concernant les sujets âgés de moins de trente-cinq ans se comptent encore : le nombre relativement assez considérable des anévrysmes, observés chez des sujets syphilitiques et jeunes, que nous venons de citer — et il ne serait pas difficile, dans des recherches plus étendues, de l'augmenter notablement — mérite donc d'être pris en considération.

Les arguments que nous venons de passer en revue sont, il faut bien le reconnaître, beaucoup moins importants et bien moins propres à entraîner la conviction que la simple constatation d'une particularité clinique ou anatomique qui serait propre aux anévrysmes d'origine syphilitique et qui présenterait quelqu'une des caractéristiques que l'on est habitué à considérer comme l'apanage des manifestations ou des lésions de la syphilis. Elle est moins importante aussi que la preuve thérapeutique, si capitale dans la différenciation des affections d'origine syphilitique. Exa-

(1) Boissier (1875), homme de trente-sept ans; Dreyfus (1876), femme de trente-neuf ans; Savard (1879), homme de quarante-quatre ans; Guiard (1882), homme de trente-six ans; Chauffard (1882), homme de cinquante-sept ans; Montillier (1886), femme de quatre-vingt-deux ans; Raymond (1887), homme de quarante-cinq ans.

(2) Malécot (1882), homme de cinquante-huit ans.

(3) Gautier (1879), homme de trente-huit ans; Dubard (1879), homme de quarante-huit ans; Stackler (1880), homme de cinquante-six ans; Petit (1881), homme de cinquante-huit ans; L. Guinon (1885), homme de quarante-sept ans; Raymond (1885), homme de quarante-huit ans; Poupon (1885), homme de cinquante-huit ans.

(4) Vallin. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1879.

(5) Ruehle, Busch et Köster. *Berliner Klinische Wochens.*. juin 1881.

(6) C. Paul. *Diagnostic et trait. des mal. du cœur*, p. 318. Paris, 1883.

(7) Laveran. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1877.

(1) Jaccoud. *Leçons de clinique médicale*. Loc. cit.

(2) Lecorché et Talamon. Loc. cit.

(3) Lunn. *British medical Journal*, juin 1883.

(4) B. Bramwell. *Edinb. med. Journ.*, avril 1878, Obs. II.

(5) Durand. *Lyon médical*, 1883, p. 526.

(6) Barbe. *Bulletin de la Société clinique de Paris*, 1884, p. 43.

(7) Finny. *Dublin Journal of medical Science*, août 1876.

(8) Kidd. *Clinical Society of London*, mai 1886.

(9) Laveran. *Bulletins de la Société médic. des hôpit. de Paris*, 1877.

(10) Abbe. *Medical News*, 9 avril 1887.

(11) Tuffnell. *Dublin Journal of med. Science*, 1888, II, p. 179.

(12) G. Thibierge. *Bulletin de la Société clinique de Paris*, 1881.

(13) Sanné. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1887.

minons donc maintenant si l'anévrysme des syphilitiques présente de tels caractères.

Et d'abord, cliniquement, l'anévrysme, poche artérielle remplie de sang liquide ou coagulé, se traduit par des troubles de compression qui sont l'expression de sa réaction purement physique, sur les organes du voisinage; insensible par lui-même comme le vaisseau sur lequel il s'est développé, il ne se révèle que par la souffrance des autres organes et dans cette symptomatologie complexe et fréquemment confuse, trompeuse bien souvent, rien ne vient révéler la cause déterminante de l'altération vasculaire : l'anévrysme syphilitique n'a pas plus de caractéristique clinique et de symptôme différentiel que n'en a l'anévrysme des alcooliques ou celui des arthritiques ou des paludéens. Conséquence, dans ces différents cas, d'une même lésion, l'artérite qui permet à la paroi de se laisser forcer, l'anévrysme est aussi peu différent dans ses manifestations symptomatiques que dans ses conditions pathogéniques intimes. Ce qui est vrai des symptômes fonctionnels n'est pas moins exact pour les signes physiques (battements, souffles, modifications du pouls), qui ne peuvent être influencés que par des modifications dans le volume, dans l'épaisseur et la résistance de la paroi, dans la nature du contenu, lesquelles dépendent de l'ancienneté de l'anévrysme et non de sa cause première. Il ne semble donc guère probable qu'il y ait et en réalité il n'y a pas — les auteurs sont d'accord sur ce point — d'autres caractéristiques cliniques de l'anévrysme syphilitique, que les antécédents spécifiques du malade et la coïncidence fortuite et éventuelle de manifestations de même nature.

Anatomiquement aussi, la poche anévrysmale est identique, quelle que soit sa cause : il n'y a pas dans la forme, la situation du sac par rapport à l'axe du vaisseau, de particularité propre à l'anévrysme syphilitique. Il ne pourrait y en avoir que dans la constitution même des parois; mais nous avons vu que l'artérite syphilitique n'offre aucune lésion microscopique spécifique ni spéciale, et qu'un histologiste ne peut distinguer, dans la plupart des cas, une artérite syphilitique d'une lésion varioleuse ou typhique de même siège. Il ne faut donc pas chercher dans la constitution de la poche anévrysmale un élément de diagnostic et de reconnaissance de la syphilis, sauf le cas, exceptionnel sans doute, où l'anévrysme serait consécutif à une gomme artérielle dont on pourrait retrouver la trace. Mais à défaut de caractères spéciaux, la poche anévrysmale ne présente-t-elle pas quelque particularité de siège ou de disposition qui soit, sinon spécifique et pathognomonique de la syphilis, du moins assez commun pour faire soupçonner son entrée en scène? M. le professeur Jaccoud fait remarquer, avec juste raison, que les anévrysmes syphilitiques sont souvent multiples; ainsi en était-il dans les observations de M. Vallin (quatre anévrysmes), de Rühle, Busch et Köster (deux anévrysmes), de M. Jaccoud (deux anévrysmes). Il fait remarquer que souvent l'anévrysme siège sur la paroi postérieure de l'aorte. Mais à côté de ces faits, on en peut citer nombre d'autres dans lesquels on avait affaire à une tumeur unique, développée en un point quelconque du contour du vaisseau. Quelque intéressantes que soient les particularités relevées par M. le professeur Jaccoud, elles n'ont rien de spécial aux anévrysmes syphilitiques. Le siège même de ces tumeurs est essentiellement variable; elles peuvent occuper le sinus de Valsalva (cas de Durand, déjà cité), l'aorte descendante, la partie convexe de la crosse, l'aorte descendante et même l'aorte abdominale (1).

Donc, l'anévrysme syphilitique ne comporte, ni dans ses caractères cliniques, ni dans ses caractères anatomiques, de particularité qui permette de faire la preuve de sa nature et de son origine.

Reste à envisager l'influence du traitement antisyphilitique. L'iodure de potassium est, de tous les médicaments employés dans la thérapeutique des anévrysmes, le seul ou à peu près qui ait, jusqu'à présent, donné des résultats un peu satisfaisants et qui mérite d'être recommandé. Cela résulte d'observations nombreuses, dont chaque médecin a pu rencontrer quelqu'une, cela résulte aussi de travaux nombreux, parmi lesquels il convient de citer spécialement ceux de Bouillaud (2), de Dreschfeld (3), de Balfour (4), de Bramwell (5), de Lecointre (6) et surtout la récente et importante communication de M. le professeur Germain Sée (7), à l'Académie de médecine.

De l'efficacité de l'iodure de potassium dans le traitement des anévrysmes, est-on autorisé à conclure que celle-ci tient à l'action antisyphilitique de cet agent thérapeutique ? Il faudrait pour cela que l'iodure de potassium fût uniquement actif contre les manifestations syphilitiques. Or il n'en est rien : s'il est plus actif contre les scléroses d'origine syphilitique et contre les gommes, il a aussi une action incontestable contre les scléroses d'origine banale et contre les tumeurs en général. Aussi ne peut-on considérer comme une preuve absolue de la nature syphilitique d'une lésion, sa guérison par la médication iodurée. D'ailleurs, les faits d'anévrysmes guéris — au moins fonctionnellement — par l'iodure de potassium se rapportaient parfois manifestement à des sujets indemnes de syphilis. Si donc on doit admettre, et cela parait résulter indubitablement de certaines observations, que les anévrysmes d'origine syphilitique se laissent plus facilement influencer par la médication iodurée que les anévrysmes qui ne reconnaissent pas cette cause, on ne peut pousser plus loin les conséquences de cette preuve thérapeutique et conclure de l'efficacité de l'iodure de potassium à l'origine syphilitique de tous les anévrysmes qu'il a guéris.

De la longue discussion à laquelle nous venons de nous livrer découle cette conclusion, que l'origine syphilitique d'un certain nombre d'anévrysmes de l'aorte est rendue probable par la fréquence des antécédents ou des manifestations syphilitiques chez les sujets atteints d'anévrysmes, mais que ces anévrysmes ne présentent aucune particularité anatomique ou clinique qui fasse la preuve de leur origine spécifique et que l'influence favorable de l'iodure de potassium n'a pas de valeur suffisante pour indiquer la nature syphilitique d'un anévrysme.

Les anévrysmes sont la conséquence ultime d'une lésion artérielle. Il n'y a donc rien d'étonnant, étant admise l'origine syphilitique de la lésion ultime, à ce que l'on puisse observer, du côté de l'aorte, des lésions syphilitiques qui

(1) Cas de Da Costa, cas de Lunn et Benham (*Medico-chirurgical Transactions*, LXVIII, p. 199), cas de Morris (*Id.*, p. 199), cas de Tuffnell (*Dublin Journal of medical Science*, 1878, II, p. 179).

(2) Bouillaud. *Gazette des hôpitaux*, 1859.

(3) Dreschfeld. *Revue mensuelle de méd. et de chir.*, 1877, p. 561.

(4) Balfour. *Clinic. Lect. on diseases of the heart and aorta*, London 1876.

(5) Bramwell. *Edinburg med. Journal*, avril 1878.

(6) Lecointre. *Du traitement des anévrysmes de l'aorte par l'iodure de potassium*, Thèse de Paris, 1883.

(7) Germain Sée. Académie de médecine, 14 août 1888.

ne soient pas parvenues à la période de dilatation anévrysmatique. On les retrouve, d'ailleurs, souvent, en des points plus ou moins éloignés du siège de l'anévrysme.

Welch, en dépouillant 117 cas d'aortite fibroïde, lésion qui est, d'après lui, l'origine et le prélude des anévrysmes syphilitiques, trouvait les proportions suivantes : 46,9 p. 100 de sujets indubitablement syphilitiques, 6,8 p. 100 probablement, mais non certainement syphilitiques, 21,3 p. 100 phthisiques, 14,2 p. 100 sans causes connues. Sur 56 cas de syphilis suivies de mort, il trouvait dans 60,7 p. 100 des lésions aortiques, la plupart graves.

De même que pour les anévrysmes et plus encore que pour eux, l'opinion de Welch, au sujet de l'origine syphilitique de l'aortite, fut accueillie avec méfiance, ou passa inaperçue. Cependant, outre que l'on observe au-dessus ou au-dessous de la poche anévrysmale, des altérations artérielles n'ayant pas abouti à la dilatation du vaisseau, il existe un certain nombre de cas dans lesquels on ne peut trouver, à une aortite, d'autre cause que la syphilis. Cette aortite peut occuper un point quelconque du trajet de l'aorte ; elle peut, en particulier, occuper son origine et siégeant au niveau même des valvules sigmoïdes de l'aorte, en déterminer l'altération, produisant, le plus souvent, leur insuffisance.

Il en était ainsi chez un malade observé par mon excellent maître, M. Landouzy (1) qui, syphilitique depuis l'âge de dix-neuf ans, fut pris, à l'âge de quarante ans, de troubles cardiaques symptomatiques d'une insuffisance avec rétrécissement aortique : ces accidents, étant survenus brusquement au moment d'un effort assez violent, avaient été considérés d'abord comme dus à une déchirure valvulaire ; mais, ainsi que le fait remarquer M. Landouzy, il existait certainement, avant le traumatisme, une altération de l'aorte que les antécédents du malade ne permettaient d'attribuer ni au rhumatisme, ni à l'alcoolisme et qui était due à la syphilis avouée par le malade.

De même, un malade de M. Bouveret (2), atteint de syphilis à l'âge de vingt ans, devait à cette infection le rétrécissement aortique dont il était porteur et le tabes dont il souffrait ; suivant l'intéressante et judicieuse remarque du savant médecin de Lyon, l'association du tabes et des cardiopathies, si souvent constatée et si diversement interprétée, pourrait bien n'avoir d'autre raison que la syphilis, cause commune et souvent méconnue de la lésion spinale et de la lésion cardiaque. M. Duplaix (3) avait déjà cité un fait analogue.

Citons encore l'exemple, observé par M. Alb. Mathieu (4), d'un homme de quarante-cinq ans, syphilitique depuis vingt ans, atteint d'hypertrophie du cœur, d'insuffisance aortique, de dilatation de la crosse de l'aorte, d'anévrysme de la sous-clavière, toutes lésions dues à une artério-sclérose généralisée, dont la seule cause appréciable et connue était la syphilis. Une observation de M. le professeur Cornil (5) montrait des lésions analogues.

Ces exemples suffisent à prouver l'existence d'une aortite, déterminant parfois des lésions de l'orifice et des valvules aortiques, déterminée elle-même par la syphilis. Ils montrent que, chez les sujets relativement jeunes, indemnes d'arthro-rhumatisme, peu ou point entachés d'alcoolisme, respectés par les diverses infections qui causent habituellement l'artérite, il faut rechercher et parfois admettre l'influence pathogénique de la syphilis ; ils montrent donc une nouvelle cause — encore peu connue et dont on reconnaîtra plus souvent l'intervention à mesure qu'on en connaîtra mieux les effets — à ajouter à celles qui peuvent toucher l'endartère, et provoquer des cardiopathies aortiques, dont on attribuait encore il y a peu d'années la production au rhumatisme, admettant ce dernier par induction et par intuition, lors même que les antécédents du malade n'en révélaient aucune trace.

(1) Landouzy. *Gazette des hôpitaux*, 3 novembre 1885.
(2) Bouveret. Société médico-chirurgicale des hôpitaux, 1885,
(3) J.-B. Duplaix. *Annales de dermat. et de syphiligraphie*, avril 1884.
(4) Alb. Mathieu. *Gazette des hôpitaux*, 14 février 1888.
(5) Cornil. *Journal des connaissances médicales*, 11 février 1886.

IV

Si les localisations encéphaliques et aortiques sont les plus habituelles dans l'artérite syphilitique, elles ne sont pas les seules, et vraisemblablement toutes les artères de l'économie peuvent être atteintes par la syphilis. Nous avons déjà signalé les gommes de l'artère pulmonaire (observation de O. Weber), les anévrysmes de l'artère sous-clavière (observation de Alb. Mathieu). Nous avons encore à montrer les localisations de l'artérite syphilitique sur les artères des membres. Là encore, comme pour les artères encéphaliques, nous retrouverons le processus d'oblitération et la formation d'anévrysmes.

Nous n'insisterons pas sur ces derniers : la longue discussion à laquelle nous nous sommes livré à propos des anévrysmes aortiques nous en dispensera ; nous nous contenterons de citer les observations suivantes : un malade de Stamer O'Grady (1), âgé de vingt-huit ans et atteint antérieurement de syphilis, était porteur d'un anévrysme poplité ; dans un cas observé par Heiberg (2), le malade, âgé de quarante ans, avait eu, au bout de onze ans de syphilis, un anévrysme poplité qui fut traité par la ligature ; au bout de quelques mois, il présenta des signes d'anévrysme de l'aorte et à l'autopsie on trouva, outre cette lésion, un anévrysme du tronc brachio-céphalique et une dilatation de toute l'aorte thoracique ; Croft (3) a rapporté l'histoire d'un homme de trente-quatre ans, porteur de périostoses du radius, de la clavicule et du sternum, atteint d'anévrysme poplité, lequel fut guéri par l'iodure de potassium et la compression élastique et qui fut ultérieurement atteint d'un anévrysme du tronc brachio-céphalique. Enfin, Mazzoni (4) a observé un homme de vingt-quatre ans, ayant eu un chancre un an auparavant et qui fut atteint d'une iritis syphilitique pendant qu'il était soigné pour un anévrysme de l'artère fémorale siégeant au-dessus de l'anneau du troisième adducteur.

Ces observations sont encore en très petit nombre : il ne faudrait peut-être pas en conclure que les anévrysmes des membres sont plus rarement que ceux de l'aorte produits par la syphilis : les causes locales interviennent certainement dans la production de beaucoup d'entre eux, mais leur rareté est sans doute plus apparente que réelle et due à ce que, l'attention n'étant pas suffisamment appelée sur elle, cette cause pathogénique est le plus souvent méconnue.

Plus intéressantes certainement, moins connues et plus discutables peut-être, sont la thrombose des artères des

(1) Stamer O'Grady. *Dublin Journal of med. Science*, nov. 1875.
(2) Heiberg. *Norsk Magazin f. Lægerid*, R. 2, Bd. 8.
(3) Croft. *British medical Journal*, 3 juillet 1880.
(4) Mazzoni. *Gazetta medica di Roma*, août 1882.

membres et la gangrène qui en est ordinairement la conséquence. Les faits connus étant encore fort peu nombreux, nous ne pouvons en tirer de conclusions absolues; il nous suffira de les résumer pour montrer quelle importance présente, en face d'un cas de gangrène des membres, la recherche des antécédents syphilitiques; leur connaissance pourrait permettre d'administrer un traitement qui, en permettant à la circulation artérielle de se rétablir, limiterait l'étendue de la gangrène et ses ravages. Un malade de Podres (1), âgé de quarante-cinq ans et syphilitique depuis six ans, fut atteint de gangrène spontanée qui nécessita l'amputation successive, dans l'espace d'un mois, des orteils, du pied et de la cuisse. Un homme de vingt-sept ans, syphilitique depuis un an, observé par M. Després (2), fut atteint de gangrène qui occupa d'abord le gros orteil, puis l'avant-pied et nécessita l'amputation de la cuisse.

Dans d'autres cas, des lésions qu'il semble légitime d'attribuer à l'artérite syphilitique produisent des accidents d'asphyxie et de gangrène des extrémités, se rapprochant beaucoup du type de la maladie de Raynaud. Hutchinson (3) rapporte l'observation d'un homme de trente ans, qui, à la quatrième année de sa syphilis, présenta des phénomènes d'asphyxie locale très prononcés des différents doigts de la main gauche, accompagnés de douleurs intenses, et d'une ulcération de la pulpe de l'annulaire, les accidents disparurent au bout de quelques mois de traitement spécifique; Hutchinson, en relatant cette observation, incrimine l'intervention de l'artérite, mais n'ose affirmer que celle-ci soit d'origine syphilitique, tant sont exceptionnels et singuliers de tels accidents. Tout récemment, M. d'Ornellas (4) a rapporté une observation qui présente quelque analogie avec celle de Hutchinson : il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, ayant eu un chancre il y a vingt ans et qui, en même temps qu'il présentait une glossite syphilitique des plus nettes, éprouvait dans les doigts de la main gauche une sensation très vive de froid; au bout de six semaines il se produisit une eschare à l'extrémité du médius, puis sur le bord radial de l'annulaire et sur le bord cubital de l'index; on administra de l'iodure de potassium et on ne tarda pas à voir la gangrène se limiter et les lésions linguales s'amender; l'auteur de cette intéressante observation n'hésite pas à voir là les effets d'une artérite évidemment syphilitique, en raison des antécédents du malade, et de l'heureuse influence du traitement ioduré tant sur les lésions gangréneuses que sur les altérations linguales.

L'artérite syphilitique oblitérante a pu être suivie dans son évolution et dans sa guérison, lorsqu'elle siégeait sur certains vaisseaux superficiels. Leudet (5) a vu chez un homme de cinquante-trois ans, syphilitique depuis cinq ans, la branche frontale antérieure de l'artère temporale superficielle gauche s'oblitérer, en même temps que le malade éprouvait des douleurs à la tempe : le vaisseau formait un cordon de consistance dure, au niveau duquel les battements d'abord affaiblis furent bientôt abolis; quelques mois après, les mêmes lésions se produisirent au point symétrique du côté droit; sous l'influence de l'iodure de potassium, les artères redevinrent souples et

(1) Podres. *Centralblatt f. Chirurgie*, 1876, nº 33.
(2) Després. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1884, p. 959.
(3) Hutchinson. *Medical Times and Gazette*, 15 mars 1884.
(4) B. d'Ornellas. *Annales de dermat. et de syphiligr.*, janvier 1888.
(5) Leudet. *Union médicale*, 14 octobre 1884.

perméables. Haab (1) a fait des constatations analogues, au moyen de l'ophthalmoscope, sur les artères de la rétine : chez un syphilitique présentant des troubles considérables de la vision, la rétine était trouble, grisâtre, traversée par de nombreuses hémorrhagies, du côté temporal, dans cette région on voyait de fines lignes blanches correspondant aux ramifications d'une artère dont les parois renfermaient de nombreuses petites taches d'un blanc éclatant; sous l'influence de la médication antisyphilitique, ces lésions s'améliorèrent considérablement. De semblables faits ont été observés par Klebs (2), et C. Pellizzari (3) avait déjà constaté à l'autopsie une endartérite oblitérante des vaisseaux de la rétine chez un sujet atteint d'amaurose d'origine syphilitique.

Faut-il attribuer à une artérite syphilitique des artères coronaires, les cas d'angine de poitrine observés chez des syphilitiques par Rumpf (4) et M. Hallopeau (5)? Il faudrait évidemment se ranger à cette opinion s'il était démontré que l'angor pectoris a pour mécanisme pathogénique unique l'oblitération ou au moins le rétrécissement considérable des artères coronaires; mais cette théorie n'a pas encore convaincu tous les médecins et M. Hallopeau, discutant la pathogénie des accidents douloureux éprouvés par son malade, accidents qui ont entièrement disparu sous l'influence du traitement spécifique, les attribue au développement de néoplasmes spécifiques sur le trajet du plexus cardiaque ou dans son voisinage immédiat.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie de l'angine de poitrine d'origine syphilitique, il n'en est pas moins vrai que les artères coronaires du cœur sont parfois le siège d'altérations d'origine syphilitique. Ehrlich (6) a vu, chez un homme mort d'accidents cardiaques, un groupe de petits nodules miliaires sur le trajet de l'artère coronaire; outre des lésions de myocardite diffuse, il existait des infarctus développés sous l'influence d'une endartérite oblitérante des petits vaisseaux. Enfin, chez un homme phthisique, porteur de lésions syphilitiques du nez, notre maître et ami, M. Balzer (7), a trouvé sur le trajet de l'artère coronaire antérieure, une trentaine de petits anévrysmes miliaires, résultant de l'infiltration embryonnaire de la paroi artérielle, lésion qu'il considère comme probablement due à la syphilis.

V

Les faits que nous avons rapportés montrent quelle diversité peut présenter dans ses manifestations cliniques l'artérite syphilitique pour la traiter, et surtout pour prévenir ses conséquences terribles. Arrivée à la période où elle a produit un anévrysme, elle est souvent rebelle au traitement. Il faut l'attaquer à la période préanévrysmatique. De même pour l'artérite cérébrale, il faut intervenir et intervenir vigoureusement, avant que la thrombose et le ramollissement n'aient eu le temps de se produire. Par malheur, il se trouve que l'artérite est souvent indolente, ignorée du malade, et que le médecin seul peut la découvrir alors que des symptômes fonctionnels peu intenses, ou des signes physiques sans manifestations subjectives en sont les seuls indices. M. Ricord, faisant allusion à l'indo-

(1) Haab. *Correspondenz-Blatt f. schweizer Ærzte*, 15 mars 1886.
(2) Klebs. *Ibid.*
(3) C. Pellizzari. *Lo Sperimentale*, 1877.
(4) Rumpf. *Die Syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems*, 1887.
(5) Hallopeau. *Annales de dermat. et de syphiligr.*, décembre 1887.
(6) Ehrlich *Zeitschrift f. Klin. Medicin*, 1880.
(7) Balzer. *Archives de physiologie*, 1er juillet 1883.

lence de l'orchite syphilitique, a dit que le médecin devait surveiller les testicules de son malade. Il n'est pas moins exact de dire, avec M. le professeur Jaccoud, qu' « il faut, chez tous les syphilitiques, se méfier avec une constante sollicitude, de l'état du système cardio-aortique (et, ajouterons-nous, du système artériel encéphalique), et, au moindre symptôme suspect, il faut insister sur le traitement spécifique, encore bien que le malade ne présente à ce moment aucune manifestation extérieure de la syphilis. »

Inversement, en présence de certaines lésions artérielles, on doit penser à la syphilis, fouiller avec un soin scrupuleux les antécédents du malade, scruter tous les organes où elle a pu laisser des traces persistantes. Enfin, même si la syphilis paraît faire défaut, il faut encore parfois instituer le traitement antisyphilitique, parce que les altérations vasculaires, comme bien d'autres, peuvent être la seule manifestation d'une syphilis ignorée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation en médecine. — La dernière séance de la seconde épreuve préparatoire (exposé des titres et travaux personnels par les candidats) s'est terminée jeudi soir à six heures.

Immédiatement après cette séance les candidats ont choisi définitivement la Faculté dans laquelle ils se sont fait inscrire.

MM. les membres du jury ont ensuite discuté les admissibilités.

Voici, pour les différentes Facultés et par ordre alphabétique, les noms des candidats admissibles à subir les épreuves définitives :

MM. Babinski, Balzer, Brault, Chantemesse, Charrin, Gaucher, Gilbert, Letulle, Marie, Netter, pour la Faculté de Paris ;

MM. Grenier, Roger, Audry, Combemale, pour la Faculté de Lille ;

MM. Mesnard, Suzanne, Davezac, pour la Faculté de Bordeaux ;

M. Roques, pour la Faculté de Lyon ;

MM. Jeannel, Sarda, Colin, pour la Faculté de Montpellier ;

M. Gueit, pour les Facultés de Lyon et Bordeaux.

Les épreuves d'admissibilité sont terminées.

Les candidats se réuniront, dans la salle du Conseil, le samedi 26 janvier, à quatre heures trois quarts, pour tirer au sort l'ordre dans lequel ils passeront la prochaine épreuve.

La première épreuve d'admission (leçon orale de une heure, après quarante-huit heures de préparation libre) commencera le lundi 28 janvier à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Les deux premiers compétiteurs recevront leur question samedi soir, le premier à cinq heures, le second à huit heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

77

ANALYSE DE JANVIER DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de janvier, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1033.50
	gr.	
Beurre par litre	56.500	
Albumine	7.000	
Caséine	30.000	
Sucre de lait	47.700	
Sels	7.000	
Total des matières fixes	148.200	148.200
Eau		885.300

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.510
Acide sulfurique	0.118
Chaux	1.850
Magnésie	0.225
Potasse	1.480
Soude	0.640
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.177
Total	7.000

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

86

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

Sᵗ dép. dét. à Paris, Phᶦᵉ LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE.

19

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau. 2 fr. 50

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.* 1 fr.

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

99

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence ; valeur nutritive sans égale. — *Anémie.* — *Dyspepsies.* — *Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

26

ASTHME catarrhe, oppression, et toutes les *affections des voies respiratoires,* sᵗ guéris pʳ les **TUBES LEVASSEUR**, O. ❄❄. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

47

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS.	LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES.	GASTRALGIE.
DYSPEPSIE.	GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES :

Pancréatine Defresne :	en poudre, 4 gr. 2 à 4 cuillerées.
Pilules digestives Defresne	3 à 5 pilules

Élixir et Sirop.

DÉPÔT : 2, rue des Lombards et tᵗᵉˢ pharmacies.
DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

15

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05 ; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, Place Vendôme, PARIS. *F. Mannet*

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phᶦᵉ Rogé-Cavaillès,** 9, r. du 4 Septembre, Paris.

14

Nous avons l'honneur d'appeler l'attention de MM. les Pharmaciens et Droguistes sur quelques nouveaux médicaments.

PHÉNACÉTINE-BAYER

Excellent antipyrétique et antinévralgique, qui se distingue des autres préparations du même groupe par son manque complet d'odeur et de goût. La pureté de la **Phénacétine Bayer** est prouvée par son point de fusion, qui se trouve être toujours à 131°,5 C.

SULFONAL-BAYER

Somnifère efficace, nullement narcotique, soutient le besoin naturel du sommeil là où ce besoin existe et le crée où il n'existe pas. Sans action sur le cœur ou le système vasculaire, son manque d'odeur et de goût offre un avantage d'une très grande importance dans la thérapie psychiatrique. Nous mettons dans le commerce le **Sulfonal-Bayer** en cristaux incolores à un point de fusion de 125 à 126° C. La pureté du produit, livré dans des flacons, cartons et sachets, est garantie par un contrôle permanent d'autorités scientifiques et compétentes.

S'adresser pour les demandes à M. Jean KAHRÉS, 19, rue d'Enghien, Paris, représentant dépositaire de Farbenfabriken vorm. F. BAYER et Cᵒ, à Elberfeld, et aux principales maisons de drogueries. — La vente est interdite aux Etats-Unis de l'Amérique du Nord.

31

ANTIPYRINE DU Dʳ KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100g.**

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées ;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

74

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dʳ CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : 4 fr. le flacon.*

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

46

THE DE CHINE ET DES INDES

MARQUE DÉPOSÉE. **LE DÉLICIEUX** MARQUE DÉPOSÉE.

de **E. THIBAULT**, importateur, NANTES.

Le **Thé LE DÉLICIEUX** est exclusivement composé de thés noirs de qualités extra-supérieures et choisies avec le plus grand soin. Il mérite d'être recommandé :

A toutes les personnes soucieuses de leur santé, si elles doivent en faire usage comme tonique, stimulant ou stomachique ;

A toutes les personnes en général faisant un usage journalier de cette boisson et qui peuvent, plus que toutes les autres, en apprécier la finesse et le parfum délicat ;

Enfin à toutes les maîtresses de maison ayant à cœur de bien traiter leurs invités.

Dépôt général : A Nantes, E. THIBAULT, 15 et 19, r. Saint-Léonard. — *Gros :* A Paris, MICHELAT et LESUEUR, 9, r. des Guillemites. — *Détail :* Tᵗᵉˢ phᶦᵉˢ.

22

ÉLIXIR GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, GREZ, Phᶦᵉⁿ laur. des hôp., 34, r. La Bruyère.

91

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie,* les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes,* on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gᵗᵗᵉˢ par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne.**

VERNE, Grenoble, et phᶦᵉˢ, France et étranger.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

I. Phimosis congénital. — II. Tumeur de la région aréolaire du sein.

Nous avons ce matin deux opérations à pratiquer, la première chez un petit garçon de dix ans et demi, la seconde chez une femme de vingt-cinq ans.

I. Ce petit garçon, qui est depuis assez longtemps déjà dans le service, est atteint d'un phimosis congénital, caractérisé par la longueur du prépuce et la très grande étroitesse de l'orifice préputial, étroitesse qui, cependant, ne va pas jusqu'à empêcher la miction de se faire.

J'ai eu maintes fois l'occasion de traiter, dans mes leçons cliniques, la question du phimosis, qu'il soit acquis ou congénital ; mais ce dernier seul, en réalité, est intéressant; le phimosis acquis est d'ailleurs fort rare et sans rapports avec le phimosis congénital.

Ce dernier exige d'être opéré à une époque convenable, vu les inconvénients qu'il peut entraîner avec lui, tels que difficultés d'uriner, incontinences nocturnes d'urine, balanites, balano-posthites, et certaines habitudes fâcheuses comme la masturbation. Je pourrais vous citer tel jeune collégien de douze ans, pour lequel je fus tout récemment consulté et qui, par le fait du phimosis dont il était atteint, commençait à se trouver porté à ces habitudes. Je pourrais vous citer nombre d'histoires, rapportées dans les livres, d'individus atteints de phimosis, qui se sont trouvés dans des situations plus ou moins bizarres. Je pourrais vous énumérer aussi des cas de déformation, d'apparence de sclérose de la verge, qui ont disparu avec la guérison du phimosis qui en avait été l'origine. Aussi le phimosis doit-il être l'objet d'un traitement curateur.

Nélaton a remis autrefois en honneur la dilatation du prépuce, et a été suivi dans cette voie par M. Verneuil et par M. de Saint-Germain. Pour moi, je ne partage nullement cette façon de procéder, je repousse absolument la méthode de la dilatation, d'autant que, avec toutes les précautions antiseptiques voulues, je n'ai jamais observé le moindre accident, le moindre inconvénient dans l'opération sanglante, opération simple qui guérit très bien dans l'espace de huit à dix jours, après lesquels l'individu peut reprendre ses occupations ordinaires.

Par contre, je le répète, la dilatation expose fréquemment les sujets à des récidives, la guérison étant rarement solide, définitive.

Lorsque je suis consulté pour un tout petit garçon atteint de phimosis congénital, deux cas sont à considérer : 1° le phimosis est très serré, excessif; 2° il n'est pas trop serré, il est moyen.

Dans le premier cas, fort rare du reste, car dans toute ma carrière je ne l'ai observé qu'une seule fois sur 130 ou 150 phimosis moyens que j'ai eu l'occasion d'opérer, il faut immédiatement élargir la voie, c'est-à-dire sectionner, d'un coup de ciseau sur le dos de la verge, le prépuce trop étroit.

Dans le second cas, c'est-à-dire dans le cas de phimosis moyen, incomplet — de tous le plus commun — on opérera dans les conditions suivantes : 1° le phimosis est un peu étroit, mais sans arriver au degré excessif, l'opération est pratiquée vers l'âge de huit ou neuf ans, afin de parer aux premières tentatives de masturbation qui pourraient se produire ; 2° le phimosis est relativement large, c'est généralement vers l'âge de douze, quatorze ou seize ans que les parents nous consultent; vous opérez immédiatement, mais, dans un certain nombre de cas, les parents de l'enfant ne s'en étant pas préoccupés, c'est beaucoup plus tard, que l'enfant devenu jeune homme, c'est-à-dire à vingt, vingt-deux ou vingt-quatre ans, s'adresse à vous de lui-même, gêné qu'il est dans ses fonctions. C'est alors seulement aussi que vous pouvez intervenir.

Quoi qu'il en soit, la petite opération chirurgicale que le phimosis réclame donne toujours d'excellents résultats : elle est suivie de guérison — en tant que guérison opératoire — au bout de huit jours, après lesquels l'individu peut reprendre ses occupations ordinaires. Quant à la guérison complète, elle ne nécessite pas moins d'un mois, et la restitution des formes est parfaite au bout de cinq ou six mois, sans qu'il reste aucune trace, et le sujet a recouvré l'intégrité de ses fonctions.

Mais, pour cela, je le répète, il ne s'agit pas de dilatation, il s'agit d'une opération qui doit être complète, radicale, de façon que l'ouverture nouvelle ne laisse subsister

aucun obstacle au rebroussement du prépuce. L'incision doit comprendre non seulement les parties étroites, mais toute la muqueuse préputiale jusqu'aux corps caverneux; incision dorsale, bien entendu, suivie de l'affrontement de la muqueuse à la peau avec des serre-fines.

II. Notre second malade est une jeune femme de vingt-cinq ans, vigoureuse, bien portante, qui, bien que mariée depuis plusieurs années, n'a jamais eu d'enfants.

Cette femme, il y a quatre ans, a fait une chute, dans laquelle le sein gauche a été contusionné, de là quelques douleurs dans la région mammaire qui ont cessé au bout de quelques jours, et qui ne l'ont pas forcée à interrompre ses occupations.

Mais, au bout de trois à quatre mois environ, elle s'est aperçue pour la première fois d'une petite grosseur siégeant sur l'aréole du mamelon, sans pour cela en souffrir le moindrement, sans qu'aucun écoulement ne se soit fait par le mamelon.

Dans les premiers temps cette femme ne s'en est pas préoccupée, mais voyant cette petite tumeur peu à peu augmenter de volume, surtout depuis un mois, elle s'en est inquiétée, et, ces jours derniers, elle s'est décidée à entrer à l'hôpital.

Voici ce que l'examen nous a permis de constater : il existe, dans la région de l'aréole du sein gauche, une tumeur plus ferme que réellement dure, mobile sur les parties profondes et distincte de la glande, tumeur indolente soit spontanément, soit à la pression. La région axillaire est absolument saine, on n'y trouve ni chapelet ganglionnaire, ni ganglions isolés, rien, absolument rien. De plus, les apparences de santé générale de cette femme sont excellentes.

En résumé, voici donc une femme de vingt-cinq ans, qui fait une chute, il y a quatre ans, et pendant trois mois ne s'aperçoit de rien ; elle commence à constater, à cette époque seulement, l'existence d'une petite grosseur dans le voisinage du mamelon, laquelle ne donne lieu à aucune douleur, mais qui peu à peu augmente, surtout depuis un mois, au point de présenter actuellement le volume d'une pomme d'api ou d'une petite mandarine; tumeur, enfin, dure ou plutôt ferme, mobile dans la glande, adhérant seulement à l'aréole du mamelon.

De par ces caractères, nous pouvons dire tout de suite qu'il s'agit d'une tumeur bénigne. Mais de quelle nature est-elle ?

Vu la bénignité de cette tumeur, sa longue durée sans avoir déterminé aucun accident, la lenteur de son accroissement, l'absence de tout retentissement sur le système ganglionnaire, il ne s'agit pas d'un sarcome du sein. Pour moi, je la considère comme un adénome de la région de l'aréole, et bien que nous n'ayons constaté aucune fluctuation, nous ne serions nullement surpris de trouver, à son centre, quelque kyste, quelque épanchement sanguin, qui aurait été le point de départ de ladite tumeur.

Je vais procéder sur la demande de la malade à son ablation. Mais l'opération, en somme, sera peu considérable; la nature de la tumeur nous permettant de respecter la glande mammaire, ainsi que la région axillaire, nullement intéressées ou envahies par elle, je me bornerai à l'ablation pure et simple de la tumeur elle-même.

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE. — M. DARESTE.

De la méthode expérimentale appliquée à la recherche de l'origine des espèces.

(Leçon recueillie par M. L. LAMOTTE, interne des hôpitaux.)

Je vous ai montré, à des périodes diverses de leur évolution, les différents types de la monstruosité, et j'ai étudié leur mode de formation.

Ces études ont porté principalement sur les monstruosités triples; car je puis les produire artificiellement d'une manière certaine. Quant aux monstruosités doubles, qui résultent d'un état de la cicatricule antérieure à la ponte, je ne puis les produire artificiellement : mais, sur le nombre immense d'embryons qui ont fait le sujet de mes recherches, j'ai pu constater, à diverses reprises, des monstres doubles en voie de formation, et réunir, par conséquent, de nombreux documents sur l'évolution de ces êtres. Ces recherches ont créé une branche nouvelle des sciences biologiques, la *tératogénie expérimentale*, sur laquelle on ne possédait, avant moi, que de simples hypothèses.

Je veux aujourd'hui revenir, avec quelques détails, sur le fait le plus important qui résulte de toutes mes expériences, celui auquel j'attache le plus de prix. La production artificielle des monstruosités simples prouve qu'il est possible de modifier l'évolution embryonnaire d'un être vivant, et, par conséquent, de produire une modification plus ou moins considérable de l'organisation, en d'autres termes, une déviation du type spécifique.

Or, ce fait a une importance capitale, surtout aujourd'hui, où la question de l'origine des espèces est si vivement discutée par les naturalistes.

Deux théories sont en présence. L'une considère les espèces comme produites par des actes indépendants de la puissance créatrice. L'autre, introduite dans la science par Lamarck et par Darwin, ne voit dans les espèces actuelles que les modifications d'un petit nombre de types primitifs. Vous connaissez ces deux théories : il est, par conséquent, inutile de vous les exposer longuement.

Dans l'état actuel de la science, je crois qu'il est impossible de prendre l'une ou l'autre de ces théories, autrement que comme des hypothèses. Les faits nous manquent pour nous prononcer en faveur de l'une ou de l'autre. Mais le problème est-il absolument insoluble ? Et n'est-il pas possible d'en tenter la solution à l'aide de méthodes nouvelles plus ou moins comparables à celles que j'ai imaginées pour fonder la tératogénie expérimentale ? C'est ce que je me propose d'examiner.

L'observation directe nous montre que, dans les conditions ordinaires, les parents transmettent à leurs enfants un type spécifique, c'est-à-dire un ensemble de traits caractéristiques. Elle semble donc établir la réalité de la doctrine sur la fixité des espèces. Mais les progrès de l'histoire naturelle nous ont fait connaître des faits nouveaux, qui soulèvent des doutes là où la question paraissait être complétement résolue.

C'est ainsi que la paléontologie nous apprend qu'aux diverses périodes de l'histoire de la terre, les populations animales et végétales de notre planète se sont plus ou moins renouvelées. Ce renouvellement des êtres vivants doit-il s'expliquer par des créations successives, ou bien par la transformation d'espèces préexistantes ?

L'embryogénie nous conduit à une question de même

nature. Cette branche de la biologie, dont la création est toute récente, nous a conduit à un grand fait sur lequel j'ai longuement insisté dans ces leçons. Vous avez vu que, dans l'embranchement des animaux vertébrés, tous les embryons présentent à leur origine une forme commune, et que ce n'est qu'après avoir passé par un certain nombre de formes semblables, et je dirais presque identiques, qu'ils se disséminent pour prendre peu à peu les caractères spécifiques qui les distinguent. Que signifie ce fait? Et pourquoi cette analogie des embryons, quand les espèces présentent de si grandes différences à l'âge adulte? Si les espèces s'étaient produites d'une manière complètement indépendante, il semble qu'elles devraient être aussi différentes à leur point de départ, que lorsqu'elles ont atteint le terme de leur évolution. On est donc conduit à se demander si les analogies primitives n'impliquent point une communauté d'origine.

Est-il possible de répondre à ces questions? Assurément non, dans l'état actuel de la science, et avec les méthodes dont elle s'est servie jusqu'à présent. Mais ne devons-nous pas espérer que la science de l'avenir créera des méthodes nouvelles qui nous permettront d'aborder un problème dont la solution nous paraît actuellement inaccessible.

Nous savons déjà que les espèces sont variables dans de certaines limites. La domestication des animaux, la culture des plantes ont produit depuis longtemps les variétés qui, fixées par l'hérédité, sont devenues des races. L'origine de ces races, dans le règne animal, remonte généralement à une antiquité très reculée; et, par conséquent, nous est à peu près inconnue. Nous pouvons toutefois nous en rendre compte, dans une certaine mesure, par la connaissance de certains faits qui se passent sous nos yeux.

Il y a, dans l'Amérique du Sud et au Mexique, des races bovines caractérisées par le raccourcissement de la tête et l'inégalité des mâchoires, la mâchoire inférieure débordant la mâchoire supérieure. Ces animaux rappellent, par la conformation de la tête, celle des chiens bouledogues. On les désigne sous le nom de bœufs ñatos. Ces races se sont produites en Amérique. Nous ne possédons aucun document sur leur origine. Mais nous pouvons suppléer à cette absence de documents par la connaissance de faits qui se produisent en Europe d'une manière sporadique. Il naît de temps en temps, dans le bétail européen, des veaux qui possèdent une conformation de la tête très semblable à celle des ñatos. J'ai pu vous montrer, cette année, la tête osseuse d'un ñato américain, qui a vécu au Jardin d'acclimatation, et celle d'un veau auquel il avait donné naissance; j'ai pu vous montrer également le squelette d'un veau à tête de bouledogue, né en France. Vous avez pu constater la très grande analogie de la tête de ces animaux. La conformation générale était la même; bien qu'il y eût quelques différences dans les connexions des pièces osseuses.

Les veaux à tête de bouledogue, qui naissent dans notre bétail européen, sont généralement sacrifiés après la naissance. Mais, si on les conservait comme reproducteurs, ils arriveraient, très probablement, à constituer, en Europe, des races plus ou moins comparables aux ñatos américains.

Un autre fait du même genre nous est présenté par les races de poules huppées. Les poules de Padoue, de Houdan, de Crèvecœur, sont remarquables par la conformation de leur tête. J'ai constaté, depuis longtemps, que ces oiseaux présentent une hernie des hémisphères cérébraux qui se logent dans une sorte de fontanelle formée par une portion du crâne membraneux qui sépare les fronteaux écartés l'un de l'autre. Les parois de cette fontanelle, membraneuses à leur origine, s'ossifient à l'âge adulte, en formant une coque osseuse, qui se recouvre de plumes, tandis que la crête reste à l'état rudimentaire. Il y a là une monstruosité manifeste, mais qui est longtemps compatible avec la vie et avec la reproduction.

Or, ces faits, je les ai retrouvés dans mes expériences tératogéniques. J'ai vu cette déformation de la tête, et cette hernie des hémisphères cérébraux, se produire spontanément dans certaines de nos races gallines ordinaires. Elle se produit également chez les canards et chez les serins.

Nous voyons donc, dans ces deux cas, un fait tératologique, devenir le point de départ de formes héréditaires qui se transmettent d'une manière indéfinie, et qui constituent ce que nous appelons des *races*.

La constatation de ces faits nous conduit nécessairement à nous demander s'il n'existerait rien de pareil chez les animaux sauvages. Prenons un exemple, celui du genre *turdus*, dans la classe des oiseaux. Dans une des subdivisions de ce groupe, caractérisée par un plumage tacheté, nous rencontrons quatre espèces distinctes : la Grive, la Draine, la Litorne et le Mauvis, qui ne se distinguent les unes des autres que par de très légères différences de coloration et de taille. Il est bien difficile de ne pas se demander si ces quatre espèces, si voisines et si peu dissemblables, ne seraient pas des races ayant une origine commune ; si elles ne résulteraient pas de l'apparition brusque de caractères nouveaux et transmis héréditairement. Assurément ces espèces diffèrent beaucoup moins entre elles que les bœufs ordinaires et les ñatos, que les poules ordinaires et les poules huppées. Et ce que je dis pour les espèces du genre *turdus*, je pourrais le dire d'un très grand nombre de genres qui pourraient être, plus rationnellement, considérés comme de simples races.

Le problème qu'il s'agit actuellement de résoudre doit être énoncé ainsi : Est-il possible de produire, par des procédés tératogéniques, les anomalies légères de l'organisation qui constituent les caractères différentiels des espèces animales?

Assurément, quelque étrange que puisse paraître, au premier abord, l'énoncé d'un pareil problème, on ne doit pas, *a priori*, le considérer comme insoluble. On connaît le vieil adage : *Qui peut le plus peut le moins*. Les monstruosités constituent assurément des modifications bien plus graves, bien plus profondes du type spécifique que les anomalies légères. Vous avez vu cependant comment je suis parvenu à les produire artificiellement. On doit donc se demander si une diminution, dans l'intensité des causes tératogéniques, ne produirait pas une diminution dans l'intensité des anomalies. Mais il est bien évident qu'en pareille matière les considérations théoriques seules ne peuvent répondre à la question. Nous devons en appeler à l'expérience. Voyons donc quelles expériences pourraient être immédiatement entreprises dans ce but.

Il semblerait, au premier abord, que la poule, qui m'a fourni tous les éléments à l'aide desquels j'ai abordé le problème de la formation des monstres, pourrait également me fournir ceux de la formation des variétés. Mais ici nous nous trouvons en présence de difficultés insurmontables. L'espèce de la poule présente un très grand nombre de races, toutes constituées par des déviations héréditaires du type spécifique. Mais, bien que chacune de ces races possède des caractères particuliers, la variabilité du type

spécifique est tellement grande que les produits d'une même poule et d'un même coq présentent généralement des variétés individuellement très distinctes. On ne pourrait donc jamais savoir, en se servant de ces animaux, si les variations produites résulteraient de l'action de causes déterminées.

Il faudrait donc employer, dans ces expériences, les animaux dont le type n'aurait pas encore varié. Je vous citerai, par exemple, la pintade. Cet oiseau, bien que très anciennement domestiqué, a conservé, jusqu'à présent, son type spécifique presque intact. Les variétés obtenues dans cet animal seraient donc vraisemblablement imputables à l'action de causes tératogéniques.

On pourrait tenter de modifier légèrement l'organisation de ces animaux à l'aide d'un grand nombre de procédés. J'en citerai deux, qui me sont indiqués par mes expériences sur les œufs de poule.

Je vous ai dit que les conditions thermiques de l'évolution normale de la poule sont contenues entre les degrés 35 et 39 du thermomètre centigrade, Mais on doit tout naturellement se demander si l'évolution se produit exactement de la même façon à ces températures extrêmes. Il est permis de supposer que l'évolution se produirait d'une manière un peu différente sous l'influence de ces températures différentes ; et qu'elle aboutirait, dans l'un ou l'autre cas, et peut-être dans les deux, à des organisations présentant des déviations légères du type spécifique, qui se reproduiraient d'une manière invariable à la température moyenne de 37 degrés.

Je vous ai signalé également les modifications des germes qui résultent de l'âge des œufs, c'est-à-dire de l'intervalle qui sépare la ponte de la mise en incubation. Vous savez que la vitalité du germe s'épuise peu à peu, et qu'avant de mourir, il traverse une période pendant laquelle il ne peut plus se développer que d'une manière monstrueuse. On peut se demander si cette période de la vie des germes ne serait pas précédée d'une autre période, pendant laquelle le germe produirait, en se développant, des anomalies légères, c'est-à-dire de simples variations.

Je sais bien que ces expériences présenteraient actuellement une grande difficulté. Les œufs de pintade sont assez rares, et on ne pourrait se les procurer, en grand nombre, qu'avec une grosse dépense. Mais on peut espérer qu'il n'en sera pas toujours ainsi. Depuis une vingtaine d'années, les pintades ont été considérablement multipliées ; et elles se vendent journellement sur les marchés. Un jour viendra certainement où les expériences, que j'indique, pourront être utilement entreprises.

Je vous ai signalé ces deux méthodes tératogéniques ; on pourrait évidemment en imaginer bien d'autres, surtout si, sortant de la classe des oiseaux, on s'adressait à des animaux ovipares appartenant à d'autres classes. Évidemment les œufs de poissons que l'on féconde artificiellement, et dont on peut suivre toutes les phases évolutives dans les établissements de pisciculture, fourniraient de très riches matériaux aux physiologistes qui voudraient les faire servir au problème de la formation des races. On pourra même, chez les poissons comme chez tous les animaux à fécondation extérieure, faire intervenir une cause tératogénique nouvelle, en changeant les conditions dans lesquelles le spermatozoïde vient s'unir au noyau femelle produit par la vésicule germinative.

Vous le voyez : le champ des expériences à tenter est réellement indéfini. Je dois donc me borner à vous les signaler d'une manière générale ; et je m'estimerais heureux si les considérations, que je viens de vous présenter, pouvaient amener, quelque jour, un progrès pour la science.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE

URÉTHROTOMIE EN 1885 ; RÉCIDIVE ; ÉLECTROLYSE LINÉAIRE LE 8 DÉCEMBRE 1888.

Par M. le docteur J.-A. Fort, ancien interne des hôpitaux.

Léon P..., vingt-neuf ans, a eu plusieurs blennorrhagies, notamment en 1877 et en 1882 (la première date de 1873).

En 1882, diminution du jet d'urine, incontinence, cystite. — Première dilatation à l'hôpital militaire de Vannes.

En février 1885, le malade, de nouveau rétréci, au point d'uriner goutte à goutte, se fait traiter à l'hôpital maritime de Brest en qualité d'écrivain de marine. Le docteur Cras, médecin en chef, lui pratique l'uréthrotomie et le dilate ensuite au moyen des sondes métalliques de Béniqué.

Après un séjour de trois mois à l'hôpital, le malade, se sentant parfaitement bien, n'a fait usage d'aucune bougie.

Six mois après l'opération, les symptômes de rétrécissement se manifestent de nouveau.

En 1886, survient un chancre induré qui se place juste sur le méat urinaire, ce qui produit un nouveau rétrécissement au méat.

En 1887, le rétrécissement a fait des progrès lents et incessants. Il va à la consultation de la Charité où on lui conseille la dilatation. Plus tard, à Necker, on commence encore la dilatation, mais ses occupations l'empêchèrent de continuer le traitement.

Il vient me consulter, le 8 décembre 1888 ; il a deux rétrécissement ; le premier siège au méat ; il a été produit par le chancre et a 12 millimètres de diamètre, l'autre à la région bulbeuse à 12 centimètres du méat. La bougie n° 5 passe avec difficulté, et je constate avec une petite bougie à boule que le rétrécissement a 3 centimètres de longueur.

Je lui propose de l'opérer séance tenante, ce qu'il accepte. Je pratique le débridement du méat urinaire. Je mets ensuite mon *uréthro-électrolyseur* en place et je fais fonctionner la pile en prenant douze éléments qui donnent 40 *milliampères* pendant l'opération. Le rétrécissement étant long, l'opération a été plus longue que de coutume ; elle a duré douze minutes. Les deux rétrécissements étaient dilatés ; la bougie n° 19 a pénétré.

Le malade est allé chez lui à pied ; le surlendemain, il est revenu en fort bonne santé. Le 27 décembre 1888, je lui ai introduit la bougie n° 19. Il est complètement guéri.

J'ai présenté ce malade, le 3 janvier 1889, à mes collègues de la Société de médecine pratique et je lui ai introduit en leur présence une bougie n° 18, qui jouait librement dans le canal.

Je laisse au lecteur le soin de tirer de ce fait les conclusions qui en découlent. Je ne saurais, cependant, trop répéter que mon procédé d'électrolyse n'est pas celui qui a été adopté par quelques chirurgiens. Ces derniers opèrent en plusieurs séances et leur traitement dure plusieurs mois ; dans ce procédé il n'y a aucune destruction ; c'est seulement une modification de la substance du rétrécissement qu'on cherche à établir.

Mon procédé est une véritable *uréthrotomie sans incision*, je pratique un chemin linéaire avec mon instrument dans l'épaisseur même du rétrécissement, et cette opération rapide se passe sans le moindre accident, je dirai même sans inconvénient.

A l'uréthrotomie interne succède une cicatrice qui subit

fatalement une rétraction consécutive et qui amène la récidive à courte échéance.

A l'*électrolyse linéaire*, qui produit une espèce d'incision par destruction moléculaire, succède une cicatrice molle, non rétractile. Dans les cas où mon électrolyseur atteint toute l'épaisseur du rétrécissement, la récidive n'a jamais lieu. Je possède un certain nombre d'observations d'opérations datant de cinq ans, sans récidive, quoique les malades n'aient pas été dilatés ensuite.

On ne doit pas perdre de vue que l'électrolyse, c'est-à-dire la décomposition chimique des liquides et des substances organiques, peut s'opérer de plusieurs manières, et le mode d'action de l'électrolyse dans mon procédé, dit linéaire, dont l'idée première est due au docteur Jardin, ne peut être comparé aux autres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 janvier 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

COMMUNICATIONS

Hystéropexie. — M. POLAILLON communique l'observation d'une femme de cinquante et un ans, qui était atteinte depuis vingt ans d'un prolapsus complet de l'utérus. Ses règles étaient supprimées depuis huit mois. Depuis deux ans, son prolapsus utérin était devenu douloureux et rendait tout mouvement très pénible. L'urination était lente et difficile; l'abaissement de l'utérus s'accompagnait de cystocèle vaginale. Aucun pessaire n'avait pu remédier à cet état de choses. Cette femme souffrant beaucoup de cette infirmité, il y avait lieu de lui proposer l'hystérectomie ou l'hystéropexie. M. Polaillon se décida pour cette dernière opération. Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, il ouvrit l'abdomen, après avoir eu soin de faire refouler l'utérus à l'aide d'un long spéculum. Il eut quelque peine à attirer l'utérus dans la plaie. Il le fixa par trois fils de catgut à la paroi abdominale. A la suite de cette opération, la malade fut prise de vomissements; sa température cependant ne dépassa pas 38 degrés. Elle avait été opérée le 22 décembre et succomba le 28 à la péritonite. A l'autopsie, on constata qu'il n'y avait pas de réunion de la plaie abdominale, que l'utérus était retombé dans le petit bassin, que les fils de catgut étaient résorbés. Il n'y avait pas de suppuration; on trouva seulement une péritonite généralisée légère.

M. Polaillon conclut de ce fait : 1° que, pour la ventrofixation, il ne faut pas se servir de fils de catgut, mais de fils de soie ou d'argent; 2° que c'est une opération difficile; 3° qu'il n'y a rien à redouter du côté de la vessie, qu'on ne voit même pas dans le cours de l'opération. Il attribue l'insuccès, dans ce cas, à la résorption des fils et aux secousses déterminées par les vomissements.

M. TERRIER n'accepte pas les conclusions de M. Polaillon. Il a fait 5 hystéropexies et a eu 5 succès. M. Polaillon ne saurait donc conclure de son seul insuccès à la difficulté de réussir cette opération. Sa malade a succombé à une péritonite septique, parce qu'il aura négligé l'une des précautions antiseptiques. Enfin, M. Terrier a toujours employé le catgut, ce n'est donc pas à l'emploi de ce fil que M. Polaillon doit son insuccès.

M. POZZI cite un cas de Holsausen, où il s'agissait d'un prolapsus, qui fut corrigé sans accidents par la ventrofixation. Après quelques jours le prolapsus se reproduisit. Holsausen attribue cet insuccès à l'emploi du catgut. Il refit l'opération, en se servant de fils de soie ou de crins de Florence et, depuis, ne s'est plus jamais servi d'autres fils.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait deux fois cette opération avec succès et s'est servi de catgut, mais il y a catgut et catgut, et il fait subir, à celui dont il se sert, diverses préparations qu'il a déjà fait connaître.

Kystes dermoïdes de la fente intermaxillaire. — M. LANNELONGUE fait observer que les kystes dermoïdes de la fente intermaxillaire sont beaucoup plus rares que ceux de la fente fronto-maxillaire. Cela tient à ce qu'on n'a pas publié tous les faits. La première observation publiée appartient à M. Verneuil. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-quatre ans, qui, depuis quatre ou cinq ans, portait une tumeur de la région massétérine, faisant saillie sous la joue et dans le vestibule de la bouche; M. Verneuil prit cette tumeur pour un abcès symptomatique d'une ostéite. Il l'ouvrit et le laissa suppurer. Après quelques jours, pendant un pansement, il vit sortir de la plaie une mèche de cheveux. Il reconnut alors avoir affaire à un kyste dermoïde et procéda à l'extraction de la poche. La poche principale était accompagnée de petits kystes secondaires, mucoïdes, c'est-à-dire dont la poche était constituée par de la muqueuse, tandis que la poche principale présentait tous les caractères des kystes dermoïdes cutanés.

M. Lannelongue cite deux autres faits qui lui sont personnels; dans le premier il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans qui, depuis sa naissance, portait une tumeur en avant du masséter. En raison même du siège de cette tumeur, au niveau de la fente intermaxillaire, il diagnostiqua un kyste dermoïde et en pratiqua l'énucléation. L'autre fait est celui d'une jeune fille de dix-huit ans, qui portait également un kyste dermoïde semblable, qu'il opéra par la cavité buccale.

M. QUÉNU rappelle que le nom de mucoïde a été donné par M. Malassez et d'autres, à des kystes contenant du mucus. C'est pourquoi il préférerait désigner les kystes dans lesquels la muqueuse a passé par la fente branchiale, comme celui dont vient de parler M. Lannelongue, sous le nom de kystes dermoïdes muqueux par opposition à celui de dermoïdes cutanés, donné aux kystes formés par le derme cutané.

M. TRÉLAT a observé deux cas semblables à celui de M. Lannelongue; il ne les a pas publiés.

M. PEYRAUD fait observer que Robin a décrit des fistules branchiales, dans lesquelles on trouva un derme cutané et un derme muqueux. Cette constatation de Robin pouvait faire prévoir les kystes dermoïdes muqueux observés par M. Lannelongue.

RAPPORT

Accident causé par l'éther iodoformé. — M. ROUTIER fait un rapport sur une observation de M. Gaillard (de Parthenay) relative à un abcès froid, traité chez un enfant, par une injection de 110 grammes d'éther iodoformé. Cet enfant fut pris d'accidents graves et tomba dans un collapsus, d'où on eut beaucoup de peine à le tirer. Ces accidents doivent être attribués à la trop grande quantité d'éther iodoformé injectée dans la cavité de l'abcès.

PRÉSENTATION DE MALADE

Fracture de la rotule. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente un homme qui avait été atteint d'une fracture très grave de la rotule déterminée par un coup de barre de fer. Il y avait un grand fragment supérieur, et deux petits fragments inférieurs; l'écartement était assez considérable; il y avait un abondant épanchement sanguin. M. Lucas-Championnière, dès le lendemain de l'accident, ouvrit l'articulation, fit la suture de la rotule par deux points de suture et ne fit pas d'immobilisation. Six semaines après, ce malade, complètement guéri, marchait très bien.

M. KIRMISSON présentera dans la séance prochaine un malade chez lequel il avait cherché la réunion par la griffe de Malgaigne. Le cal se rompit, il fit alors la suture et le malade est maintenant guéri.

M. BERGER fait observer que toutes les fractures de la rotule par cause directe guérissent bien, même avec les appareils.

M. DESPRÉS rappelle avoir présenté, il y a deux ans, deux malades atteints de fracture de la rotule et traités par de simples appareils silicatés. L'un de ces malades a succombé quatre mois

après à une pneumonie. L'autopsie a permis de constater qu'il y avait un cal osseux parfaitement solide.

M. Lucas-Championnière proteste contre l'assertion émise par M. Berger et insiste sur la gravité toute particulière du cas qu'il vient de présenter.

Élection

M. Lannelongue est élu membre honoraire.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Par M. le docteur Passant.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1888.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	7	21	6	34
2e	9	19	2	30
3e	23	50	10	83
4e	31	54	19	104
5e	22	25	14	61
6e	14	13	10	37
7e	13	25	5	43
8e	2	7	2	11
9e	13	21	2	36
10e	23	41	14	78
11e	68	98	50	216
12e	26	34	22	82
13e	35	66	34	135
14e	48	81	33	162
15e	43	63	31	137
16e	21	18	4	43
17e	43	74	20	137
18e	60	95	31	186
19e	38	55	31	124
20e	59	105	57	221
	598	965	397	1 960

Maladies observées

A. Angines et laryngites	151
Croup	43
Coqueluche	9
Corps étranger de l'œsophe	3
Ophthalmie	1
B. Asthme	51
Affections du cœur	60
Bronchites aiguës et chroniques	143
Pleuro-pneumonie	103
Congestion pulmonaire	31
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	120
Cholérine	45
Dysentérie	3
Athrepsie	76
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	61
Hernie étranglée	20
Rétention d'urine	16
Fissure à l'anus	1
Orchite	4
D. Métrite, métro-péritonite	38
Métrorrhagie	43
Fausse couche	46
Accouchement, délivrance	195
Accouchement non terminé	34
E. Affections cérébrales	79
Convulsions, éclampsies	56
Névralgie	30
Névroses	71
Epilepsie	21
Aliénation mentale	11
Alcoolisme, delirium tremens	21
F. Rhumatisme	25
Affections éruptives	67
Pustule maligne	1
Fièvre intermittente	1
Fièvre typhoïde	19
Hémorrhagies de causes internes et externes	74
G. Plaies, contusions	88
Fractures, luxations, entorses	32
Brûlures	7
Empoisonnements	10
Asphyxie par le charbon	3
Suicide	3
H. Mort à l'arrivée du médecin	44
Total	1 960

La moyenne des visites est de 21,03 p. 100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 19,13 p. 100.

Visites du quatrième trimestre de 1887	1 760
Visites du quatrième trimestre de 1888	1 960
Différence en plus	200

Les hommes entrent dans la proportion de 31 p. 100.
Les femmes — 49 —
Les enfants au-dessous de trois ans 20 —

Résumé pour l'année 1888.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	Total.
1er trimestre	687	1 091	298	2 076
2e trimestre	598	817	268	1 683
3e trimestre	486	915	288	1 689
4e trimestre	598	965	397	1 060
	2 369	3 788	1 251	7 408

Progression du service depuis son organisation.

1876, première année	3 616	visites de nuit.
1877, deuxième année	3 312	—
1878, troisième année	3 571	—
1879, quatrième année	5 282	—
1880, cinquième année	6 341	—
1881, sixième année	6 521	—
1882, septième année	6 891	—
1883, huitième année	6 895	—
1884, neuvième année	8 712	—
1885, dixième année	7 494	—
1886, onzième année	7 553	—
1887, douzième année	7 168	—
1888, treizième année	7 408	—

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Tableau d'avancement du corps de santé militaire pour 1889.

1° Médecins principaux de deuxième classe inscrits pour le grade de médecin principal de première classe :

1887. M. Reech.

1888. MM. Duchemin, Talon, Morisson et Breton.

2° Médecins-majors de première classe inscrits pour le grade de médecin principal de deuxième classe :

1887. MM. Viry et Demmler.

1888. MM. Roux, Josien, Laurens et Schindler.

3° Médecins-majors de deuxième classe inscrits pour le grade de médecin-major de première classe :

1887. MM. Vautrin, Yvert, Longuet, Duponchel, Amat (L.-E.), Desmons et Mercier.

1888. MM. Billot, Landriau, Testevin, Martin, Monart, Folie-Desjardins, Calmette, Pitot et Ravenez.

4° Pharmacien principal de deuxième classe inscrit pour le grade de pharmacien principal de première classe :

1888. M. Parant.

5° Pharmaciens-majors de première classe inscrits pour le grade de pharmacien principal de deuxième classe :

1888. MM. Arrufat, Bouillon, Pons, Burcher et Balland.

6° Pharmaciens-majors de deuxième classe inscrits pour le grade de pharmacien-major de première classe :

1888. MM. Baillon, Lieutard, Breuil et Jehl.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

94. Mlle Edwards. De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses. — 95. M. Rollin. Fistules néphro-cutanées. — 96. Mlle Chopin. Élimination de l'acide salicylique suivant les divers états des reins. — 97. M. Dubarry. Contribution à l'étude de la vie des microbes pathogènes dans l'eau. — 98. M. Sebileau. Épanchements du péritoine. — 99. M. Barraud. Hystérectomie vaginale totale ou partielle dans le cancer du col.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation de médecine. — Voici, d'après le tirage au sort, l'ordre dans lequel les candidats passeront la première des épreuves définitives :

MM. Combemale, Gaucher, Sarda, Suzanne, Gueit, Mesnard, Charrin, Netter, Roger, Brault, Chantemesse, Jeannel, Audry, Marie, Roque, Colin, Letulle, Grenier, Balzer, Davezac, Gilbert, Babinski.

Séance du lundi 28 janvier : M. Combemale : « Valeur des phénomènes thermiques dans les maladies aiguës. » — M. Gaucher : « Des métastases. »

Séance du mardi 29 : M. Sarda a pour sujet de leçon : « De l'influence du traumatisme dans l'éclosion des maladies infectieuses. » — M. Suzanne : « Des causes secondes dans le développement des maladies infectieuses. »

— *Hôpitaux de Paris.* — L'administration de l'Assistance publique vient d'ajouter huit noms aux quarante-six internes titulaires nommés cette année. Ce sont : MM. Lovy, Camescasse, Delaunay, de la Nièce, Bureau, Bernheim, Dufournier, Legrand.

— Nous donnerons, dans notre prochain numéro, le classement complet des services des hôpitaux et hospices de Paris.

— *Académie de Nancy.* — MM. les professeurs Hecht et Bernheim ont été élus délégués de la Faculté de médecine de Nancy au conseil général des Facultés.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brasseur (Émile), président de la Société odontologique de France, et Émery, conseiller général de Maine-et-Loire.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 11, rue des Poitevins, le samedi 2 février à huit heures et demie très précises du soir : « Les tendances de la chirurgie moderne, » par M. le docteur Gustave Richelot, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie fait décidément beaucoup d'honneur au strophantus; elle lui a, cette fois encore, consacré toute sa séance. De cette discussion, close aujourd'hui, il ressort ce fait important, c'est qu'il existe encore une grande divergence d'opinion, entre les praticiens et les physiologistes, sur l'action des alcaloïdes et celle des diverses préparations de la plante. Tandis que MM. Bucquoy, Dujardin-Beaumetz, Constantin Paul, Hérard, déclarent, de la façon la plus formelle, préférer la digitale et le strophantus à la digitaline et à la strophantine, MM. Germain Sée et Laborde, se basant surtout sur la méthode expérimentale, n'admettent que les principes immédiats et combattent énergiquement pour la substitution de l'alcaloïde, d'une façon exclusive, en thérapeutique, à l'emploi de toutes les autres préparations. Telle est l'opinion que M. Laborde a heureusement résumée dans cette citation de J.-B. Dumas : « L'introduction du principe immédiat en thérapeutique, c'est la formule substituée à la recette. »

L'Académie a élu, par une énorme majorité, 67 voix sur 78 votants, M. Budin dans la section d'accouchements. Tout le monde applaudira au choix de l'Académie.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 1er février 1889.

HÔTEL-DIEU. — Médecin : M. le professeur Germain Sée; chef de clinique : M. Durand-Fardel; interne : M. Lyon; externes : MM. de Marchena, Hue, Roullet, Carpentier, Aragon, Daum, Larcena, Faussillon, Mirovitch.

Médecin : M. Empis; interne : M. Tuilant; externes : MM. Azoulay, Artault, Guillot, Salmeron, Cochery.

Médecin : M. Bucquoy; interne : M. Beaumé; externes : MM. Montbouyran, Pekmèze, Blanc-Champagnac, Dubost, Bourgogne (Henri).

Médecin : M. Mesnet; interne : M. Rouffinet; externes : MM. Pécharman, Martin (François), Boutin, Émery, Bidault.

Médecin : M. Dumontpallier; interne : M. de Grandmaison; externes : MM. Christen, Le Joly-Sénoville, Lieffring, Mme Pilet, MM. Duvivier, Got, de Bourgon.

Médecin : M. Proust; interne : M. Tissier; externes : MM. Hulot, Guérin, Plichon, Beauvallet, Durand.

Chirurgien : M. le professeur Richet (Alfred), suppléé par M. Kirmisson; chef de clinique : M. Rochard; internes : MM. Vercoustre, Willemin, Isch-Wall; externes : MM. Thanasesco, Gervais de Rouville, Duprey, Boudaille, Macé, Berthelin, Viguès, Le Tanneur, Navarro.

Chirurgien : M. le professeur Panas; chef de clinique : M. N...; chef de clinique adjoint : M. Kalt; internes : MM. Audain, Rochon-Duvignaud, Faure-Miller (Harold); externes : MM. Guibert, Guépin, Bonenfant, Vibert (Paul), Péchaud, Athanassio.

Chirurgien : M. Tillaux; internes : MM. Témoin, Conzette; externes : MM. Saprisa y Vera, Sebillotte, Bouglé, Gesland, Lévy (Émile).

HÔTEL-DIEU ANNEXE. — Médecin : M. Cornil; interne provisoire : M. Thiercelin.

Médecin : M. Merklen; interne provisoire : M. Barrié.

Médecin : M. Faisans; interne provisoire : M. Rancurel.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — Médecin : M. le professeur Jaccoud; chef de clinique : M. Duflocq; chef de clinique adjoint : M. Ménétrier; interne : M. Régnier; externes : MM. Gouget, Grilhaut des Fontaines, Georgesco-Carpatianu, Lepetit, Glantenay, Roussel.

Médecin : M. Brouardel; interne : M. Mosny; externes : MM. Couvreur, Luton, Orrillard, Boissier, Damaye, Darras.

Médecin : M. Lancereaux; interne : M. Guyon; interne provisoire : M. Dudefoy; externes : MM. Mollard, Lorentz, Michel-Dansac, Vatel, Lantzenberg, Azéma, Laloy, Monnier.

Médecin : M. Audhoui; interne : M. Achalme; externes : MM. Théloan, Bouchez, de Amaral, Millon, Larricq, Bossu.

Médecin : M. Hutinel; interne : M. Hudelo; externes : MM. Anghelovici, Touchard, Thierry, Gannelon, Duchemin (René).

Médecin : M. Troisier; interne : M. de Saint-Germain; externes : MM. Papillault, Zuber, Miquel, Duchaine.

Chirurgien : M. le professeur Verneuil; chef de clinique : M. Ricard; internes : MM. Baudouin, Jonnesco, Thierry; externes : MM. Villeprand, Caillet, Léonard, Carré, Chauvel, Iarca, Dubouays, Nanu.

Chirurgien : M. Polaillon; internes : MM. Philippe, Lamotte, Terson; externes : MM. Tuvache, Petit (Jean-Baptiste), Behr, Bellemain, Cazenave, Bernard (Jean).

Accoucheur : M. Maygrier; interne : M. Couder; externes : MM. Peillon, Couturier.

Hôpital de la Charité. — Médecin : M. le professeur Potain ; chef de clinique : M. Foubert ; chef de clinique adjoint : M. Hischmann ; interne : M. Vaquez ; externes : MM. Daudet, Delbet, Himely, Finet.

Médecin : M. Laboulbène ; interne : M. Aviragnet ; externes : MM. Chaker, Funck, Benoit (Charles), Bridier.

Médecin : M. Desnos ; interne : M. Enriquez ; externes : MM. Fauchon-Villeplée, Morestin, Plicot, Houdaille.

Médecin : M. Féréol ; interne : M. Vilpelle ; externes : MM. Condamy, Ducellier, Halouchery, Artus (Maurice).

Médecin : M. Luys ; interne : M. Sallard ; externes : MM. Cantacuzène, Fricotel, Levadoux, Rémy-Néris.

Médecin : M. Blachez, suppléé par M. Gaucher ; interne : M. Maurin ; externes : MM. Flandre, Moitier, Marchal, de Lairé ; Poirier (Arsène), Gochbaum.

Chirurgien : M. le professeur Trélat ; chef de clinique : M. Walther ; internes : MM. Lyot, Chipault, Arrou ; externes : Mlle Kalopothakès, MM. Galpin, Castro, Arrizabalaga, Vignaudon, Rescoussié, Paulidès.

Chirurgien : M. Desprès ; internes : MM. Bergé, Bardol ; externes : MM. Bergeret-Jeannet, Petitbon, Brisson, Richard (Gaston).

Accoucheur : M. Budin ; interne : M. Buscarlet ; externes : MM. Ortholan, Moussaud, Bouchacourt.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecin : M. Hayem ; interne : M. Luzet ; interne provisoire : M. Dupasquier ; externes : MM. Lenoble, Lévy (Samuel), Frey (Léon), Brayer, Burnet.

Médecin : M. Landrieux ; interne : M. Hallion ; externes : Mlle Dobrouskine, MM. Vaille, Cachau, Dubrueil, Floersheim.

Médecin : M. Raymond ; interne : M. Deroche ; externes : MM. Cadéac, Guay, Jourdan, Deléage.

Médecin : M. Hanot ; interne : M. Parmentier ; externes : MM. Charcot, Angerant, Lévi (Léopold), Michaïlowsky.

Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Homolle ; externes : MM. Lobstein, Renard, Pachon, Bastos, Colin.

Médecin : M. Gingeot ; interne : M. Bezançon ; externes : MM. Dulout, Dubois, Caron, Placet.

Médecin : M. Tapret ; interne : M. Vimont ; externes : MM. Peraudin, Vigouroux (Abel), Houzé, Renous, Decourt.

Médecin : M. Straus ; interne : M. Faure-Miller (Roland) ; externes : MM. Corbière, Richerolle, Delteil, Marot.

Chirurgien : M. Marchand ; internes : MM. Hélary, Ettlinger, Pineau ; externes : MM. Pascaret, Douarre, de Brabant, Hervouët, Menu, Bonnel.

Chirurgien : M. Monod ; internes : MM. Raoult, Sauvineau, Vignerot ; externes : MM. Laforest, Bonvalot, Héan, Durante, Morin, Lécureuil.

Service d'isolement. — Interne provisoire : M. Gauthier (Charles) ; externes : MM. Levet, Cordillot.

Hôpital Necker. — Médecin : M. le professeur Peter ; chef de clinique : M. Martinet ; interne : M. Lion ; externes : MM. Voizot, Damourette, Dumont (Augte), Isidor, Constantinescu, Stojanovits.

Médecin : M. Rigal (Auguste) ; interne : M. Bouisson ; externes : MM. Paturet, Mayet, Malaviale, Meslay, Le Moniet.

Médecin : M. Rendu ; interne : M. Grandhomme ; externes : MM. Vangeon, Chaillou, Petit (Clément), Chapt, Magdelaine.

Médecin : M. Dieulafoy ; interne : M. Caussade ; externes : MM. Collinet, Haran, Diaz, Brocard.

Chirurgien : M. le professeur Le Fort (Léon) ; chef de clinique : M. Beurnier ; internes : MM. Mordret, Faure, Souplet ; externes : MM. Dimey, Roux, Josué, Le Seigneur, Mourette, Dujon.

Chirurgien : M. Guyon ; interne-lauréat : M. Albarran ; internes : MM. Vignard, Delagenière (Paul), Janet ; externes : MM. Genouville, Dauly, Wintrebert, Gallet-Duplessis, Kortz, Fournier (Charles).

Hôpital Cochin. — Médecin : M. Dujardin-Beaumetz ; internes : MM. Alcindor, Courtois-Suffit ; externes : MM. Grajon, Dardel, Barjon, Arnaud, Lefèvre (Charles), Jordanis, Lajotte, Joullié.

Médecin : M. Gouraud (Xavier) ; interne : M. Dupré (Edmond) ; externes : MM. Grasset, Grémaud, Duvacher, Leroy.

Chirurgien : M. Anger (Théophile) ; internes : MM. Leblond, Calbet, Triboulet, suppléé par M. Veslin, interne provisoire ; externes : MM. Stef, Thévenard, Couvreur (Émile), Legras, Siguier, Bon, Dauriac (Jules).

Chirurgien : M. Bouilly ; interne : M. Morel ; externe : M. Lauth.

Service provisoire. — Médecin : M. Brault ; interne provisoire : M. Baillet.

Hôpital Beaujon. — Médecin : M. Millard ; interne : M. Coffin ; externes : MM. Meunier (Valery), Bresset, Théodore, Meige.

Médecin : M. Guyot ; interne : M. Noguez ; externes : MM. Benoit (Ovide), Terson, Lefèvre (André), Sallé, Launay.

Médecin : M. Gombault (Constant) ; interne : M. Charrier ; externes : MM. Tolmer, Planet, Janin, Luyt.

Médecin : M. Fernet ; interne : M. Calot ; externes : MM. Steeg, Barisien, Bloch, David.

Chirurgien : M. Labbé (Léon) ; internes : MM. Reboul, Mouls ; externes : MM. Le Juge de Segrais, Virchaux, Chamozzi, Sottas, Goisque, Barozzi, Poulain.

Chirurgien : M. Duplay (Simon) ; internes : MM. Mauclaire, Arnould ; externes : MM. Ménard, Giresse, Bois (Raphaël), Marmasse, Pochon.

Chirurgien : M. Anger (Benjamin) ; internes : MM. Debayle, Gastou ; externes : MM. Wassilieff, Thiébault, Lorrain, Finck, Paulin.

Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes ; interne : M. Parelle ; externes : MM. Franche, Gascuel.

Hôpital Lariboisière. — Médecin : M. Siredey ; interne : M. Thomas ; externes : MM. Lowenthal, Trognon, Quignard, Delansorne, Didier.

Médecin : M. Paul (Constantin) ; interne : M. Bellanger ; externes : MM. Gellé, Endlitz, Cagny, Colas.

Médecin : M. Bouchard ; interne : M. Vignalou ; externes : MM. Rouquès, Marie (Auguste, Charles), Destrez, Darin.

Médecin : M. Duguet ; interne : M. Dupré (Ernest) ; externes : MM. Didsbury, Moity, Vibert, Chabory, Radiguet.

Médecin : M. Gérin-Roze ; interne : M. Gibotteau ; externes : MM. Lafont, Collas, Maurice, Clément, Boutroux.

Médecin : M. Gouguenheim ; interne : M. Cuvillier ; interne provisoire : M. Glover ; externes : MM. Mascarel, Ecart, Spillmann, Dumont (Lucien), Haury, Pégou.

Chirurgien : M. Périer ; internes : MM. Mauny, Répin ; externes : MM. Coquelet, d'Haussy, Lasserre (Georges), Vaudremer, Papillon (Louis), Mouchet.

Chirurgien : M. Delens ; internes : MM. Claisse, Jacob ; externes MM. Lapointe, Crochet, Velimirovitch.

Chirurgien : M. Berger ; internes : MM. Pfender, Canniot ; externes : MM. Banzet, Lemariey, Raffray, Hamaide, Fiquet, Galmard.

Chirurgien : M. Peyrot ; interne : M. Baumgarten, Macquart ; externes : MM. Duma, Duchesne, Hulman, Courtey, Beaussenat.

Accoucheur : M. Pinard ; interne : M. Wallich ; externes : MM. Taurin, Ribell.

Hôpital Tenon. — Médecin : M. Landouzy ; interne : M. Legrand ; externes : MM. Roy, Teissier, Egret, Jacquinet, Basso, Chatinière.

Médecin : M. Dreyfus-Brisac ; interne : M. Prost ; externes : MM. Prieur, Sée, Cahen, Désiré, Gerson.

Médecin : M. Danlos, suppléé par M. Barié ; interne : M. Nageotte ; externes : MM. Saintu, Desforges, Chevandier, Daniel, Courtet.

Médecin : M. Cuffer ; interne : M. Sollier ; externes : MM. Bereaux, Théry, Boyals, Dacquet.

Médecin : M. Roques ; interne : M. Cartier ; externes : MM. Bouchard, Fourey, Lacomte, Encausse.

Médecin : M. Moizard ; interne : M. Roussan ; externes : MM. Haslé, Chatelot, Bellot, Poivet.

Médecin : M. Letulle ; interne : M. Mallet ; externes : MM. Brion, Jarre, Jayle, Lagain, Pailhas, Pornain.

Médecin : M. Oulmont ; interne : M. Soupault ; externes : MM. Soulié (Frédéric), Vézes, Meusnier, Pezet, Bellencontre, Dodieau.

Chirurgien : M. Blum (Albert) ; internes : MM. Bernheim, Dufournier, Legrand ; externes : MM. Artières, Adamski, Iscovesco, Choppin, Hervé, Barbier.

Chirurgien : M. Richelot (Gustave) ; internes : MM. Springer, Gauthier (Jean), Lafourcade, suppléé par M. Vassal, interne provisoire ; externes : MM. Maturié, Durville, Castellanos, Regnard, Wirbel, Cultru.

Chirurgien : M. Felizet ; internes : Mlle Wilbouchewitch, M. Breton ; externes : MM. Eleftériou, Delcroix, Chapdelaine, Harou, Henne.

Accoucheur : M. Bar ; interne : M. Ardouin ; externes : MM. Pescher, Kocher.

Hôpital Laennec. — Médecin : M. Ball ; interne : M. Cousin ; externes : MM. Dubut, Beretta, Cazin, d'Hotman de Villiers, Langlois.

Médecin : M. Damaschino ; interne : M. Thérèse ; externes : MM. Maupaté, Gotchaux, Courtillier, Duprat, Walch, Leclercq.

Médecin : M. Ferrand ; interne : M. Poulalion ; externes : MM. Batigne, Griner, Antheaume, Larger, Dessirier.

Médecin : M. Cornil, suppléé par M. Brocq ; interne : M. Legry ; externes : MM. Noir, Piaget, Chibret, Fonlladosa, Charbaut.

Chirurgien : M. Nicaise, suppléé par M. Chaput ; internes : MM. Gauly, Reblaud ; interne provisoire : M. Bonneau ; externes : MM. Binot, Brunet, Douënel, Darnis, Lachèse, Kuss.

Hôpital Bichat. — Médecin : M. Huchard ; interne : M. Rénon ; externes : MM. Pouy, Damain, Aublé, Vincent, Murray.

Médecin : M. Lacombe ; interne : M. Lelièvre ; externes : MM. Pottier, Meurisse, Agut, Miette, Hobbs.

Chirurgien : M. Terrier (Félix) ; internes : MM. Delagenière (Henry), Mantel ; externes : MM. Dedieu, Touche, Carrel, Lallier, Reymond, Fouré, Pinçonnat.

Hôpital Andral. — Médecin : M. Debove ; internes : MM. Bruhl, Boulloche ; externes : MM. Giovanonni, Poussard, Monmarson, Ramadan, Mounier, Bertillon.

Hôpital Broussais. — Médecin : M. Barth ; interne : M. Lautier ; externes : MM. Simonot, Rascol, Jouis, Laverny.

Médecin : M. Chauffard ; interne : M. Souques ; externes : MM. de Massary, Bonnard, Carton, Azam.

Chirurgien : M. Reclus ; internes : MM. Clarot, Cestan ; externes : MM. Schtein, Demantké, Martigny, Nogué, Godet.

Hôpital d'Aubervilliers. — Médecin : M. Talamon : interne provisoire : M. Mignot ; externe provisoire : M. Amelin.

Hôpital Saint-Louis. — Médecin : M. le professeur Fournier ; chef de clinique : M. Feulard ; chef de clinique adjoint : M. Cayla ; interne : M. Bourges ; externes : MM. Moingeard, Chaumont, Mercier (Charles), Yahoubian, Marchand (Louis).

Médecin : M. Vidal ; interne : M. Wickham ; interne provisoire : M. Sabouraud ; externes : MM. Billard, Hamel, Sainton (Roger), Faurichon.

Médecin : M. Besnier ; interne : M. Hautecœur ; externes : MM. Potel (Pierre), Tripier, Rouget, Bonnet.

Médecin : M. Hallopeau ; interne : M. Lefebvre ; externes : MM. Zysman, Jelenkievicz, Morisse, Tollemer.

Médecin : M. Quinquaud ; interne : M. Le Noir ; externes : MM. Fournier (Louis-Joseph), Barré, Brandès, Solary.

Médecin : M. Tenneson ; interne : M. Boulay ; externes : MM. Louvel, Roux, Mathieu, Chéreau.

Chirurgien : M. Péan ; internes : MM. Laskine, Jacquinot, Decressac ; externes : MM. Marchadier, Dejean de la Bâtie, Cambours, Gauja (Maurice), Mermillod, Jacquet.

Chirurgien : M. Le Dentu ; internes : MM. Chevalier, Rieffel, Rollin, suppléé par M. Lafourcade ; externes : MM. Lefèvre (Edm.), Martinez, Daude-Lagrave, Ducourtioux, Pascal, Thomas (Félix).

Chirurgien : M. Championnière (Just) ; internes : MM. Garnier, Rogues de Fursac, Civel ; externes : MM. Le Marc'Hadour, Spindler, Ransquins, Daga, Trenel, Mlle Davidowitch.

Accoucheur : M. Porak ; interne : M. Chevalet ; externes : MM. Gieseler, Brossard.

Hôpital du Midi. — Médecin : M. Mauriac ; interne : M. Papillon ; externes : MM. Cheminade, Stavaux, Larsonneur.

Médecin : M. du Castel ; interne : M. Bataille ; externes : MM. Lebon, Boutard, Thomas (Charles).

Chirurgien : M. Humbert ; interne : M. Berdal ; externes : MM. Frumusianu, Bouley, Corny, Guérin.

Hôpital de Lourcine. — Médecin : M. Balzer ; interne : M. Thiroloix ; externes : MM. Regnault, Dercheu, Pinault, Mme Rechtsamer, M. Danet.

Médecin : M. de Beurmann ; interne : M. Sainton ; externes : MM. Brunet, Modiano, Le Guern, Samalens, Mennessier.

Chirurgien : M. Pozzi ; interne : de Lostalot-Bachoué, Laffitte ; interne provisoire : M. Baudron ; externes : MM. d'Hôtel, Junien-Lavillauroy, Main, Codet, Réville.

Hôpital de la Maternité. — Médecin : M. Labadie-Lagrave ; interne : M. Appert.

Chirurgien : M. Tarnier ; interne : M. Chavane.

Chirurgien-adjoint : M. Bouilly ; interne : M. Dagron.

Hôpital de la clinique d'Accouchements. — Médecin : M. le professeur N... (M. Tarnier, chargé du cours) ; chef de clinique : M. Bonnaire ; chef de clinique adjoint : M. Boissard ; externes : MM. Prouvost, Mercier (Pierre), Bourbon, Ceïde, Manson.

Maison municipale de santé. — Médecin : M. Labbé (Édouard) ; interne : M. Matton ; externes : MM. Druet, Sicard, Zentler.

Médecin : M. Lecorché ; interne : M. Létienne ; externes : MM. Bouchinet, Mandroux, Jacques.

Chirurgien : M. Sée (Marc) ; internes : MM. Maurel, Vialet ; externes : MM. Archagouni, Lacaze, Emmery.

Chirurgien : M. Horteloup ; internes : MM. Benoit, Blaise ; externes : MM. Thomas (André), Pineau (Henri), Surel.

Hôpital des Enfants-Malades. — Médecin : M. le professeur Grancher ; chef de clinique : M. Deschamps ; chef de clinique adjoint : M. Martin de Gimard ; interne : M. Critzman ; externes : MM. Fort, Staïcovits, Touvenaint, Auclair, Phulpin.

Médecin : M. Labric ; interne : M. Macon ; externes : MM. Tariel, Archambaud, Mirkowitch, Bayeux, Perdrizet.

Médecin : M. Jules Simon ; interne : M. Oustaniol ; externes : MM. Malbec, Arbel, Picot, Mlle Cherchewsky, M. Lucron.

Médecin : M. Descroizilles ; interne : M. Marquézy ; externes : MM. Bondesio, Dufour (René), Bilbilis, Ménos, Clarac.

Médecin : M. Ollivier ; interne : M. Thibault ; externes : MM. Duchenne, Coriton, Leterrier, Favié, Georgevitch.

Chirurgien : M. de Saint-Germain ; internes : MM. Aldibert, Tournier ; externes : MM. Danin, Siron, Jay, Dutournier (Adrien), Bougan, de Ribier (Frédéric), Silva.

Hôpital Trousseau. — Médecin : M. Cadet de Gassicourt ; interne : M. Gampert ; externes : M. Pingat, Mlle Kohan, MM. Oskierko, Lemoult.

Médecin : M. d'Heilly ; interne : M. Bouffe ; externes : MM. Schwob, Lombardi, Dupuy, Frey (Albert).

Médecin : M. Legroux ; interne : M. Mariage ; externes : MM. Grandou, Ferrand, Coudère, Diamantberger.

Chirurgien : M. Lannelongue, suppléé par M. Jalaguier ; internes : MM. Legueu, Louis ; externes : MM. Magniaux, Gallard, Ratuld, Ozanon, Duchemin (Edmond), Sainton (Paul), Meyer, Raynal.

Hospice des Enfants-Assistés. — Médecin : M. Sevestre ; internes : MM. Vigneron, Michaut ; interne provisoire : M. Cautru ; externes : MM. Péron, Stojanovitch, Charlier, Mlle Zlotowska, M. Mallet.

Chirurgien : M. Guéniot ; interne : M. Ehrhardt (Pierre) ; externes : MM. Collinet, Bouquet (Henri).

Hospice de Bicêtre. — Médecin : M. Déjerine; interne : M. Macaigne; interne provisoire : M. Auscher.

Médecin : M. Bourneville; interne : M. Camescasse; interne provisoire : M. Sorel.

Médecin : M. Charpentier; interne : M. Bureau; interne provisoire : M. Michel.

Médecin : M. Deny; interne : M. de la Nièce; interne provisoire : M. Huguenin.

Médecin : M. Féré; interne : M. Lamy; interne provisoire : M. Perruchet.

Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Basset, Renault; interne provisoire : M. Pompidor.

Hospice de la Salpêtrière. — Médecin : M. le professeur Charcot; chef de clinique : M. Gilles de la Tourette; interne : M. Dutil; externes : MM. Boix, Zaguelmann, Mme Turikoff, MM. Hannion, Boëteau, Londe, Lagoudakis, de Brazza.

Médecin : M. Joffroy; interne : M. Nicolle; interne provisoire : M. Morax; externes : MM. Arthus (Nicolas, Maurice), Chanson, Veuillot, Crévecœur, Mlle Balaban.

Médecin : M. Voisin (Auguste); interne : M. Sardou; externes : MM. Marie (Armand-Auguste), Malherbe.

Médecin : M. Falret; interne : M. Lovy; externe : M. Berbez.

Médecin : M. Voisin (Jules); interne : M. Leredde; externe : M. Roubinowitch.

Chirurgien : M. Terrillon; internes : MM. Mussy, Adler; externes : MM. Thibault, Surer, Chesnay, Lucas.

Hospice des Incurables (Ivry). — Médecin : M. Gombault (A.); interne : M. Pilliet; interne provisoire : M. Cariophyllis; externe : M. Bernardberg.

Chirurgien : M. Kirmisson, suppléé par M. Picqué; interne : M. Delaunay; interne provisoire : M. Souligoux; externe : M. Rousseau.

Hospice des Ménages (Issy). — Médecin : M. Robin (Albert); interne : M. Mendel; interne provisoire : M. Piole; externe : M. Bernard.

Institution Sainte-Périne et Maison de retraite Chardon-Lagache. — Médecin : M. Muselier; internes : MM. de Fleury, Gilis.

Maison de retraite de La Rochefoucauld. — Médecin : M. Brissaud; interne provisoire : M. Guitton.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

De l'asphyxie par les vapeurs de charbon, congestion, paralysie, traitement.

Un jeune homme nous était amené, il y a quelques jours, dans un état de résolution musculaire complète. Les membres absolument inertes n'obéissaient même plus aux actions réflexes, l'anesthésie était totale, la perte de connaissance absolue. Les pupilles étaient contractées, la face rouge, turgide, les lèvres, violacées, laissaient échapper une sanie écumeuse; la respiration, quoique régulière, était assez fréquente, le pouls présentait aussi une fréquence extrême — 130 pulsations par minute — il était, de plus, également irrégulier. Cependant l'auscultation du cœur n'indiquait rien d'anomal.

Or ce n'était déjà plus là la symptomatologie de l'asphyxie vraie, de telle sorte que si je n'avais pas su, par les personnes qui avaient accompagné le malade dans son transport à l'hôpital, que cet individu avait été exposé toute une nuit à respirer, pendant son sommeil, les vapeurs d'une certaine quantité de charbon en ignition, il m'eût été fort difficile de retrouver la cause de l'état morbide.

Bref, il avait été asphyxié dans sa chambre en même temps qu'un de ses camarades, mais le lit de ce dernier étant placé près de la porte, celui-ci avait été moins gravement atteint par les vapeurs de charbon que le premier, dont la couchette était placée, au contraire, dans le fond de la chambre.

Donc cet homme nous était amené avec une sorte de paralysie généralisée, et, au premier abord, on n'aurait vu chez lui que de la congestion des centres nerveux.

Je lui ai fait faire immédiatement une saignée de 300 grammes; le sang qui est sorti de la veine était rouge comme du sang artériel, il était altéré par l'oxyde de carbone respiré. Et déjà, pendant l'émission sanguine, la fréquence et les irrégularités du pouls diminuaient, pour cesser bientôt complètement. En même temps, je constatais la réapparition du réflexe cornéen. Or, personne autour de moi ne songeait à pratiquer cette saignée, si utile cependant, parce que, actuellement, on a totalement oublié les bienfaits des émissions sanguines, pour ne plus songer qu'aux inhalations d'oxygène. Certes ces inhalations sont utiles, mais insuffisantes à elles seules, car, faute de décongestionner le système nerveux, la paralysie s'accuse.

En résumé, la saignée a déterminé une amélioration véritable; le soir, le malade commençait à comprendre les questions qu'on lui adressait et s'essayait à y répondre; le lendemain, l'intelligence devenait plus nette, mais la paraplégie était telle que le malade ne pouvait encore détacher ses membres inférieurs du lit. De plus, les masses musculaires de sa cuisse gauche étaient tuméfiées, très douloureuses, avec rougeur et empâtement œdémateux simulant un phlegmon. Le surlendemain, c'est-à-dire lundi dernier, l'impossibilité de soulever les membres inférieurs persistait encore presque entière, je fis lever le malade et le soutenir debout : le tronc était rigide : rigidité rachidienne de la méningite spinale. Puis, cherchant à lui faire faire quelques pas, je constatai qu'il marchait comme un paraplégique, en glissant ses pieds; enfin, quand je le fis se recoucher, il lui fut impossible de remonter, seul, dans son lit. L'intelligence, pendant ce temps, restait encore vague, obscurcie. Au lit, cet homme se plaignait de souffrir de ses masses musculaires.

En raison de cette congestion médullaire avérée, j'ai fait appliquer dix-huit ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale. Dès le lendemain, le malade se mouvait plus facilement, marchait mieux et souffrait moins; enfin son intelligence était réveillée. Avions-nous donc eu affaire à des troubles de nutrition musculaire ou des nerfs animant les muscles, dus à l'intoxication du sang et non pas à de la congestion ? Tout l'aspect du malade démontrait qu'il s'agissait d'un état congestif général, de congestion rachidienne, de même que de congestion rénale comme dans la scarlatine. Aussi, en raison de l'albumine contenu dans les urines, faisais-je appliquer, le lendemain, des ventouses posées le long de la colonne vertébrale, quatre autres ventouses sur la région des reins, et, immédiatement après, l'albuminurie diminuait si bien, qu'aujourd'hui il n'y en a plus trace.

Ce résultat est une preuve même de la congestion rénale et nous permet d'interpréter aussi la congestion des centres nerveux. Il démontre encore que le traitement à employer n'est pas celui de l'intoxication du sang comme d'aucuns l'auraient fait, mais bien celui des troubles fonctionnels du système nerveux.

En 1843, M. Bourdon, dans sa thèse inaugurale sur les

paralysies consécutives à l'asphyxie par les vapeurs de charbon, rapportait des faits très curieux, les uns de paralysie localisée, les autres de paralysie systématisée. Il citait notamment deux cas de monoplégie brachiale persistant pendant des mois entiers et suivie d'atrophie musculaire, le tout résultant d'une névrite, c'est-à-dire d'une hyperhémie préalable. Ce qui justifie encore une fois l'opinion que je soutiens, qu'en pareil cas c'est l'hyperhémie que nous devons combattre, c'est là le mal qu'il faut couper dans sa racine, qu'il faut enrayer dès le début par les émissions sanguines, afin d'empêcher la paralysie de se produire ou tout au moins l'empêcher de persister si déjà elle est survenue.

Et ce traitement chez mon malade de la salle Saint-Luc a si bien réussi que, ce matin, je le trouvais lisant le journal dans son lit ; l'intelligence et les mouvements étaient revenus, l'appétit avait reparu ; il avait recouvré en très grande partie son système nerveux.

M. Bourdon a cité aussi des faits de *paralysie générale* avec démence — je dis : *paralysie généralisée* — consécutive à l'asphyxie par les vapeurs de charbon. J'ajoute que l'on rencontre ainsi des cas de paralysie ascendante débutant par des phénomènes de paraplégie avec raideur du rachis et de la nuque, et se généralisant ensuite peu à peu, faute d'avoir combattu l'état congestif qui s'est changé en état inflammatoire et s'est peu à peu généralisé, déterminant ainsi une paralysie généralisée ou ascendante aiguë, accidents dont une saignée pratiquée à temps réussit certainement à empêcher le développement.

Nombre de cas de ce genre ont été rapportés par les auteurs et ce sont là des faits de pratique générale qu'il faut connaître afin de ne pas rester les bras croisés, mais de savoir les traiter d'une certaine façon.

Je trouve encore, dans la thèse de M. Bourdon, le fait d'un homme qui succomba, au bout de trois semaines, à un ramollissement cérébral, suite d'une encéphalite, conséquence de l'asphyxie par les vapeurs de charbon.

Je ne saurais donc trop répéter que l'on oublie beaucoup trop, depuis déjà un assez grand nombre d'années, l'importance et l'utilité des émissions sanguines. Et, à ce propos, je vous rapporterai l'observation d'un jeune homme venant de Barcelone à Paris, parti bien portant et conduit sans connaissance, dès son arrivée, dans un hôtel. Le médecin, appelé le premier, le trouve dans un état de résolution complète, le pouls fréquent ; il poussait des cris hydrencéphaliques, il avait des vomissements.

Bref, on diagnostiqua une congestion cérébrale et non pas une méningite cérébrale au début. Le malade avait de l'agitation, des mouvements convulsifs. On lui prescrit un purgatif et on lui applique des vésicatoires sur les cuisses, remède impuissant bien entendu. Je suis mandé à mon tour auprès de lui, la perte de connaissance persistait ; je déclare qu'il s'agit d'une méningite aiguë, non tuberculeuse, et prescris cinq sangsues derrière chaque oreille qu'on laissera couler pendant deux heures. Le lendemain matin, le malade était revenu à lui, il reconnaissait sa famille accourue à son chevet ; le surlendemain, il demandait à manger, six jours après il quittait Paris et retournait dans son pays.

Voilà l'heureuse influence des sangsues, des émissions sanguines, auxquelles le médecin appelé le premier n'avait nullement songé, se bornant à des purgatifs et des vésicatoires qui ne pouvaient, en pareil cas, qu'être d'une inefficacité absolue.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action des vaporisations et des inhalations chaudes d'essence de « Pinus Pumilio » dans le traitement de la diphthérie.

Par M. le docteur E. Dubois (de Fives-Lille).

Depuis quatre ans, j'ai recours, comme à un auxiliaire puissant dans le traitement de la diphthérie, aux vaporisations et aux inhalations chaudes d'essence de *Pinus Pumilio*.

Je suis convaincu que, par ces vaporisations et ces inhalations, on peut prévenir un grand nombre d'affections diphthériques et que, lorsque la trachéotomie a été jugée nécessaire et a été effectuée, il n'est pas possible de voir se reproduire les complications qui compromettent quelquefois l'opération la plus heureuse.

C'est ainsi que, pendant les mois de février, mars, avril et mai 1885, alors que, dans le département du Nord où j'exerce, une véritable épidémie de croup et d'angine scarlatiniforme sévissait, j'ai pu, sur trente-deux cas soignés, obtenir trente-deux guérisons avec ou sans trachéotomie. Et, chose à remarquer, ces guérisons ont toujours été sans aucune des complications que j'avais eu à combattre, lorsque, les années précédentes, j'opérais sans l'aide des vaporisations et des inhalations chaudes d'essence de *Pinus Pumilio*. De mes trente-deux observations, je détache les suivantes :

Obs. XII. — Arthur B..., âgé de trois ans et demi, atteint du croup, est soumis, dès le début, aux inhalations d'essence de pin (inhalations obtenues à l'aide d'un vaporisateur Reiner ou autre, placé sur une table, à côté du lit, et projetant, nuit et jour, une poussière d'eau chaude chargée d'essence). Le quatrième jour, l'opération devenue nécessaire est pratiquée. Plus que jamais, les vaporisations sont continuées. Et, au huitième jour, sans aucun encombre, le petit malade sort de sa chambre, entièrement guéri. Depuis, Arthur B... n'a pas eu le moindre rhume, la moindre gêne de respiration, la moindre altération de la voix.

Obs. XXI. — Jeanne M... est atteinte de la même affection croupale que son jeune camarade Arthur B... Même opération, même traitement. Guérison complète au neuvième jour.

Obs. XXVII. — Lucien L..., âgé de treize ans, élève du lycée de Lille, contracte une angine diphthérique, caractérisée par de fausses membranes grisâtres tapissant les amygdales et d'une épaisseur de 2 ou 3 millimètres. Inhalations directes toutes les demi-heures, pendant une dizaine de minutes chaque fois. Au troisième jour, apparition d'une éruption de scarlatine, avec développement considérable des glandes sous-maxillaires et des amygdales. Sous l'influence des inhalations, les fausses membranes se détachent facilement vers le quatrième jour. Enfin, l'angine disparaît entièrement et la scarlatine suit son évolution classique jusqu'à la convalescence.

Obs. XXIX et XXX. — Deux sœurs de Lucien L..., l'une âgée de vingt-deux ans, l'autre de neuf ans, contractent l'affection dont leur frère est atteint. Même marche du mal, mêmes manifestations. Même traitement et même succès.

Les années précédentes, alors que j'opérais sans me servir des vaporisations d'essence de *Pinus Pumilio*, je n'obtenais jamais des succès d'une telle promptitude et d'une telle sûreté. Et, depuis, non seulement pour la diphthérie, mais même pour les plus simples maux de gorge, je recours à mes vaporisations d'essence de pin, dont je recommande l'essai à mes confrères.

Dans ces différents cas, le produit auquel j'ai eu recours est l'essence de pin d'Autriche de Joseph Mack, — essence,

entre parenthèse, improprement dite d'Autriche, puisqu'elle dérive du *Pinus Pumilio* et non du *Pinus Austriaca*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 janvier 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un travail de M. Cadoret sur les composés chlorés de l'acide gallique considérés comme antiseptiques et désinfectants ;

2° Un mémoire sur la fistule vésico-vaginale, par M. Cazin.

COMMUNICATION

Du strophantus et de la strophantine. — M. BUCQUOY est en dissidence avec M. G. Sée : 1° sur la supériorité qu'il accorde à la strophantine sur le strophantus ; 2° sur les résultats très contestables, dit-il, que donnerait le strophantus dans diverses formes de maladies du cœur, sur lesquelles d'autres médications auraient, d'après lui, des effets plus certains et plus énergiques (iodure de potassium contre la dyspnée, calomel comme diurétique).

Sur le premier point, M. Bucquoy regrette que M. G. Sée n'ait apporté aucun fait pour démontrer la supériorité de la strophantine sur le strophantus. S'il est vrai qu'on ne fait d'expériences thérapeutiques sérieuses sur les animaux qu'avec le principe actif du médicament, en est-il bien de même quand il s'agit de pratique médicale? Assurément non. Il met au défi M. G. Sée d'obtenir, avec la digitaline pure, la sûreté d'effets que l'on obtient avec les diverses préparations de digitale.

En examinant rigoureusement les observations publiées jusqu'à ce jour et en se basant sur l'opinion même de M. Sée, M. Bucquoy trouve que le strophantus a une action plus marquée que la strophantine.

Quant au second point en litige, M. Bucquoy a toujours cherché, en donnant le strophantus à ses cardiaques, à répondre aux indications fournies par l'action thérapeutique du médicament. Le strophantus a des indications et des contre-indications.

M. G. Sée s'étonne que, dans les asystolies mitrales, M. Bucquoy ne compte que 3 insuccès sur 20 cas. Il n'entend pas par là qu'il a guéri les 17 autres, mais dans ces cas il a soulagé le malade.

Relativement aux trois faits d'angine de poitrine dans lesquels le strophantus a donné à M. Bucquoy de bons résultats, M. Sée dit qu'il ne s'agissait pas d'angine vraie, anatomique ; cela est exact pour deux cas, mais, pour le troisième, il s'agissait bien d'une angine de poitrine véritable.

Depuis sa première communication, M. Bucquoy a étudié, dans cinq nouveaux cas d'affections cardiaques, l'action du strophantus : ses résultats confirment de tout point ce qu'il avait avancé.

M. GERMAIN SÉE dit qu'on peut manier la strophantine aussi bien que la digitaline, dont il se sert exclusivement aujourd'hui, après avoir, antérieurement, essayé toutes les préparations de digitale et en avoir été dégoûté. Il s'en tient à la digitaline parce qu'elle lui donne tous les effets de la digitale. De même pour la strophantine par rapport au strophantus.

La strophantine, dit M. Bucquoy, n'a pas d'action diurétique et le strophantus en a une. Soit, mais le strophantus fait uriner en irritant considérablement le rein, en déterminant de la néphrite, comme l'a établi, dans un excellent travail, un agrégé de Lille, M. Lemoine.

La diurèse, en outre, est bien insignifiante, moins marquée, comme le dit M. Constantin Paul, que celle obtenue par la convallamarine.

Enfin le strophantus n'a pas d'action contre la dyspnée si pénible des asystoliques ; et il trouve, dans ces conditions, beaucoup plus rationnel d'employer deux ou trois médicaments agissant bien, l'un sur la diurèse (caféine ou calomel), l'autre sur la dyspnée (iodure de potassium), un autre enfin sur l'irrégularité du pouls (strophantine).

M. Bucquoy prétend qu'on ne peut pas faire le diagnostic des vraies angines de poitrine d'avec les fausses. M. Sée le conteste absolument, et la preuve c'est que les signes de diagnostic différentiel ont été donnés par M. Bucquoy lui-même et par M. Huchard, à la Société médicale des hôpitaux. Une année auparavant, un Allemand, Rosenbach, les avait indiqués, et dans les mêmes termes, ce qu'ignoraient certainement MM. Bucquoy et Huchard.

Pour M. Sée, les trois prétendus succès ne sont pas des angines de poitrine vraies, anatomiques, c'est-à-dire avec artérite oblitérante des coronaires.

M. HÉRARD appuie ce qu'a dit M. Bucquoy de la supériorité de la digitale sur la digitaline. Il ne croit pas du tout que cet alcaloïde puisse être comparé à la plante elle-même, au point de vue thérapeutique, surtout pour ce qui concerne la diurèse. Il vient d'employer le strophantus dans trois cas d'affection cardiaque, et a obtenu les trois fois une diurèse abondante et rapide.

M. LABORDE fait une communication qu'il résume ainsi :

1° Dans toute préparation médicamenteuse tirée du règne végétal, il existe une ou plusieurs substances actives par lesquelles s'exerce son action physiologique et thérapeutique ;

2° Lorsque cette substance active a été isolée, déterminée et formulée chimiquement, auquel cas elle constitue le principe immédiat, c'est à celui-ci qu'il faut s'adresser en vue de l'usage thérapeutique, après l'avoir soumis d'abord au contrôle expérimental et ensuite au contrôle chimique ;

3° En effet, tandis que le principe immédiat est toujours *un*, identique à lui-même, invariable dans sa constitution propre, comme dans son action fondamentale, physiologique et médicamenteuse, la matière totale qui le contient — et qui peut, d'ailleurs, en contenir plusieurs entre lesquels il peut y avoir lieu de choisir, — cette matière est complexe, variable, tant dans sa composition que dans ses effets.

En un mot, dans un cas, c'est la détermination chimique et expérimentale, la connaissance scientifiquement acquise de l'instrument thérapeutique ; dans l'autre, c'est l'acceptation préalable et l'application préjudicielle de l'inconnu avec les alea et les dangers dans le domaine toxicologique.

D'un côté, la science et le progrès ; de l'autre, l'empirisme aveugle et la routine. Pour exprimer cette vérité par un axiome emprunté à un grand maître, je dirai avec J.-B. Dumas : « L'introduction du principe immédiat en thérapeutique, c'est la *formule substituée à la recette.* »

M. CONSTANTIN PAUL fait observer que, dans une plante, il y a plusieurs principes actifs. Lorsque l'on emploie le plus actif d'entre eux, on ne peut pas dire qu'on les utilise tous. Ainsi, pour l'opium, si l'on administre la narcéine, on n'obtiendra pas, évidemment, tous les effets de l'opium.

M. LABORDE répond que c'est précisément parce qu'il y a dans une plante plusieurs principes actifs, qu'il est irrationnel de l'employer en bloc. Pour l'opium, qui contient des alcaloïdes convulsivants à côté d'alcaloïdes calmants, quand on l'administre on donne donc des substances dont les effets sont antagonistes.

M. TRASBOT dit que M. Laborde aurait raison si l'analyse chimique avait déterminé tout ce qu'il y a dans une plante donnée, mais cela n'est pas fait. Avec la digitale, par exemple, qu'il expérimente depuis longtemps sur les animaux, non seulement dans les affections cardiaques, mais encore dans les affections respiratoires, il obtient des effets que ne donne pas du tout la digitaline.

M. LE PRÉSIDENT déclare la discussion close.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchements.

Nombre de votants, 78 ; majorité absolue, 40.

Ont obtenu : M. Budin 67 voix ; M. Pinard 10 ; bulletin blanc 1.

En conséquence, M. Budin est élu.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation de médecine. — Séance du mercredi 30 janvier : M. Gueit : « Des vaccinations pastoriennes. » — M. Mesnard : « De l'insuffisance fonctionnelle du rein. »

Séance du jeudi 31 : M. Charrin : « Des affections secondaires. » — M. Netter : « Myocardites infectieuses. »

— Hier les anciens élèves du docteur Alphonse Desmarres, devenus ses amis, sont allés le féliciter à l'occasion de ses noces d'argent professionnelles.

Le soir, le maître réunissait, autour de lui, ses amis, dans une fête toute intime, où on a bu à ses noces d'or.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 14. — SAMEDI 2 FÉVRIER 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 2 FÉVRIER 1889. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRES LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Étude critique sur le coryza caséeux, par M. le docteur POTIQUET. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Étude critique sur le coryza caséeux.

Par M. le docteur POTIQUET.

Le coryza caséeux a été décrit, pour la première fois, par M. le professeur Duplay dans son *Traité de pathologie externe* (1). Il le définit ainsi : « C'est une maladie caractérisée par l'accumulation dans l'intérieur des cavités nasales d'une matière caséeuse, analogue au contenu de certains kystes sébacés, et qui peut former des dépôts assez considérables pour déformer le visage et amener la perte de l'odorat. » M. Duplay ajoute que cette affection semble très rare et a presque toujours été méconnue; il la rapproche du coryza chronique et de l'ozène.

Comme étiologie, il note l'existence assez fréquente d'un érysipèle au début de la maladie ou la présence dans les fosses nasales d'un corps étranger. Il distingue à cette affection deux périodes : une première, marquée par l'obstruction de la fosse nasale, par l'écoulement d'une sécrétion séro-purulente abondante et fétide, mêlée souvent de grumeaux caséeux; une seconde, dans laquelle l'obstruction de la fosse nasale augmente et la joue, refoulée en avant par l'amas de matière caséeuse, se déforme. Presque toujours la tumeur est de temps à autre le siège de poussées aiguës, pendant lesquelles elle augmente de volume; souvent elle perfore la joue en plusieurs points qui deviennent fistuleux.

L'examen de la fosse nasale y fait habituellement découvrir, dit-il, une masse volumineuse, d'apparence blanchâtre, charnue, l'obstruant plus ou moins complètement, simulant parfois un polype, mais plutôt un encéphaloïde par sa consistance lardacée et mollasse. Le stylet, introduit par les fistules, traverse une matière molle, comme butyreuse, ne donnant pas ou presque pas de sang. Du reste, nulle trace d'engorgement ganglionnaire.

M. Duplay indique, au paragraphe « Diagnostic », à quels signes on distinguera le coryza caséeux d'une périostite du maxillaire, d'un abcès situé au-devant de cet os, d'un polype, d'un cancer, d'une carie des os du nez.

Le pronostic est des plus favorables; le traitement consiste dans l'évacuation de ces masses caséeuses.

Depuis la publication de l'ouvrage de M. Duplay, les auteurs de traités de pathologie chirurgicale, publiés en France, ont tous consacré un chapitre à la description du coryza caséeux. « C'est un genre d'affection dont Nélaton a souvent parlé dans ses cliniques », nous apprend M. Péan (1), au chapitre « Coryza caséeux » des *Éléments de pathologie chirurgicale de Nélaton* (t. III, 2e éd. 1874). M. Terrier (2) dit en avoir observé un cas chez un homme de quarante ans qui avait eu la syphilis. M. Tillaux (3) le décrit sous le nom d'ozène caséeux, et rattache à cette affection les rhinolithes qu'il regarde comme des amas de mucus nasal concret (?). M. Kirmisson (4) reproduit les principaux traits de la description de M. Duplay. C'est aussi ce qu'avait fait H. Brochin dans l'article CORYZA du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. M. Moure, plus réservé, n'en fait pas mention dans son *Manuel pratique des maladies des fosses nasales* (Paris, 1886).

En Allemagne, la description de M. Duplay semble passer à peu près inaperçue. Ni B. Frænkel (5), ni Albert (6) n'en parlent. Kœnig (7) ne le cite pas non plus; mais, au chapitre « Maladies du sinus maxillaire », à propos de cas rares dans lesquels on rencontra des masses caséeuses dans le sinus maxillaire, il cite le nom de M. Maisonneuve, faisant sans doute allusion à l'un des cas dont il sera question plus loin, cas qu'il semble disposé à rapporter à une inflammation de l'antre d'Highmore. Il n'est pas, non plus, question du coryza caséeux dans les ouvrages spéciaux de Michel (8), Stœrk (9), Bresgen (10), Moldenhauer (11), ni dans l'article

---

(1) FOLLIN et DUPLAY. *Traité de pathologie externe*, t. III, 1874.

(1) On sait que la rédaction de ce volume est due à l'éminent chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

(2) JAMAIN et TERRIER. *Manuel de pathologie chirurgicale*, t. II, 1881.

(3) TILLAUX. *Traité de chirurgie clinique*, t. I, 1887.

(4) KIRMISSON. *Manuel de pathologie externe*, t. II, 1888.

(5) FRÆNKEL. *Von Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*, t. IV, 1879.

(6) ALBERT. *Lehrbuch der Chirurgie*, t. I, 1884.

(7) KŒNIG. *Traité de pathologie chirurgicale spéciale*, traduction de M. Comte, t. I, 1888.

(8) MICHEL. *Maladies des fosses nasales*, traduction de M. Capart, 1879.

(9) STŒRK. *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes, der Nase*, etc., 1880.

(10) BRESGEN. *Grundzüge einer Pathologie und Therapie der Nasen, etc., Krankheiten*, 1884.

(11) MOLDENHAUER. *Die Krankheiten der Nasenhœhlen, etc.*, ouvrage traduit par nous en français, 1888.

NASENKRANKHEITEN (maladies du nez) de l'*Encyclopédie d'Eulenburg* dû à Gottstein. Schech n'en parle pas dans la première édition de son traité (1), mais, dans la seconde édition (1888), faisant allusion aux cas décrits par Bournonville, Cozzolino, etc., sous le nom de coryza caséeux, il est d'avis, s'appuyant sur sa propre expérience, que, dans ces cas, le sinus maxillaire était atteint en même temps que la fosse nasale et que les masses caséeuses provenaient bien plutôt de celui-là.

En Angleterre, ni Morell Mackenzie, ni son annotateur Semon (2), ne mentionnent le coryza caséeux.

En Italie, Cozzolino lui consacre un article dans le *Bolletino delle malattie dell' Orecchio, della gola e del naso*, n° 1, 1884.

Les seules observations de coryza caséeux qui, à notre connaissance, ont été publiées depuis la description de M. Duplay (1874), sont au nombre de trois.

Une est due à M. Périer (3), une à Bournonville [de Gothenburg (4)], une à M. d'Azambuja (5). Enfin, Cozzolino, dans l'article que nous citons plus haut, donne sur un des cas qu'il a observés assez de détails pour qu'on puisse reconstituer une observation sommaire du malade.

Nous nous proposons de discuter une à une, et les observations qui ont servi à M. Duplay pour tracer le tableau du coryza caséeux, et celles publiées depuis ; nous les discuterons autant que le permettra leur rédaction même, souvent très écourtée et presque toujours fort incomplète au point de vue rhinoscopique.

La conclusion générale, qui se dégagera de cette étude critique, est que le coryza caséeux, tel que le comprend M. Duplay, est une conception tout artificielle, reposant sur des erreurs de diagnostic ou sur une interprétation inexacte des faits, et qu'il doit pour cette raison, ainsi que nous l'avons dit dans une note de notre traduction de l'ouvrage de Moldenhauer, être rayé de la nosographie des fosses nasales.

I

Les faits sur lesquels M. Duplay s'appuie pour faire du coryza caséeux une entité morbide et en donner une description, sont au nombre de cinq. Deux d'entre eux sont empruntés à M. Maisonneuve (6); parmi les trois dont M. Duplay dit devoir la connaissance à M. Reverdin, l'un, dû à M. Verneuil, a été publié dans la *Gazette des hôpitaux* de 1859, sous le titre de « Calcul développé dans les fosses nasales » ; le second, qui est propre à M. Reverdin, ne nous est connu que par la mention qu'en fait M. Duplay dans le tableau qu'il trace, mention qui tient en trois lignes; quant au troisième cas, observé par M. Guyon, M. Duplay dans sa description n'y fait pas allusion. Mais nous savons, grâce à l'obligeance de M. le professeur J. Reverdin [de Genève (7)], que, dans ce dernier cas, les masses caséeuses accompagnaient des calculs des fosses nasales. Cette observation est donc à rapprocher de celle de M. Verneuil, et les réflexions dont nous ferons suivre cette dernière s'y appliquent exactement.

(1) SCHECH. *Die Krankheiten der Mundhœhle, des Rachens und der Nase*, 1885.

(2) *Die Krankheiten des Halses und der Nase von M. Mackenzie, deutsch herausgegeben von F. Semon*, 1884. — L'ouvrage de M. Mackenzie a été traduit en français par MM. Moure et Charazac, 1886.

(3) PÉRIER. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1879.

(4) BOURNONVILLE. *Centralblatt für Chirurgie*, 1885.

(5) D'AZAMBUJA. *De l'ozène et de son traitement*, Thèse de Paris, 1874.

(6) MAISONNEUVE. *Moniteur des hôpitaux*, 1855.

(7) Que M. le professeur Reverdin reçoive ici tous nos remerciements sur le renseignement qu'il a bien voulu nous transmettre.

Le cas de M. Reverdin se prête peu à la discussion. « Le malade de Reverdin, qui avait soixante ans passés, n'eut pas d'abcès proprement dit, lisons-nous dans le traité de M. Duplay, mais un écoulement nasal incessant qui fit prononcer par un médecin auquel il s'adressa le nom de fistule interne. » C'est à cette brève indication que se réduit tout ce que nous savons de l'histoire de ce malade. Il est dit plus loin que, dans le coryza caséeux, l'obstruction nasale et l'ozène ne manquent jamais. Enfin, il résulte implicitement de la description de M. Duplay que le coryza caséeux est unilatéral. Nous pouvons en conclure que le malade, dont il s'agit, était atteint d'un écoulement nasal unilatéral incessant et fétide avec obstruction nasale. A quelle affection cette simple énonciation fait-elle songer ? A une suppuration chronique du sinus maxillaire, répondrons-nous avec Ziem (1), Moldenhauer (2), B. Frænkel (3), Killian (4), Walb (5), etc. (6). Pourquoi M. Reverdin, qui avait sans doute pesé, dans ce cas, la possibilité d'une suppuration du sinus maxillaire, ne s'est-il pas arrêté à ce diagnostic qui, pour nous, est le diagnostic probable ? Vraisemblablement à cause de la symptomatologie erronée qu'on attribuait alors et qu'on attribue souvent encore actuellement aux suppurations chroniques du sinus maxillaire. En effet, à lire les descriptions des traités de pathologie, on croirait que les suppurations chroniques du sinus maxillaire entraînent presque fatalement, lorsqu'elles durent depuis longtemps, un gonflement inflammatoire de la joue du même côté et une dilatation en avant de la cavité du sinus. Or, dans ces cas, le gonflement de la joue n'est souvent qu'un phénomène passager ou intermittent, et le refoulement en dehors de la paroi antérieure de l'antre d'Highmore est tout à fait exceptionnel. Sur 29 cas de suppuration avérée du sinus maxillaire, Ziem (7) ne l'a pas observé une seule fois. L'effacement de la fosse canine et la protrusion de la face antérieure du maxillaire supérieur sont plutôt le fait ou des kystes d'origine dentaire, ou des tumeurs malignes développées soit dans le bord alvéolaire, soit dans l'antre d'Highmore, le point de départ de ces tumeurs étant, cela se comprend, bien difficile à préciser (8). La douleur au niveau de la joue correspondante, qui, dans nos livres classiques, fait partie de la symptomatologie de la suppuration chronique du sinus maxillaire, est loin d'être

(1) ZIEM. *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde, etc.*, 1886, n°s 2, 3 et 4.

(2) MOLDENHAUER. Loc. cit.

(3) FRÆNKEL. *Berlin. klinisch. Wochenschrift*, 1887, n° 16.

(4) KILLIAN. *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, 1887, n°s 10 et 11.

(5) WALB. *Erfahrungen auf dem Gebiete der Nasen-und Rachenkrankheiten*, Bonn, 1888.

(6) M. le docteur Royer (de Challes) a bien voulu nous communiquer l'intéressante observation d'un malade qu'à première vue, avant tout examen rhinoscopique, il avait cru atteint du coryza caséeux décrit par M. Duplay. Ce malade, qui est à rapprocher de celui de M. Reverdin et dont l'histoire sera publiée, avait commencé par souffrir d'un écoulement nasal unilatéral qui était devenu incessant; puis cette sécrétion s'était accompagnée du rejet de masses caséiformes à odeur fétide. Un examen rhinoscopique minutieux et répété montra à M. Royer qu'il existait une dénudation de la paroi externe de la fosse nasale ; il s'agissait, et la suite le démontra avec évidence, d'une suppuration chronique du sinus maxillaire.

(7) ZIEM. Loc. cit.

(8) M. Berger a communiqué sur ce sujet, en 1881, à la Société de chirurgie, une observation fort instructive.

constante. Enfin, l'augmentation de l'écoulement du pus, lorsque le malade incline la tête du côté opposé au sinus atteint, est un signe infidèle, qui, dans bien des cas, fait défaut.

L'observation de M. Verneuil concerne une dame de trente-cinq ans environ, qui, lorsque la vit M. Verneuil, se plaignait depuis plus d'un an de douleurs insupportables dans la moitié droite de la face, douleurs revenant par accès deux ou trois fois par mois et durant chaque fois deux ou trois jours. Pendant la durée de l'accès, le nez rougissait ainsi que les parties attenantes, et un sentiment de brûlure accompagné d'élancements se faisait sentir dans la profondeur de la face, avec coryza, larmoiement, etc. La malade mouchait souvent des matières puantes et sentait de la gêne en respirant de la narine droite. Les injections, que pratiqua d'abord l'éminent chirurgien, provoquèrent l'issue d'une matière blanchâtre, caséeuse, extrêmement fétide, sortant par fragments gros comme des pois ou des haricots. Au milieu de ces masses existait un calcul très volumineux, ramifié, que M. Verneuil dut briser pour pouvoir l'extraire. Cette extraction par fragments eut lieu en quatre séances, et, chaque fois, la malade mouchait de grosses masses de matière caséeuse fétide, que l'examen microscopique démontra être formées, presque en totalité, de cellules d'épithélium mélangées de quelques globules purulents. A l'intérieur, on trouva, comme noyau, une sorte de graine rappelant par sa forme un pépin de raisin.

Quel titre donner à cette observation, citée ailleurs, du reste, dans l'ouvrage de M. Duplay (t. III, p. 777, chapitre « Calculs et corps étrangers »), si ce n'est celui de « Calcul des fosses nasales développé autour d'un corps étranger » ? N'est-ce pas celui que lui avait donné M. Verneuil, et parce que ce calcul développé autour d'un corps étranger a amené dans son voisinage la formation de masses caséeuses considérables, est-on autorisé à changer l'étiquette, et faut-il faire de ce cas une espèce particulière de coryza, un coryza orné d'une épithète nouvelle, un coryza caséeux ? N'est-ce pas là blesser la logique en faisant de l'accessoire le principal ? Coryza caséeux ne pourrait être ici tout au plus qu'un sous-titre. Dans le cas de corps étrangers des fosses nasales, le rhinolithe et l'amas de matière caséeuse sont, ce semble, deux faits de même ordre, dus tous deux à l'irritation de la muqueuse, l'un, le rhinolithe, provenant de la précipitation de certains sels de la sécrétion nasale et lacrymale et des liquides pathologiques ; l'autre, l'amas de matière caséeuse, résultant surtout de l'amoncellement de cellules épithéliales desquamées et de globules de pus, cet amoncellement étant favorisé par la configuration anfractueuse des cavités nasales. L'amas de cette matière caséiforme dans les fosses nasales, lors de corps étranger ou de rhinolithe, n'est, du reste, pas un fait absolument exceptionnel, ainsi qu'on peut s'en convaincre en parcourant la littérature médicale (1). Le cas de M. Guyon, cité plus haut, appartient à cette catégorie de faits. Peut-être n'est-il pas sans intérêt de rapprocher de ces masses caséeuses, résultat d'une inflammation chronique, les cholestéatomes de l'oreille moyenne et de l'apophyse mastoïde, qui s'observent dans le cours et à la suite de certaines otites moyennes suppurées chroniques (1).

La première observation de M. Maisonneuve est celle qui a fourni à M. Duplay les traits principaux de sa description. Elle a été publiée tout au long dans le *Moniteur des hôpitaux* de 1855, sous le titre de « Kyste butyreux de la face » : la première partie de sa rédaction est due à M. Guyon, qui vit la malade dans le service de Laugier; la seconde à M. Millard, alors interne de M. Maisonneuve. On la trouve abrégée dans la *Clinique chirurgicale* de M. Maisonneuve (1863). La voici résumée :

La malade, une bergère de vingt et un ans, à son entrée dans le service de M. Laugier (Hôtel-Dieu) le 3 novembre 1854, faisait remonter, à la fin de janvier de cette même année, le début de sa maladie. Cette maladie avait commencé, sans cause connue, par une sorte d'érysipèle, suivant son expression. Tout le côté droit de la face devint rouge, gonflé, douloureux, et elle garda le lit trois semaines. Pendant ce temps, un abcès se forma et s'ouvrit seul au niveau du sac lacrymal droit ; cette ouverture persista à l'état de fistule. La déformation du visage disparaissait quand il était sorti *de la matière* par la fistule. De temps en temps aussi, elle mouchait par la narine droite une matière jaunâtre et épaisse, ce qui la soulageait beaucoup et rendait sa respiration plus libre.

A son entrée dans le service de M. Laugier, la joue droite était très gonflée et très rouge, le bord droit du nez, depuis sa racine, était très élargi et soulevé, le globe oculaire était repoussé en dehors et un peu en haut. Au niveau du sac lacrymal on sentait une tumeur solide, de la grosseur d'une petite noix, qui ne s'affaissait nullement à la pression. A la partie supérieure de la narine droite, dit l'observation, on apercevait une tumeur semblable, par son aspect, aux polypes si communs de cette région. Depuis le mois d'octobre, le passage de l'air était complètement supprimé de ce côté. La malade accusait, de plus, des pesanteurs de tête habituelles, des douleurs vives irradiant dans toute la moitié droite de la figure et dans les dents de ce côté. La fosse canine était intacte, la voûte palatine ne présentait aucune saillie, le bord alvéolaire et les dents avaient leur disposition normale. Pour toutes ces raisons, M. Laugier pensa que la tumeur ne siégeait pas dans la cavité du sinus maxillaire, mais qu'elle avait pris naissance à la partie supérieure de la fosse nasale dans l'ethmoïde, qu'après avoir détruit l'os planum et l'unguis pour se développer dans l'orbite, elle était venue former sous la peau la saillie extérieure si apparente encore aujourd'hui. La physionomie générale et la marche de la tumeur, jointes à son accroissement rapide et aux douleurs vives qu'elle causait, donnèrent à penser qu'elle était de nature encéphaloïde. On fit un peu au-dessus de l'aile du nez une ponction avec un bistouri ; il ne s'écoula d'abord que du sang, mais bientôt un tissu d'apparence fongueuse se montra entre les lèvres de cette ouverture qui, depuis, est restée fistuleuse. On jugea la tumeur cancéreuse et au-dessus des ressources de l'art. La malade, en se mouchant, rendit une fois une notable quantité de fragments, dont les uns étaient filamenteux et grisâtres, les autres mollasses et s'écrasant comme du fromage mou. Dans la dernière quinzaine de son séjour à l'Hôtel-Dieu, il survint un état aigu, suivi d'une collection purulente qui se vida par les deux fistules.

Le 18 décembre, elle quittait l'Hôtel-Dieu pour entrer à la Pitié

(1) M. Moure a publié, dans la *Revue mensuelle de laryngologie* (1882, nº 11), un cas qui rappelle beaucoup celui de M. Verneuil. Il s'agit, dans cette observation, d'un calcul de la fosse nasale gauche, développé vraisemblablement autour d'une graine d'orange ou de citron, dont l'extraction fut suivie de l'évacuation d'une grande quantité de matières caséeuses extrêmement fétides. M. Moure, qui ne fait allusion ni aux observations citées par M. Duplay ni à sa description, applique à ces cas et à deux autres qu'il rapporte le nom de pseudo-tumeurs des fosses nasales. M. Duplay n'eût pas hésité, cela est très vraisemblable, à les faire rentrer dans le coryza caséeux.

(1) Voyez : Urbantschitsch. *Traité des maladies de l'oreille*, traduction de M. Calmettes, 1881, p. 277 et suiv. ; — A. Hartmann. *Die Krankheiten des Ohres und deren Behandlung*, 3ᵉ édit., 1885, p. 164 et suiv. ; — A. Politzer. *Lehrbuch der Ohrenheilkunde*, 2ᵉ édit., 1888, p. 315 et suiv.

dans le service de M. Maisonneuve. L'interne, M. Millard, sonde les deux fistules, mais nulle part le stylet ne heurte d'os à nu. Le stylet pénétrait avec la plus grande facilité dans la direction des fosses nasales : par la fistule inférieure, il s'enfonçait d'avant en arrière à une profondeur de près de 10 centimètres; la masse qu'il traversait semblait molle comme du beurre. Comme M. Laugier, M. Maisonneuve constate qu'il n'y a pas de déformation de la voûte palatine, pas d'altération du bord alvéolaire, pas de tuméfaction au niveau de la fosse canine, et en conclut que la tumeur ne devait donc pas siéger dans le sinus. En pressant sur la tumeur il s'échappa par les deux fistules, et surtout par la narine droite, une matière jaune pâle, très onctueuse, tout à fait comparable à de la crème très épaisse. La matière ainsi exprimée à diverses reprises, et qui semblait contenir beaucoup de graisse, était en quantité considérable. M. Maisonneuve diagnostiqua un kyste butyreux de l'os maxillaire : il fit pratiquer des lavages et la guérison marcha rapidement.

La description de M. Duplay n'est pour ainsi dire que la reproduction de l'histoire de cette malade. Mais, afin de donner à l'espèce pathologique qu'il créait plus de corps, plus de cohésion à sa description, M. Duplay n'a-t-il pas un peu forcé les faits? « La maladie, raconte la bergère, avait commencé sans cause connue, par une sorte d'érysipèle, suivant son expression. Tout le côté droit de la face devint rouge, gonflé, douloureux, et elle garda le lit trois semaines. » Or, que lisons-nous au paragraphe « Étiologie » de la description de M. Duplay? « Une circonstance qui s'est rencontrée *assez fréquemment* est l'*existence d'un érysipèle au début de la maladie;* la face, d'après le récit des malades, était devenue rouge, douloureuse, œdématiée, et *le mal s'était propagé à la muqueuse nasale. Il est probable que, dans ce cas, la cause de la maladie doit être recherchée dans l'exfoliation épithéliale qui a lieu consécutivement à l'érysipèle et dont les produits ne peuvent être évacués, grâce aux anfractuosités des fosses nasales.* » N'y a-t-il pas dans les mots que nous avons soulignés une interprétation abusive des termes de l'observation? *Assez fréquemment,* dit M. Duplay. Or, l'observation de M. Maisonneuve est la seule où nous trouvions cette circonstance signalée. Là où la bergère dit dubitativement, *une sorte d'érysipèle,* M. Duplay écrit *érysipèle.* — Ce qui, pour la paysanne, est *une sorte d'érysipèle du côté droit de la face,* devient, sous la plume de M. Duplay, *un érysipèle de la face.* Cette sorte d'érysipèle n'était, cela est infiniment probable, qu'un gonflement inflammatoire, limité au côté de la face où siégeait le kyste; les expressions qui suivent l'indiquent. Cette sorte d'érysipèle n'était pas un érysipèle. Son extension à la muqueuse nasale, admise par M. Duplay, est une induction que le texte de l'observation ne justifie pas, une hypothèse toute gratuite, et c'est sur cette hypothèse que le continuateur de Follin assoit la pathogénie hasardée (exfoliation épithéliale) exposée ensuite.

C'est M. Magitot qui, dans un très remarquable mémoire sur les kystes des mâchoires (1), indiqua la nature et élucida l'origine, restée obscure jusqu'à lui, de ces kystes butyreux de la face, et, en disant kyste butyreux, constatons-le en passant, M. Maisonneuve serrait la réalité de plus près que M. Duplay, imaginant, pour expliquer ce cas, un prétendu coryza caséeux.

Après avoir précisé ce qu'il comprend sous le nom de kystes des mâchoires, qu'il rattache tous au système dentaire, M. Magitot divise ces kystes, suivant le moment de l'évolution dentaire auquel ils apparaissent, en kystes du follicule dentaire, c'est-à-dire développés dans le follicule avant l'éruption de la dent, et en kystes périostiques. Les kystes folliculaires peuvent, suivant l'époque à laquelle ils ont débuté, ne contenir aucune plaque, aucun grain de dentine, auquel cas ils sont dits embryoplastiques, ou renfermer quelqu'une de ces plaques, quelqu'un de ces grains (kystes odontoplastiques), ou même une couronne entièrement développée (kystes coronaires). Le contenu des kystes dits embryoplastiques peut être séreux, mélicérique ou butyreux, et, détail important, ces kystes peuvent être simples, c'est-à-dire occuper le siège normal du follicule dentaire, ou hétérotopiques, c'est-à-dire siéger en un point plus ou moins éloigné de ce dernier.

(1) Magitot. *Archives générales de médecine,* 1872-1873.

Ces quelques détails indiquent l'origine et la nature du kyste butyreux de M. Maisonneuve, et marquent la place qu'il occupe dans la classification des kystes des mâchoires (1). Du reste, de même que dans le traité de M. Duplay, l'observation de M. Verneuil figure dans deux chapitres distincts sous une étiquette différente, celle de M. Maisonneuve y fait également double emploi, est dite « coryza caséeux » avec la pathogénie que l'on sait à la page 807 du tome III, et « kyste de la mâchoire » à la page 744 du tome IV. Une telle incohérence n'est-elle pas regrettable?

Voici maintenant la seconde observation de M. Maisonneuve, telle que la rapporte le *Moniteur des hôpitaux :* « Le deuxième fait a été observé par M. Maisonneuve à l'hôpital Cochin : il s'agissait d'un enfant affligé d'une tumeur considérable de la partie supérieure des fosses nasales avec exophthalmie, à laquelle M. Velpeau avait refusé de toucher. M. Maisonneuve se décida à faire l'opération, et ne fut pas peu surpris de tomber sur un kyste butyreux, développé, cette fois, dans le sinus frontal ou dans les cellules ethmoïdales. L'enfant guérit très bien. » Voilà un cas de coryza caséeux, dans lequel il est bien peu question de coryza, pensera le lecteur. Mais qu'importe? Ce cas de kyste butyreux développé dans le sinus frontal, peut-être dans les cellules ethmoïdales, serait d'une interprétation malaisée si nous ne savions que l'hétérotopie des kystes folliculaires s'observe quelquefois. Dans les observations de Blasius (2) et de Dubois (3), citées par M. Magitot, le kyste folliculaire occupait le rebord sous-orbitaire. Dans ces deux cas, il s'agissait d'une canine. Dans celui de Blasius la dent était implantée

(1) Pour M. Malassez (*Archives de physiologie,* 1885. — M. Albarran. *Revue mensuelle de chirurgie,* juillet et septembre 1888), la pathogénie des kystes des mâchoires est tout autre. Ces kystes sont dus, suivant lui, à des débris épithéliaux paradentaires. Ces débris existent chez l'adulte à l'état normal autour de la racine des dents; on en rencontre même assez loin des racines dentaires. Les kystes folliculaires embryoplastiques de M. Magitot (kystes uniloculaires de M. Malassez) ont donc, suivant M. Malassez, pour point de départ quelque débris épithélial paradentaire; « seulement ces débris, au lieu de se trouver au voisinage d'une racine de dent sortie, comme dans le cas de kyste périostique, ou bien au voisinage d'une dent incluse plus ou moins bien formée (kystes odontoplastiques), ces débris seraient à une distance telle de toute dent que les kystes qui en dérivent pourraient prendre tout leur développement sans jamais venir à leur contact ». « On comprend, avec cette théorie nouvelle, que des kystes uniloculaires puissent se produire chez des individus ayant ou ayant eu leurs dents au complet, sans qu'il soit nécessaire d'admettre des follicules supplémentaires. On conçoit aussi que ces kystes puissent apparaître chez l'adulte sans qu'il faille faire remonter leur début à l'époque de la formation d'un follicule, c'est-à-dire à un âge bien peu avancé quand le follicule supposé n'est pas celui d'une dent de sagesse. »

(2) Blasius. *Klinisch. Zeitschrift f. Chirurgie,* 1836.

(3) Dubois, cité par A. Boyer. *Maladies chirurgicales,* t. V de la 5e édit., p. 105.

près du canal nasal, à la partie inférieure de l'os planum. N'est-ce pas l'os planum qui limite en dehors les cellules ethmoïdales ? D'autre part, l'hétérotopie semble devoir être d'autant plus accusée qu'on se rapproche davantage de la période initiale de l'évolution du follicule dentaire. Or, dans le cas de Blasius, il s'agit d'un kyste folliculaire de la période coronaire, et, dans celui de M. Maisonneuve, d'un kyste folliculaire de la période embryoplastique. Il est donc très vraisemblable que, chez l'enfant dont parle M. Maisonneuve, il s'agissait d'un kyste folliculaire de la variété butyreuse en hétérotopie qui, au lieu de s'étendre vers le sinus maxillaire, comme dans le cas de Blasius, se développa vers les cellules ethmoïdales et le sinus frontal.

Mais il est un autre cas de kyste butyreux, cité dans l'article du *Moniteur des hôpitaux*, cas que M. Duplay passe sous silence et qui, cependant, est singulièrement instructif. « M. Maisonneuve, dans sa leçon clinique, rappelle un cas de tumeur polypiforme des fosses nasales, prise pour une tumeur encéphaloïde et devant l'extirpation de laquelle plusieurs chirurgiens avaient reculé. M. Robert, assisté de M. Maisonneuve, entreprit l'opération, mais, en essayant d'extraire la tumeur par arrachement, celle-ci se creva tout à coup et laissa échapper une quantité énorme de matière butyreuse, tout à fait analogue à celle de cette jeune fille (la bergère). » Qu'était-ce vraisemblablement que cette tumeur polypiforme, sinon le prolongement nasal d'un kyste folliculaire de la mâchoire supérieure ? Et que fit l'instrument de Robert, sinon créer artificiellement, comme d'un coup de baguette, un coryza caséeux ? Et cependant, voilà une bonne fortune dont M. Duplay se détourne. Ce cas, il ne le cite pas. Il ne pouvait, il est vrai, cadrer dans sa description du coryza caséeux, et surtout il contrariait la pathogénie dérivée de l'érysipèle imaginée par lui.

En résumé, parmi les cinq observations sur lesquelles M. Duplay fonde cette espèce morbide nouvelle, le coryza caséeux, l'une est probablement un cas de suppuration du sinus maxillaire, deux se rapportent à des rhinolithes, et les deux dernières à des kystes folliculaires (variété butyreuse) de la mâchoire supérieure. La matière dite caséeuse, qui forme le substratum commun à ces affections diverses, est loin d'offrir elle-même une composition toujours identique; ainsi qu'on le verra plus loin et comme le fait prévoir la diversité de son origine, les éléments qui la constituent varient. Ses caractères extérieurs eux-mêmes, auxquels elle doit son nom, présentent des nuances, comme on peut s'en convaincre à la lecture des observations. Malgré cela on doit, pensons-nous, conserver ce terme de matière caséeuse, mais seulement comme une expression clinique, nécessairement vague et insuffisante, la recherche ultérieure de l'affection réelle devant en préciser la signification. C'est sous cette réserve expresse que ce terme pourra, croyons-nous, figurer dans la nomenclature nosologique.

II

Les observations de coryza caséeux publiées depuis la description de M. Duplay lui prêtent-elles quelque appui, ou doivent-elles être interprétées autrement que ne le font leurs auteurs ? Telle est la question que nous allons maintenant examiner.

M. Périer, chirurgien des hôpitaux, communiquait à la Société de chirurgie, dans la séance du 15 octobre 1879 (1), une observation qu'il intitulait « coryza caséeux ». La voici :

Un homme de quarante-trois ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut atteint, au mois de mars dernier, d'une bronchite suivie d'un coryza très intense. Il sentit la narine droite s'obstruer peu à peu et sécréter, en assez grande abondance, un liquide purulent et fétide. Au mois de juin, la fosse nasale droite est bouchée complètement, l'odorat a disparu tout à fait, non seulement à droite, mais aussi de l'autre côté. A partir de ce moment, il y eut céphalalgie intense, épiphora, conjonctivite légère de l'œil droit.

Un de nos anciens collègues d'internat, M. le docteur Saint-Laurent, crut à une affection organique de la fosse nasale et m'adressa son malade à l'hôpital Saint-Antoine. Je l'y vis le 1er octobre et je crus également à un épithélioma de la pituitaire. L'oblitération était complète à droite. La narine donnait écoulement à un liquide fétide, et, après lavage, je voyais, au fond du speculum nasi, un bourgeon rouge saignant qui avait l'aspect d'un polype. Je me proposai d'enlever la portion polypiforme, afin d'explorer l'implantation et m'assurer du degré de possibilité d'une intervention opératoire curative.

Après avoir saisi ce bourgeon dans l'anse d'un polypotome et l'avoir sectionné, comme il ne sortait pas spontanément, je cherchai à l'extraire, avec une curette que je ramenai chargée d'une matière blanche semblable à du fromage blanc. Je vis tout de suite que j'avais commis une erreur de diagnostic et que j'avais affaire à un coryza caséeux, affection rare observée par Maisonneuve, Verneuil, Guyon, Reverdin, et signalée dans le *Traité de pathologie* de Duplay. En effet, je pus le jour même et le lendemain, extraire une assez grande quantité de matière caséeuse; l'extraction fut favorisée par des lavages à grande eau. Après la deuxième opération, dans le courant de la journée, le malade rendit le reste du contenu de la fosse nasale. J'évalue approximativement le tout à la contenance d'un demi-verre d'eau. A partir de ce moment, le malade conserva le libre passage de l'air par le nez.

La muqueuse, sous l'influence d'injections de tannin au 1/200e, a cessé d'être rouge et fongueuse. L'odorat n'est pas encore revenu, mais le malade commence cependant à apprécier quelques odeurs; il y a donc lieu d'espérer voir la fonction se rétablir complètement.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une masse de graisse mêlée à des globules de pus et parcourue par un réseau de fibrilles semblables à des fibres élastiques. Je ne puis m'expliquer la nature de cette lésion, il aurait fallu pouvoir extraire la muqueuse elle-même, et malheureusement, le bourgeon charnu, que j'avais excisé, a été perdu au milieu des magmas caséeux rejetés par le malade.

C'est avec raison que M. Périer rapproche ce cas de celui de M. Maisonneuve, et s'il rappelle, à ce propos, ceux de MM. Verneuil, Guyon, Reverdin, n'est-ce pas un peu sur la foi de M. Duplay ? Du reste, l'observation est, on ne peut le nier, assez incomplète au point de vue rhinoscopique. L'auteur ne nous renseigne ni sur le volume de ce « bourgeon rouge saignant, qu'il vit au fond du speculum et qui avait l'aspect d'un polype », ni sur la place qu'il occupait, ni sur son point d'implantation. La seule analogie que ce bourgeon présentât, d'ailleurs, avec un polype, était sa forme, car ce qu'on désigne d'habitude sous ce nom, le polype muqueux, n'est, on le sait, ni rouge, ni saignant. Il eût été intéressant de connaître l'état de la paroi externe de la fosse nasale, après l'enlèvement de ces masses caséeuses, surtout au niveau du point d'implantation de la production polypiforme dont il est parlé. « La muqueuse était rouge et gonflée, » dit l'observation. Mais l'os était-il dénudé dans le voisinage du point d'implantation de la production polypi-

(1) Périer. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1879.

forme ? Quel était l'état de la paroi externe des méats, en particulier du méat moyen ? Questions intéressantes, qu'une exploration minutieuse avec le stylet eût éclaircies. Le méat moyen n'étant jamais accessible à la vue dans sa totalité, les lésions de la paroi externe de la fosse nasale à ce niveau échappent, si l'on ne recourt pas au stylet.

En dépit de ces lacunes, l'observation du malade de M. Périer, comme celle de la bergère de M. Maisonneuve, nous semble devoir être intitulée, avec toute la réserve qui s'impose à celui qui, ayant à émettre une opinion, s'appuie simplement sur un texte, et non sur l'examen du malade : « Kyste folliculaire de la mâchoire supérieure droite (variété butyreuse), ayant peut-être, après avoir envahi le sinus maxillaire, déversé son contenu dans la fosse nasale droite. » Le coryza très intense, dont souffrit le malade au mois de mars, correspond vraisemblablement au moment où le kyste vint faire issue dans la fosse nasale. Peu à peu la tumeur, par suite de son développement, en vint à obstruer complètement la cavité nasale, ainsi que le note l'observation ; en même temps, elle donnait lieu à une sécrétion abondante, purulente et fétide. Au mois de juin suivant, la fosse nasale droite est complètement bouchée. La perte de l'odorat du même côté, la céphalalgie intense, l'épiphora, la conjonctivite de l'œil droit, observées à partir de ce moment, s'expliquent aisément. Le bourgeon rouge saignant, que M. Périer vit au fond du spéculum, n'était peut-être que la muqueuse nasale elle-même enflammée, refoulée par le kyste et en coiffant la portion antérieure. Ce bourgeon est, en tout cas, à rapprocher de la tumeur polypiforme, dont il a été question plus haut (p. 125), que Robert prit pour un encéphaloïde et qui, au moment d'une tentative d'extraction par arrachement, creva et laissa échapper une énorme quantité de matière butyreuse. Peut-être ce bourgeon, dont nous ignorons le volume, n'était-il qu'un gros bourgeon charnu dû à la prolifération de la muqueuse irritée dans la région où le kyste faisait issue dans la fosse nasale ; peut-être s'accompagnait-il de quelque dénudation de la paroi externe. Il est possible que son point d'implantation fût au niveau du méat moyen. On sait que ces bourgeons charnus s'observent assez souvent dans les lésions osseuses de la paroi externe des fosses nasales (1) ; on sait également que c'est au niveau du méat moyen que la cloison osseuse, qui sépare le sinus de la fosse nasale, est le plus mince ; elle y offre même des lacunes où les muqueuses des deux cavités s'adossent (2). Mais, en l'absence de renseignements précis, on ne peut se livrer sur ce bourgeon rouge, saignant, qu'à des hypothèses. Quoi qu'il en soit, la *matière blanche, semblable à du fromage blanc*, que ramena la curette, rappelle exactement les *masses mollasses, s'écrasant comme du fromage mou* de la malade de M. Maisonneuve. Enfin, le *réseau de fibrilles* est à rapprocher des *filaments* dont il est question dans l'observation de la bergère.

M. Périer dit ne pouvoir s'expliquer la nature de cette lésion. En effet, si déjà la sécrétion d'une matière grasse par la muqueuse nasale, en dehors de la rhinite atrophiante ou ozène simple, déconcerte, cette énorme quantité de graisse, sécrétée en un espace de temps si court, n'est-elle pas encore plus propre à bouleverser ce qu'on sait de la physiologie de la muqueuse nasale ? Il va sans dire que l'examen microscopique du bourgeon charnu, dont M. Périer regrette la perte, n'eût pas donné la clef du problème (1).

Le docteur Bournonville (de Gothenburg) a publié, en 1885 (2), l'observation d'un malade qu'il intitule : « Un cas de coryza caséeux. » La voici un peu abrégée :

Un charbonnier, de soixante-douze ans, entre le 22 juin 1883, à l'hôpital de Hudiksvall (Suède). Depuis les premiers jours du mois de novembre 1882, cet homme souffrait d'une obstruction de la fosse nasale droite et d'épiphora de ce côté ; il eut des douleurs vives dans le côté droit du front et du nez, dans l'œil, l'angle interne de l'œil, la mâchoire supérieure et les dents de la mâchoire supérieure du même côté. Puis ces douleurs se calmèrent ; mais, après cette rémission qui fut d'assez longue durée, elles se reproduisirent en mai 1883, et cette fois s'étendirent au côté gauche. Le 22 juin, le malade entra à l'hôpital surtout à cause de l'affection de l'œil droit. La pression sur le sac lacrymal faisait sourdre dans le cul-de-sac conjonctival un liquide muqueux. On incisa les canalicules et, chaque jour, la sonde de Bowmann fut introduite dans le canal nasal. Une particularité qui surprit fut la facilité avec laquelle la sonde pénétrait en bas et en dedans, et, une fois enfoncée, sa mobilité en tous sens.

Plus tard, une tumeur phlegmoneuse fluctuante se produisit de ce côté, au-dessus du sac lacrymal : son contenu ne pouvait se vider par les canalicules. L'incision qui fut pratiquée donna issue à une quantité assez abondante de pus. Quelques jours après, un gonflement fluctuant se montra dans la région symétrique, c'est-à-dire au niveau de l'angle orbitaire interne supérieur gauche : une pression exercée sur ce gonflement faisait sourdre du pus, non par les canalicules du côté gauche, mais par l'incision faite à droite. Cette tumeur fut, elle aussi, incisée ; il y eut ainsi de chaque côté de la racine du nez deux ouvertures fistuleuses donnant issue à un pus épais, peu abondant, sentant mauvais. A droite et à gauche, le stylet pouvait être introduit à une certaine profondeur en haut, en dedans et en arrière. L'eau qu'on injectait par une des fistules ressortait en partie par l'autre, en partie par l'incision faite aux canalicules du côté droit et par les narines, ou encore passait dans la gorge. Le liquide ressortait trouble, exhalait une odeur désagréable et entraînait une foule de petits fragments caséeux. La fosse nasale droite restait toujours bouchée. Chaque jour, on poussa par les fistules des injections d'une solution d'acide borique, et on fit dans la fosse nasale des lavages avec une solution faible de sel gris, tout cela sans amélioration notable (3). Mais un jour, le médecin ayant introduit profondément le petit doigt dans la fosse nasale droite, le malade se mit à vomir et rendit par la bouche des masses grisâtres, analogues à du mastic, sentant très mauvais, dont quelques-unes atteignaient le volume d'une noix. Le cornet inférieur avait disparu ; le sinus maxillaire communiquait avec la fosse nasale par une ouverture large livrant aisément passage au petit doigt, il contenait des masses semblables facilement appréciables au toucher. Deux de ces magmas furent encore entraînés le même jour par une irrigation nasale, après quoi l'air passa librement dans la fosse nasale, et l'odeur fétide disparut. Deux jours après, le sinus maxillaire fut de nouveau exploré avec le doigt : il était vide. La fosse nasale gauche était normale.

La fistule située à droite de la racine du nez guérit rapidement.

---

(1) Voy. MOLDENHAUER. Ouvrage cité, p. 172 et 209 de la traduction française.

(2) Voy. ZUCKERKANDL. *Normale und pathologische Anatomie der Nasenhœhle*, 1882.

(1) Un cas cité plus loin par M. Hartmann, cas dans lequel il trouva derrière un polype muqueux de très grosses masses caséeuses, résultant de la sécrétion nasale non éliminée et condensée, rappelle celui de M. Périer, et on pourrait être tenté d'attribuer, dans ce dernier, l'existence des masses caséeuses à la même cause ; mais l'examen microscopique de ces masses, qui montra, nous dit M. Périer, qu'il s'agissait d'*une masse de graisse* mêlée à des globules de pus et *traversée par un réseau de fibrilles*, s'oppose à toute assimilation entre ces deux cas.

(2) BOURNONVILLE. *Centralblatt f. Chirurgie*, 1885, n° 16.

(3) La rhinoscopie ne semble pas avoir été pratiquée sérieusement

Mais les lavages qu'on continua de pratiquer par celle du côté gauche ramenaient toujours par le nez des magmas caséeux, à odeur fétide. On agrandit l'ouverture afin de pouvoir y introduire l'extrémité d'une grosse seringue et faire de grands lavages. L'exploration du sinus frontal pratiquée avec le réflecteur montra qu'il ne restait de la cloison qui sépare les deux sinus qu'une crête peu saillante sur la paroi postérieure. Ces sinus redevenus complètement libres après l'évacuation de quelques débris de ces masses analogues à du mastic et de quelques petites lamelles osseuses nécrosées, la plaie guérit en une semaine et le malade fut congédié le 2 novembre 1883.

A part la question d'âge, les points de ressemblance avec l'histoire de la bergère de M. Maisonneuve sont ici frappants Chez les deux malades, abcès dans la région du sac lacrymal, obstruction du nez, poussées interrompant la marche continue, douleurs de tête et douleurs dans la moitié de la face correspondant à la tumeur, mêmes résultats donnés par l'exploration avec le stylet introduit dans la fistule de l'angle interne de l'œil, élimination de masses caséeuses analogues. A quelques détails près, même marche (l'envahissement, chez la malade de M. Maisonneuve, semble s'être arrêté aux cellules ethmoïdales, il alla plus loin, jusqu'aux sinus frontaux, chez celui de Bournonville); en somme, même physionomie générale. — Coryza caséeux, dit Bournonville à la suite de M. Duplay. — Kyste butyreux de la mâchoire supérieure, eût dit avec plus de raison M. Maisonneuve. — Kyste folliculaire de la mâchoire supérieure droite, variété butyreuse, pourrait-on penser après la description de M. Magitot. Cependant l'âge du malade (soixante-douze ans), le souvenir d'une communication de M. le professeur Knapp (de New-York) au récent congrès otologique de Bruxelles, font que nous inclinerions plutôt à penser qu'il s'agissait dans ce cas d'une suppuration chronique du sinus maxillaire, consécutive sans doute à quelque kyste périostique. On comprend toute la réserve qui s'impose dans cette substitution d'un diagnostic à un autre quand tant d'éléments d'appréciation, que ne fournit pas l'histoire du malade et qu'on n'aurait pu se procurer qu'à son chevet, vous manquent. Il serait téméraire, en pareil cas, de se montrer trop affirmatif.

M. d'Azambuja, dans sa thèse (1) dont les observations ont été prises à la consultation externe de M. Duplay, rapporte un cas qu'il présente comme un cas de coryza caséeux peu avancé. Il s'agit d'une syphilitique de trente-cinq ans. Le 20 juillet 187., jour où elle se présente pour la première fois à la consultation, on note que « la peau, au niveau de l'os propre du nez, est rouge, érysipélateuse; cette rougeur dépasse très peu la ligne médiane, s'avance légèrement sur la paupière inférieure et descend également sur l'aile du nez; la pression est douloureuse à ce niveau, les parties sont augmentées de volume. Cette rougeur dure depuis une huitaine de jours; il y a quelques élancements. » Par la rhinoscopie antérieure, on trouve une perforation de la cloison « et la muqueuse boursouflée en avant et en haut ». On prescrit des irrigations nasales avec une solution de tannin au 1000e et 2 grammes d'iodure de potassium par jour à l'intérieur.

Le 10 août, sous l'influence des irrigations, le boursouflement de la muqueuse a diminué, et il est alors facile d'apercevoir en avant et en haut, dans la rainure qui sépare l'os propre du nez de la cloison, une substance blanchâtre, sans forme déterminée; le bec de la sonde pénètre facilement dans cette masse et en ramène quelques parcelles. « C'était de la matière caséeuse », s'écrie M. d'Azambuja.

(1) D'Azambuja. *De l'ozène et de son traitement*, Thèse de Paris, 1874.

En septembre, l'observation note : « Il n'existe plus de masse caséeuse en haut et en avant. La rougeur érysipélateuse de la peau a complètement disparu sans desquamation; plus de fétidité, mais les élancements persistent encore, quoique plus rares et moins douloureux. »

A quelle lésion fait songer chez cette syphilitique, à la cloison perforée, cette substance blanchâtre que limite une muqueuse boursouflée, et à laquelle correspond extérieurement un gonflement rouge érysipélateux, douloureux à la pression, de la paroi latérale du nez ? Le premier mot qui, à la lecture de cette observation, vous vient aux lèvres, mot que M. d'Azambuja ne prononce pas, n'est-il pas celui de gomme, gomme de la fosse nasale ? La description même laisse-t-elle dans l'esprit quelque doute ? Et faire intervenir, à propos d'une gomme qui s'élimine, un coryza d'une espèce particulière, un coryza dit caséeux, peu avancé, ajoute-t-on, n'est-ce pas quitter, de gaîté de cœur, le solide terrain des faits pour aller s'ébattre en pleine extravagance ? M. Duplay, on l'a vu, fait jouer à l'érysipèle un grand rôle dans la pathogénie du coryza caséeux, on sait par quel artifice. Dans l'observation ci-dessus, c'est sans doute la coexistence d'une rougeur érysipélateuse sur le dos du nez et d'une masse d'aspect caséeux à l'intérieur de la fosse nasale qui a donné le change.

M. Terrier, qui, dans la bibliographie du coryza caséeux (1), cite la thèse de M. d'Azambuja, dit aussi en avoir observé un cas chez un homme de quarante ans environ, qui avait eu la syphilis. Nous soupçonnons vivement le cas de M. Terrier d'être bien proche parent de celui de M. d'Azambuja.

Cozzolino, dans un article sur le coryza caséeux (2), dit avoir observé deux fois cette affection sur près de 5000 malades, atteints d'affections des fosses nasales, qui passèrent sous ses yeux. Il n'a pas joint à son travail l'observation des deux malades; nous ne connaissons leur histoire que par les allusions qu'il y fait dans le cours de cet article. C'est ainsi qu'il nous apprend que la première de ses malades était une femme de quarante et quelques années, bel exemple, dit-il, de scrofule torpide, chez laquelle l'affection succéda à un érysipèle de la face. Le second était un jeune garçon de quatorze ans, assez lymphatique, qui faisait remonter à six mois le début de son affection. Depuis ce moment, il sortait de temps à autre, soit par la narine, soit par la choane, en même temps qu'une sécrétion muco-purulente, de gros grumeaux de matière caséeuse, si gros parfois que le malade se sentait suffoquer; le soulagement qu'il éprouvait ensuite était d'autant plus marqué que les morceaux rendus étaient plus gros. Chez lui, la rhinoscopie antérieure montra, outre les masses caséeuses, un petit myxome.

Cozzolino donne du coryza caséeux une description qui ne diffère de celle de M. Duplay que par quelques menus détails. Il rappelle les observations de M. Maisonneuve, de MM. Verneuil, Guyon, Reverdin, mais oublie, ce qui est singulier, de citer le parrain du coryza caséeux, M. Duplay.

La scrofule serait, pour l'auteur italien, une condition

(1) Jamain et Terrier. *Manuel de pathologie chirurgicale*, t. II, 1881.

(2) Cozzolino. *Bolletino delle Malattie del orecchio, della gola e del naso*, 1884, n° 1.

prédisposante ; c'est à elle que serait due cette caducité particulière de l'épithélium de la muqueuse nasale, cause prochaine du coryza caséeux. L'épithélium desquamé formerait lui-même le premier noyau qui irait toujours grossissant, par suite de la chute extraordinairement rapide des cellules de revêtement de la muqueuse. Cozzolino propose de substituer au terme de coryza caséeux celui de tumeurs caséeuses des fosses nasales.

Des deux faits qu'il relate, un seul, malgré la pénurie des détails, se prêterait à quelques mots de critique, c'est celui du jeune garçon de quatorze ans. Mais rapprocher chacun des traits de son histoire de ceux consignés dans les observations de kystes folliculaires butyreux cités plus haut, est une tâche aisée que nous abandonnons au lecteur. Poursuivre à nouveau cette comparaison jusque dans les détails, serait se complaire en des redites.

Dans la description même de Cozzolino, nous ne relèverons que l'influence attribuée par lui à la scrofule. On a fait, croyons-nous, dans nos livres de pathologie, aux paragraphes « Étiologie », un grand abus de la scrofule, comme du reste de l'arthritisme. La scrofule nous semble devoir être considérée souvent comme un résultat plutôt que comme une cause. C'est d'une affection chronique localisée à un organe ou à un appareil que dépend bien souvent la déchéance organique qu'on désigne de ce nom. Pour préciser, que de fois met-on sur le compte de la scrofule la suppuration chronique d'oreille, surtout s'il s'agit d'un enfant ! C'est un scrofuleux, dit-on ; explication commode, qui dispense de longues investigations. Scrofuleux, cela est possible ; mais la suppuration d'oreille, bien loin d'être la conséquence de cet état, en a été la cause, par les produits septiques qu'elle versait forcément dans la circulation générale, par les accès de fièvre, l'insomnie, les douleurs, etc., qu'elle entraînait (1). La cause de cette suppuration doit être cherchée ailleurs ; souvent, chez l'enfant, c'est au cours d'une maladie générale à détermination pharyngée qu'elle s'est produite, et, si elle a persisté, cette persistance est due soit à une condition anatomo-pathologique particulière de l'oreille moyenne ou du pharynx supérieur (étroitesse de la perforation de la membrane du tympan, suppuration de l'espace épi-tympanique, otite moyenne granuleuse, polypes, végétations adénoïdes, etc.), condition anatomo-pathologique restée inaperçue parce que l'examen local n'a pas été pratiqué, soit, en l'absence de quelqu'une de ces circonstances, à la mauvaise direction du traitement. De cette idée, aujourd'hui reconnue fausse, que c'est l'état scrofuleux qui entretient la suppuration, découle cette conséquence pratique fâcheuse pour le malade : le médecin fait porter son effort thérapeutique sur l'état général plus que sur l'affection locale, tandis que le traitement local doit primer le traitement général, qui souvent n'est nullement nécessaire. Cozzolino, en subordonnant ce prétendu coryza caséeux à la scrofule, n'a fait que céder à une tendance générale, que sacrifier aux idées anciennes, qu'il convient de rejeter aujourd'hui.

Du reste, sa conception en elle-même, abstraction faite des faits, à notre avis mal interprétés, qui l'étayent, nous semble passible de deux objections préliminaires. Et d'abord, étant donné la fréquence de la scrofule, l'extrême rareté de ce coryza caséeux est un fait qui étonne. D'autre part, pour une affection scrofuleuse, sa facile curabilité — on le guérit en deux heures, nous disait tout récemment Cozzolino — n'est pas moins surprenante. Les affections chroniques, dites scrofuleuses, ne cèdent pas si volontiers devant notre intervention ; nous ne sommes pas accoutumés à les trouver d'humeur si débonnaire.

III

Le coryza caséeux n'est donc pas une entité pathologique ayant son étiologie, sa symptomatologie propre ; il n'est pas une espèce morbide définie. Tout au plus pourrait-il être un sous-titre, et encore seulement dans certains cas. Du reste, M. Duplay n'a pu donner à son œuvre la netteté de contours, la vivacité de relief qu'il devait souhaiter : en bien des endroits les lignes flottent indécises. « Les causes qui amènent l'accumulation de matière caséeuse dans les fosses nasales nous sont encore mal connues, » dit-il. Plus loin : « Les symptômes de cette affection sont assez obscurs. » Ailleurs : « Les symptômes physiques sont souvent obscurs. » Que d'obscurités dans cette entité morbide nouvelle, obscurités que M. Duplay note en passant avec beaucoup de bonne foi, et qu'est, en effet, cette entité, quelque peu mystérieuse, du reste, aux yeux de bien des médecins, sinon un groupement disparate d'affections essentiellement différentes ?

L'examen microscopique apporte une nouvelle preuve en montrant que le contenu de ces masses dites caséeuses n'est pas identique, qu'il consiste là surtout en cellules épithéliales (observation de M. Verneuil), ailleurs surtout en matière grasse (observation de M. Périer). Tantôt le lieu où elles se produisent est la fosse nasale même (rhinolithes, lésions syphilitiques), tantôt elles ne font que s'y déverser, primitivement logées dans des cavités voisines (kystes folliculaires, suppuration des sinus). Ces deux mots, masses caséeuses, ne font en somme que traduire une forme extérieure, une apparence macroscopique, qu'exprimer la fétidité exhalée par des produits en décomposition. On a, peut-on dire après la discussion des faits qui précède, appliqué cette dénomination à des produits bien divers, à des amas de cellules épithéliales accompagnant des rhinolithes, à des accumulations de matière grasse contenues primitivement dans des kystes, aux produits de désagrégation de gommes syphilitiques, à des amas de globules de pus provenant de cavités avoisinant les fosses nasales. Tantôt ces masses elles-mêmes constituent presque à elles seules toute la maladie (kystes folliculaires, gommes syphilitiques), tantôt elles ne sont que secondaires à une autre affection (rhinolithes). La déroute, on le voit, est complète ; les faits qu'on tentait de grouper répugnent à un tel rapprochement et se dispersent.

Mais si le coryza caséeux n'est pas une espèce morbide définie, la présence dans certaines circonstances, rares il est vrai, de masses caséeuses à l'intérieur des cavités nasales ne peut être niée (1). Ces productions méritent

(1) Consulter, dans cet ordre d'idées, l'article de M. Weichselbaum : « Ueber eine von einer Otitis media suppurativa ausgehende und durch den Bacillus pneumoniæ (Friedlænder) bedingte Allgemeininfection », *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, 1888, nos 8 et 9, et celui de M. Netter : « Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës », *Annales des maladies de l'oreille*, 1888, n° 10.

(1) M. le docteur A. Hartmann, dont le nom, comme on sait, fait autorité en ce qui touche la pathologie des fosses nasales, a bien voulu résumer pour nous, en quelques mots, ce que sa grande expérience lui a appris sur ces produits caséeux. Nous l'en remercions vivement. Voici la note qu'il nous adresse (10 novembre 1888) et que nous traduisons :

« Ces produits caséeux ne sont pas sécrétés tels que, à l'état où nous

d'occuper une place dans la nosologie des fosses nasales. Elles ne constituent pas une affection déterminée, mais, malgré la variabilité de leur siège primitif, la diversité des causes qui leur donnent naissance, malgré les différences que l'examen microscopique révèle dans leur composition, elles n'en sont pas moins un signe : dans un traité complet des maladies des fosses nasales, c'est donc au chapitre séméiologie qu'elles devraient figurer. Le terme en lui-même n'a et ne peut avoir aucune prétention à la rigueur scientifique, il n'exprime qu'une apparence assez grossière affectant, outre la vue, le toucher et l'odorat : il est purement clinique. Considérées en elles-mêmes, ces masses ne fournissent sur l'affection réelle que des indications bien vagues. Leur examen au microscope, en plaçant sous les yeux les éléments qui les composent [cellules épithéliales, globules de pus, fibrilles (?), cellules graisseuses, cristaux d'acides gras, etc. (1)], et leur proportion relative, jettera déjà quelque lumière sur leur origine, permettra d'entrevoir et d'énoncer quelques probabilités. Les renseignements fournis par le malade, les données puisées dans l'examen de la région pourront mettre sur la voie du diagnostic. Mais c'est surtout à l'examen rhinoscopique pratiqué avec méthode, aidé de toutes les ressources que la technique met actuellement à notre disposition, qu'il faudra demander la solution du problème. C'est lui surtout qui nous éclairera sur la nature réelle du mal et sur son origine. Comme le démontre la discussion qui précède, il s'agira tantôt d'un corps étranger, tantôt d'une lésion syphilitique, ici de polypes muqueux, là d'une suppuration chronique du sinus maxillaire ou peut-être de quelque autre cavité annexée aux fosses nasales, ailleurs d'un kyste folliculaire butyreux, etc. Ce serait une faute que de se contenter de la simple constatation des masses caséeuses; on devra se souvenir qu'elles ne sont pas en elles-mêmes toute l'affection, qu'elles ne sont qu'un signe dont le sens reste à préciser.

Les conclusions qu'on peut tirer de cette étude sont les suivantes :

1° L'affection décrite par M. Duplay sous le nom de coryza caséeux n'est pas une entité pathologique, une espèce morbide définie. Elle est une conception tout artificielle, résultant du groupement d'affections essentiellement différentes.

2° Les observations publiées jusqu'à ce jour, sous le titre de coryza caséeux ou rapportées au coryza caséeux, concernent, soit des malades atteints de kystes folliculaires (variété butyreuse) de la mâchoire supérieure rompus dans une des fosses nasales, soit des cas de corps étrangers d'une fosse nasale avec production ultérieure de cellules épithéliales desquamées et de globules de pus, soit des gommes syphilitiques de ces cavités en voie d'élimination, soit des cas de suppuration chronique du sinus maxillaire.

3° Les produits d'apparence caséeuse, qui, du reste, ne s'observent qu'avec une extrême rareté dans les cavités nasales, doivent, malgré la diversité de leur origine et la variabilité de leur composition, prendre place dans la nosologie des fosses nasales ; ils ne constituent pas une affection déterminée, mais ils sont un signe.

4° Pour donner à ce signe toute sa valeur et arriver au diagnostic réel et complet de l'affection, on devra s'aider de l'anamnèse, de l'ensemble des symptômes objectifs et subjectifs, de l'examen microscopique des masses caséeuses et surtout de la rhinoscopie pratiquée avec méthode.

---

les voyons. Ils résultent de la condensation de la sécrétion de la muqueuse nasale enflammée, cette condensation provenant en partie de la dessiccation de cette sécrétion, en partie de la résorption de sa partie aqueuse. Que des cocci de la putréfaction s'y mêlent, et cette masse épaissie se décompose et se putréfie.

Quelles sont les circonstances qui amènent cette condensation de la sécrétion et sa décomposition? Ce sont celles qui s'opposent à l'élimination de la sécrétion nasale, c'est-à-dire :

1° Les corps étrangers. C'est le cas le plus fréquent.

2° Les polypes. J'ai observé un cas où, derrière un polype, il y avait de très grosses masses caséeuses. Ablation du polype, expulsion des masses caséeuses au moyen de lavages, guérison.

3° Les destructions étendues à l'intérieur des cavités nasales. Il arrive parfois, en cas de lésions profondes dues à la syphilis, que les malades ne peuvent expulser les sécrétions produites, d'où accumulation de produits caséiformes. J'en ai observé un cas très caractéristique.

Enfin, 4°, ces masses caséeuses trouvées dans les fosses nasales peuvent provenir d'une région voisine de ces cavités (sinus maxillaire). J'en ai également observé un cas très net; l'histoire de ce malade figurera dans un travail qui paraîtra sous peu sur l'empyème de l'antre d'Highmore. »

Si M. Hartmann ne fait aucune allusion aux kystes butyreux de la mâchoire supérieure, c'est qu'il a tenu à ne parler que de ce qu'il avait vu. Après le travail de M. Magitot, les observations de MM. Vitalis, Aussenac, etc., l'existence de ces kystes, qui s'observent également au maxillaire inférieur, ne peut être contestée.

(1) On trouvera, dans la thèse de M. Aussenac (Thèse de Montpellier, 1884-1885), l'examen microscopique, fait par M. le docteur Kiener, du contenu d'un kyste folliculaire butyreux de la mâchoire inférieure.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 janvier 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

COMMUNICATIONS

Suture de la rotule. — M. KIRMISSON présente le malade dont il a parlé dans la dernière séance. C'est un homme âgé de cinquante-deux ans, qui, le 15 juillet 1888, fit une chute et se fractura la rotule. Il y avait un gonflement considérable et un écartement de 4 centimètres. M. Kirmisson appliqua la griffe de Malgaigne, modifiée par M. Duplay, et fit de la compression ; il se forma un cal fibreux. Sous l'influence d'une nouvelle chute, ce cal se rompit et, le 22 octobre, M. Kirmisson fit la suture de la rotule et appliqua un pansement antiseptique. Il n'y eut pas de suppuration, le malade est aujourd'hui guéri et, sauf un peu de raideur, marche très bien.

M. DELENS n'a jamais fait la suture de la rotule pour une fracture récente ; mais il l'a pratiquée pour une fracture datant de trois ans, chez un malade qui était atteint d'une tumeur blanche de l'autre jambe. Le résultat fonctionnel de cette suture ne fut pas absolument bon.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE cite l'exemple d'un malade, atteint d'une fracture de la rotule, qu'il traita par la compression et l'extension. Le résultat était excellent. Ce malade fit une nouvelle chute et se fractura de nouveau la rotule. Cette fois, il la sutura. M. Lucas-Championnière cite d'autres exemples dans lesquels il obtint de très bons résultats de la suture de la rotule.

Hystéropexie. — M. TERRIER communique une nouvelle observation d'hystéropexie dans un cas d'abaissement; dans ce cas, l'hypertrophie assez considérable du corps et du col de l'utérus rendit la réduction assez dificile.

Ablation de l'astragale. — M. SCHWARTZ fait un rapport sur une observation de M. Le Bec, dans laquelle il s'agit d'une jeune fille de treize ans qui était atteinte d'un pied-bot varus équin invétéré. M. Le Bec fit l'ablation de l'astragale et du scaphoïde ankylosé, et le résultat de l'opération fut des plus satisfaisants. M. Schwartz approuve complètement la conduite chirurgicale suivie, dans ce cas, par M. Le Bec.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE s'étonne que cette opération ne soit pas entrée davantage dans les mœurs chirurgicales, c'est une

excellente opération, que l'on pratique avec la plus grande facilité. Il n'est même pas besoin de recourir à la bande d'Esmarch. Elle donne de très bons résultats chez les jeunes sujets de douze à quinze ans, atteints de pieds-bots invétérés, et c'est la seule efficace. On dit que, même après l'ablation de l'astragale, certains malades marchent mal, ce sont ceux qui étaient atteints de pieds-bots paralytiques; ces derniers ne marchent jamais très bien; mais c'est encore cette opération qui, chez eux, donne les meilleurs résultats. Même dans les plus mauvais cas on obtient des résultats que rien autre chose ne peut donner. Les suites de cette opération sont des plus bénignes; on peut encore la simplifier; un seul pansement suffit le plus souvent. En résumé, dans les cas où la tarsectomie ne suffit pas, il ne faut pas hésiter à recourir à l'ablation de l'astragale. M. Lucas-Championnière cite plusieurs observations à l'appui de l'opinion qu'il soutient.

M. BERGER dit que c'est une excellente opération pour les pieds-bots invétérés; mais il est des cas où elle ne suffit pas et où l'enroulement du pied persiste. Dans ces cas, M. Berger préfère la ténotomie postérieure, telle que l'a proposée M. Gross (de Nancy).

M. QUÉNU, d'accord avec M. Lucas-Championnière, pense que l'immobilisation immédiate, après l'ablation de l'astragale, n'est pas utile et est plutôt nuisible en gênant les pansements; il préfère n'appliquer l'appareil plâtré qu'après douze ou quinze jours, alors que la cicatrisation est complète.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que c'est là, en effet, la pratique qu'il suit. Il n'applique l'appareil immobilisateur qu'après quatre ou cinq semaines.

M. SCHWARTZ considère également l'ablation de l'astragale comme une excellente opération. Il préfère, contrairement à MM. Lucas-Championnière et Quénu, recourir à l'application immédiate de l'immobilisation et mettre un appareil plâtré pouvant rester définitivement. Il rappelle avoir l'un des premiers démontré que, dans les cas où l'enroulement du pied persiste, l'ablation simple de l'astragale ne suffit plus, et qu'il faut y ajouter la résection de la partie antérieure du calcanéum. Ce n'est qu'après sa thèse d'agrégation sur ce sujet que M. Gross (de Nancy) a proposé cette opération.

M. LE DENTU rappelle avoir présenté un malade atteint d'un pied-bot tel que la plante du pied regardait en haut. Chez ce malade, l'ablation de l'astragale, du cuboïde et d'une partie du calcanéum a donné un résultat parfait.

Plaie pénétrante de l'abdomen. — M. BERGER communique l'observation d'une femme qui entra dans son service, à dix heures et demie du soir, le 11 août 1888, venant de recevoir une balle de revolver dans le ventre. Cette femme était dans une grande anxiété, souffrait beaucoup et avait des vomissements fécaloïdes. La température était normale, le pouls assez plein. L'abdomen était tendu et douloureux; il existait une perforation en haut et à droite de l'ombilic. La situation était très grave, il y avait manifestement une perforation intestinale et un épanchement péritonéal; devant la gravité de la situation, M. Berger se décida à intervenir moins de onze heures après l'accident. Il fit une incision de 20 centimètres sur la ligne blanche, releva l'épiploon, vit s'écouler une sérosité roussâtre, fétide, mélangée à de la matière intestinale et à des gaz infects; il détergea et nettoya la cavité abdominale, puis rechercha les points de l'intestin lésé; il trouva l'intestin de plus en plus altéré à mesure qu'il se rapprochait de la partie inférieure de l'intestin grêle. A 70 centimètres environ de la valvule iléo-cæcale, il trouva une perforation allongée; il nettoya cet intestin et fit une ligature provisoire au-dessus et au-dessous; puis, continuant ses recherches, il trouva vers le tiers supérieur de l'intestin grêle deux larges perforations près du bord mésentérique qu'il boucha par une suture de Lembert. L'estomac n'avait rien. Au côlon transverse il trouva deux autres perforations, qu'il ferma également par une suture de Lembert. Cela fait, il lava la cavité péritonéale avec de l'eau filtrée, bouillie, rentra l'intestin et revint à la première perforation qu'il avait fermée par une ligature provisoire; il fixa la muqueuse intestinale au tégument et constitua un anus contre nature. L'opération avait duré trois heures. La malade, très déprimée, succomba quatre heures après.

A l'autopsie on ne trouva aucune autre lésion que celles qu'avait constatées M. Berger; il n'y avait aucun épanchement; toutes les sutures intestinales étaient bien étanches et ne laissaient passer aucune goutte de liquide; on put reconstituer le trajet de la balle que l'on retrouva dans l'épaisseur du muscle psoas.

Il est bien évident que si l'on n'était pas intervenu, dans ce cas, la mort était fatale à courte échéance. Mais il n'en est pas moins vrai que l'intervention, toujours laborieuse, très minutieuse dans ces cas et par cela même prédisposant au collapsus, a, dans le cas présent, hâté la mort.

M. Berger communique une autre observation : il s'agit d'une jeune femme qui s'était tiré une balle de revolver, calibre n° 7, dans le ventre. Elle était à jeun. Un médecin de la ville, appelé auprès d'elle, sonde la plaie avec un stylet et prescrit une potion. La malade eut un vomissement de sang; elle fut amenée à l'hôpital, on ne trouva pas de suite le chirurgien du Bureau central, et M. Berger ne vit la malade que le lendemain matin. Elle éprouvait une douleur excessive dans la région épigastrique, avait une grande gêne respiratoire, une température de 39 degrés et le pouls à 104; pas de douleurs généralisées dans le ventre, pas de douleurs à la pression, état nauséeux, mais pas de vomissements. Après l'avoir soigneusement examinée, M. Berger acquit la conviction qu'elle était atteinte d'une plaie pénétrante de l'abdomen avec lésions de l'estomac et pénétration du foie. Il attendit et prescrivit la diète et les opiacés ainsi que des applications de glace. Plusieurs jours se passèrent pendant lesquels la température atteignit 40 degrés, après quoi elle revint à la normale, les douleurs cessèrent; cette malade est aujourd'hui complètement guérie.

Il s'agissait, en somme, d'une plaie pénétrante de l'abdomen avec des accidents de péritonite localisée, circonscrite. En pareil cas, il ne faut pas se hâter d'intervenir. En terminant, M. Berger ajoute qu'on attend encore, en France, un exemple d'intervention suivie de guérison dans ces cas.

M. NÉLATON communique trois observations de plaie pénétrante de l'abdomen.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de trente-sept ans, qui avait reçu un coup de couteau dans la fosse iliaque gauche. Au fond de la plaie on voyait une anse d'intestin grêle. M. Nélaton introduisit son doigt soigneusement aseptisé dans la plaie et constata qu'il s'échappait quelques bulles d'air le long de son doigt; il débrida la plaie largement en haut et en bas, attira à lui cette anse intestinale, trouva la perforation, la ferma par 4 points de suture à la soie phéniquée, rentra l'intestin et referma le ventre. Huit jours après, le blessé était complètement guéri.

M. Nélaton rappelle que l'on se trouve en présence de trois opinions relativement aux plaies pénétrantes de l'abdomen : les uns disent : intervenez toujours; les autres : n'intervenez jamais; puis, M. Reclus propose une conduite mixte et dit : quand il n'y a pas de symptômes graves, attendez; aussitôt que se produit un symptôme grave, intervenez.

Une femme de quarante-deux ans s'était tiré un coup de revolver, calibre n° 7, dans le ventre. Elle est transportée à l'hôpital; son état n'étant pas très grave, on fait un pansement occlusif et on attend. Le pouls devient petit et vif, le ventre est douloureux, quelques nausées apparaissent; c'est, évidemment, le début d'une péritonite. Alors M. Nélaton se décide à faire la laparotomie, vingt-cinq heures après l'accident. Il trouve un épiploon collé à la paroi abdominale par des fausses membranes, les anses intestinales adhérant les unes aux autres; il trouve trois perforations intestinales, une grosse et deux petites; il constate la balle dans le mésentère avec un kyste purulent; il l'extrait, lave la cavité péritonéale, suture les perforations, fait le drainage; la malade meurt trois jours après. A l'autopsie, pas de pus ni de fausses membranes dans le péritoine; mais on trouve du pus dans les deux reins. M. Nélaton se demande si la malade n'a pas succombé

à une propathie quand, s'étant piqué dans le cours de l'opération, il est pris lui-même d'un panaris septique qui ne peut lui laisser aucun doute sur la nature septique de la péritonite qu'il a constatée.

Le 5 décembre dernier, un homme est amené à Lariboisière, venant de recevoir un coup de revolver, calibre n° 8. Parfaite santé, pas de douleurs de l'abdomen, ni météorisme; température 37 degrés. M. Nélaton opère trois heures après l'accident. Il trouve déjà l'intestin rouge et distendu; il y a sept perforations qui sont suturées. L'opération a duré deux heures. Le malade meurt le lendemain. A l'autopsie, on constate qu'une suture n'a pas tenu et a laissé passer du liquide dans le ventre. Quoi qu'il en soit, trois heures après avoir reçu une balle dans le ventre, cet homme avait un commencement de péritonite, quoique ne présentant aucun symptôme.

Le parti intermédiaire proposé par M. Reclus semble donc peu pratique. En effet, quand on constate un symptôme grave, on peut être sûr de trouver une péritonite suppurée. Il faut donc intervenir tout de suite ou pas du tout; mais il ne faut pas attendre des symptômes graves pour intervenir.

Fracture du crâne. — M. RECLUS présente un malade qui, dans une chute, s'était fait une fracture du crâne à la suite de laquelle il eut des attaques épileptiformes. Douze jours après, M. Reclus fit une grande incision en volet, trouva un énorme foyer de fracture, enleva quatre fragments et constata que le sinus latéral était ouvert. Il appliqua un tampon compressif antiseptique et sutura. Les attaques cessèrent, le malade reprit connaissance; seize jours après on enleva le tampon et le malade est aujourd'hui complètement guéri.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 décembre 1888, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger est transformée en École de plein exercice.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 janvier 1889, la chaire de chimie organique de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante.

— M. le professeur Grancher reprendra le cours de clinique des maladies infantiles, le samedi 2 février 1889, à dix heures du matin, à l'hôpital des Enfants-Malades, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— A partir du 6 février, M. le docteur Rouillard, chef de clinique de la Faculté, médecin-adjoint des asiles d'aliénés de la Seine, fera des conférences cliniques sur les maladies mentales, dans les pavillons de la clinique, à l'asile Sainte-Anne, tous les mercredis à quatre heures de l'après-midi.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 15. — MARDI 5 FÉVRIER 1889. 62e ANNÉE. MARDI 5 FÉVRIER 1889. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRES LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. NIMIER.

Luxation tarso-métatarsienne. Luxation complète en bas du premier métatarsien, avec subluxation en haut et en dedans du premier cunéiforme. Luxation en haut incomplète des quatre derniers métatarsiens.

C... (Jean), vingt-trois ans, soldat à la 22e section d'ouvriers d'administration, était en traitement à l'hôpital d'Hong-Hoa (Tonkin), pour une insolation, lorsque, dans la nuit du 10 avril 1887, en proie à des hallucinations, il parvint à s'échapper et sauta dans les fossés de la citadelle, d'une hauteur de 6 mètres environ. Deux jours après, le blessé reprit connaissance et s'aperçut qu'il avait le pied gauche emprisonné dans un appareil qui fut levé au bout d'un mois. Au dire de C..., le pied était alors exactement semblable (sauf une enflûre considérable) à ce qu'il était lors de son entrée au Val-de-Grâce, le 20 novembre 1887. Après une nouvelle immobilisation d'un mois de durée, on permit au blessé de marcher, ce qu'il ne pouvait faire qu'avec deux béquilles, en appuyant à peine sur le talon et sans supporter de soulier.

Lorsque j'ai vu ce malade, huit mois environ après l'accident, voici quel était l'état de son pied gauche : à la vue, le pied est déformé, l'avant-pied est déjeté en dehors, l'axe prolongé de la jambe tombe sur le bord externe du premier métatarsien ; sur la face dorsale, au milieu du bord interne, on constate une saillie assez nette comme limites, recouverte par la peau rouge et amincie, saillie de 1 centimètre environ, qui, par sa forme et sa position, traduit la subluxation en haut et en dedans du premier cunéiforme. En avant d'elle, existe une dépression profonde au fond de laquelle le doigt sent la résistance de la diaphyse du premier métatarsien, dont la tête est manifeste à la vue et au palper, à la face plantaire, au-dessous et un peu en dehors du premier cunéiforme. La concavité de la plante a disparu, et la hauteur du bord interne à ce niveau mesure 7 centimètres, tandis que, sur le pied sain, elle est de 5 seulement à hauteur de l'interligne cunéo-métatarsien. Enfin, le pied normal mesure 26 centimètres, de l'extrémité du gros orteil à la pointe du talon, et le pied gauche 15 millimètres de moins. Il existe donc bien : *une luxation complète en bas du premier métatarsien avec subluxation en haut et en dedans du premier cunéiforme.*

A la palpation et même à la vue, si l'on abaisse un peu l'extrémité digitale des quatre derniers métatarsiens, on constate que leurs épiphyses tarsiennes débordent notablement le plan dorsal des deux derniers cunéiformes et du cuboïde, et que leur saillie va en décroissant depuis le deuxième, pour lequel on serait tenté d'admettre une sortie complète de sa mortaise, jusqu'au cinquième qui paraît très légèrement subluxé en haut. On constate à peine 5 millimètres de raccourcissement du bord externe du pied. A la plante, on perçoit, au-dessous de la saillie osseuse dorsale, une crête résistante, qui manifestement répond au bord des deux derniers cunéiformes et du cuboïde. Il y a donc aussi : *luxation en haut incomplète des quatre derniers métatarsiens.*

Quant au mécanisme de ce double déplacement, a-t-il consisté en un mouvement de rotation de l'avant-pied autour d'un axe fictif intermédiaire au premier et au deuxième métatarsien, rotation provoquant l'abaissement du bord interne et l'élévation du bord externe ? Mais, si ce mouvement explique bien la double luxation, il aurait déterminé un déplacement plus marqué du cinquième métatarsien que du deuxième et, pour que celui-ci ait pu se déplacer intact, il faut admettre une configuration particulière de sa mortaise. On se rendrait mieux compte de notre luxation en acceptant que l'avant-pied a subi, en même temps qu'un abaissement de son bord interne, une compression transversale — celle par exemple d'une main le saisissant vigoureusement et se moulant sur ses bords interne et externe — alors les épiphyses postérieures des métatarsiens médians obéissent aux pressions latérales qu'elles subissent et sont chassées en haut comme un noyau de cerise que l'on projette en le serrant avec les doigts. Mais comment, dans le cas particulier qui nous occupe, se serait produite cette compression du pied ? D'autre part, faut-il accepter que la luxation en bas résulte de la flexion forcée du premier métatarsien, la luxation en haut de l'extension forcée des autres ? Il est difficile de se rendre compte de ce double mouvement. Force nous est donc de rester dans le doute sur le mécanisme de la lésion.

En raison de cette luxation, C... ne marche qu'avec l'aide de deux béquilles, sans appuyer le pied sur le sol. Outre une atrophie de 4 centimètres du mollet, deux faits expliquent l'impotence du membre : 1° la mobilité anomale de l'avant-pied, dont les mouvements exagérés d'extension et de latéralité entravent le déroulement régulier du pied pendant la marche (le mouvement d'extension ne se produit pas directement en haut, mais bien par un glissement en haut et en dehors) ; 2° la douleur. Quand le pied appuie sur le sol, la voûte plantaire tend à s'affaisser, sauf en dedans, où elle est soutenue par la tête du premier métatarsien ; la compression, exercée en ce moment par l'os déplacé, provoque une douleur plantaire qui, au dire du blessé, serait le principal obstacle à la marche.

Dans le but de diminuer cette douleur et de faire disparaître la saillie du cunéiforme qui empêche le port d'un soulier (ce déplacement de l'os, d'autre part, ne peut que s'accentuer), je pra-

tique, le 5 décembre 1887, l'extirpation du premier cunéiforme. Après cette ablation, la tête du premier métatarsien ne put remonter, se mettre complètement en contact avec le scaphoïde ; entre les deux surfaces cartilagineuses, persistait une cavité qui, à la longue, se remplit d'un tissu actuellement dur et résistant, comme osseux. Au bout d'une quinzaine de jours, lorsque la cicatrice de l'incision fut solide, le pied fut emprisonné dans un soulier plâtré qui, laissant libre l'articulation tibio-tarsienne, maintenait, dans la mesure du possible, la concavité plantaire. Cet appareil fut, à diverses reprises, renouvelé, jusqu'en avril 1888 ; en même temps, l'on continuait le traitement de l'atrophie de la jambe par le massage et l'électricité.

Actuellement (mai 1888), un an passé après l'accident, C... est encore loin d'avoir récupéré l'usage complet de son membre : il marche avec une canne, n'appuyant que sur le talon et l'arrière-pied ; l'appui sur l'avant-pied provoque de la douleur sur le dos du pied. Celui-ci se présente dans l'état décrit plus haut, sauf toutefois la saillie du cunéiforme, qui a fait place à un méplat sur lequel la ligne cicatricielle de l'opération n'offre rien d'anomal. Le bord interne s'est encore raccourci d'un demi-centimètre consécutivement à l'extirpation du premier cunéiforme. L'atrophie de la jambe a notablement diminué.

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. SEVESTRE.

La rougeole et la diphthérie.

Un grand nombre d'enfants arrivent malades à l'hospice ; on les envoie aussitôt à l'infirmerie. Quant aux enfants qui ont été en contact avec des malades contaminés, on les isole dans le *pavillon des douteux*. Le recrutement de l'infirmerie provient donc de services très divers. La statistique de la mortalité n'a donc guère de valeur, et ne saurait rien prouver ni pour ni contre l'hygiène de l'hospice.

Mais, si le chiffre des décès de l'infirmerie où l'on soigne toutes les maladies réputées non contagieuses ne présente pas grand intérêt, il en est tout autrement de la statistique de la rougeole et de la diphthérie, affections qui règnent aux Enfants-Assistés en souveraines maîtresses, décourageant tous ceux qui luttaient contre elle.

Si l'on se reporte à une quinzaine d'années en arrière, on voit que la rougeole décimait véritablement les enfants assistés. En six ans, sur 1 256 cas, elle tuait 612 enfants.

Envisagée au point de vue de ses rapports avec la mortalité totale, elle etait, en 1869, de 80 p. 100, tandis qu'à Sainte-Eugénie, elle était de 4 p. 100.

En présence de ces résultats, on accusait le mauvais état général des enfants qui avaient souffert avant d'être admis à l'hospice ; cependant, il fallut bien se rendre à l'évidence et admettre que la cause était *locale*, puisque la rougeole des enfants assistés allait bientôt mériter une description à part dans les livres de pathologie, tant elle différait du type commun. Des réformes bien appliquées lui épargnèrent cet honneur.

Tout d'abord, il importe de fixer, avec une précision mathématique, les conditions étiologiques de la rougeole. L'intervalle compris entre le contact infectieux et l'éruption est invariablement de treize à quatorze jours. Ce premier fait est de la plus haute importance, puisqu'il suffit de rechercher à quel endroit l'enfant se trouvait quatorze jours auparavant, pour savoir où la contamination s'est faite. Ce n'est pas tout ; de cette notion découlent deux conséquences pratiques : l'une, c'est que d'autres enfants qui ont été en contact avec le malade vont avoir la rougeole ; l'autre, point important de la prophylaxie de cette maladie, c'est qu'il faut séparer et isoler complètement tout le lot des enfants qui se sont trouvés ensemble le jour de la contamination.

L'isolement s'impose donc comme une nécessité absolue ; il doit être d'autant plus rigoureux que la rougeole se propage avec une allure hypocrite, car on voit des enfants en apparence bien portants, qui, pendant les prodromes souvent peu marqués, sont les véhicules insidieux de la maladie. Cet isolement est donc le seul moyen de sauvegarder l'existence des enfants qui entrent dans les hôpitaux pour des affections légères et qui meurent d'une maladie contractée à l'hôpital. Ainsi périssent, tous les ans, à Paris, plus de cinq cents enfants, d'après M. Comby.

C'est bien là le point capital de la question. En effet, depuis que l'isolement est pratiqué aux Enfants-Assistés, la rougeole est non seulement devenue plus rare, mais surtout elle est moins meurtrière. Et encore n'avons-nous pas pu obtenir jusqu'ici le système d'isolement absolu que nous ne cessons de demander.

Pour conclure par des chiffres, disons que, en 1887, sur 8 129 enfants qui ont passé par l'hospice, 305 ont eu la rougeole ; de ceux-ci 64 sont morts de la rougeole et 84 ont contracté la diphthérie ; ce qui fait une mortalité de 48,5 p. 100. Nous verrons, dans un instant, ce qu'il faut penser de la contagion de la diphthérie.

En 1888, sur 8 623 enfants admis à l'hospice, il y a eu 146 cas de rougeole pendant les six premiers mois de l'année et 98 pendant les six derniers. Sur ces 244 cas, 33 sont morts de la rougeole, de plus, 36 malades de rougeole ont contracté la diphthérie.

Si l'on compare, à cette statistique, celle des années 1882 à 1886, on voit que la mortalité de la rougeole a oscillé entre 42 p. 100 et 57 p. 100, tandis que, dans le second semestre de 1888, elle est, pour les enfants au-dessus de deux ans, de 10,2 p. 100 ; en défalquant les cas de diphthérie, elle n'est que de 5 p. 100.

Afin que l'on n'invoque pas la bénignité de l'épidémie actuelle, il n'est pas sans intérêt de remarquer que, pendant cette même période, la statistique de l'hôpital des Enfants-Malades donne 33,3 p. 100 de décès pour la rougeole ; en ne tenant pas compte de la diphthérie, la mortalité y reste de 19,8 p. 100.

Cette maladie présente donc une décroissance progressive très marquée, et l'on peut considérer que la rougeole des Enfants-Assistés, qui menaçait de devenir une entité pathologique locale, a cessé d'exister et se trouve reléguée dans l'histoire de la médecine, où elle pourra servir d'enseignement, montrant que la prophylaxie, inspirée par l'observation clinique rigoureuse, reste encore aujourd'hui la seule et véritable thérapeutique pathogénique. S'il fallait une preuve de plus pour démontrer cette proposition, la diphthérie des Enfants-Assistés la donnerait.

La diphthérie, en effet, se montre dans cet hospice avec des caractères et une malignité qu'elle ne présente nulle part ailleurs.

En publiant les statistiques de cette année, nous avons tout lieu de penser qu'une ère nouvelle se prépare. Ce ne sont pas seulement des espérances, c'est d'un fait réalisé qu'il s'agit. On ne saurait trop proclamer ces résultats, car la diphthérie qui, dans les villes, monte comme un flot envahissant, sera bientôt arrêtée dans son ascension insolente, et c'est de l'hospice des Enfants-Assistés que sera partie la résistance.

Précisons : Pendant les six premiers mois de l'année, 78 cas de diphthérie se sont déclarés à l'hospice. Pendant les six derniers mois il y en a eu 13.

Que s'est-il donc passé? Qu'a-t-on fait pour lutter contre elle? Une chose bien simple en apparence; on a établi une étuve.

Nous avions acquis la conviction que la diphthérie se propageait dans l'hospice par le linge. Et, en effet, on voyait éclater des foyers de diphthérie dans des points très limités, distants les uns des autres, et n'ayant aucune communication entre eux. Impossible de trouver la porte d'entrée de la maladie. Fort des nombreux exemples où la diphthérie s'était transmise par des objets, et en particulier par les vêtements et le linge. Nous avons réclamé avec insistance, auprès de l'administration, l'établissement d'une étuve dont la température pouvait être portée à 120 degrés, réalisant ainsi la désinfection la plus complète que nous connaissions.

L'étuve une fois obtenue, son fonctionnement fut organisé non sans quelque peine. Un principe rigoureux fut établi : c'est que tous les objets qui ont été dans les salles de malades doivent être désinfectés. De plus, ordre est donné de passer à l'étuve les vêtements de tous les enfants qui arrivent à l'hospice, et de faire prendre un bain à tous les nouveaux venus.

Quant à la manœuvre, le personnel qui charge l'étuve n'a aucun contact avec les infirmiers spécialement désignés pour retirer les objets désinfectés. On conçoit que dans l'application une règle aussi sévère portant sur une masse d'enfants, qui se renouvelle sans cesse, exige une surveillance constante.

A partir du jour où l'étuve fonctionna, la diphthérie disparut subitement; le pavillon resta abandonné pendant trois mois, ce qui ne s'était jamais vu.

Tout à coup, du 9 au 27 octobre, six enfants furent pris de diphthérie et succombèrent; ils avaient été tous les six en contact dans un pavillon de la rougeole; on accusa un linge qui avait échappé à la désinfection, et on redoubla de surveillance. Depuis lors, quelques cas isolés, au nombre de sept, se sont déclarés. Mais avec l'apport constant de l'extérieur, il est difficile d'empêcher complètement quelques germes de s'infiltrer. Un fait qui nous semble même plus significatif est le suivant. Depuis un mois et demi nous avons eu dans le pavillon de la diphthérie des cas extrêmement graves venus du dehors, et arrivés à l'hospice avec des symptômes d'infection profonde. Or, malgré ce foyer infectieux, il ne s'est pas déclaré un seul cas intérieur de diphthérie, excepté dans l'unique endroit qui n'ait pas été désinfecté, c'est-à-dire le service de chirurgie.

Nous nous arrêtons sur ce résultat, pour ne pas affaiblir la portée que nous lui attribuons.

Si les succès obtenus persistent, ce n'est pas seulement un triomphe pour l'hospice des Enfants-Assistés; mais l'importance pratique de ces résultats, au point de vue de la prophylaxie des maladies infectieuses en général, est si grande, qu'on ne peut prévoir où elle s'arrêtera.

L'établissement municipal d'un certain nombre d'étuves dans Paris et l'obligation d'y faire passer tous les objets qui ont été en contact avec les malades, arrêterait bientôt la marche désastreuse de la diphthérie. Ainsi seraient conservés les milliers d'enfants bien constitués que cette maladie enlève chaque année à la patrie.

VACCINATION PRÉVENTIVE DU CHOLÉRA

NOTE SUR UN POINT DE DOUTE MÉDICAL

Par M. le docteur E. Lanoaille de Lachèse.

Un bruit singulier relatif à la vaccination anticholérique, après avoir franchi les Pyrénées, il y a quelques années, courut vite par le monde pour impressionner beaucoup plus la gent laïque tout entière que nulle personnalité réfléchie tant soit peu compétente.

Voici que maintenant, sur le même sujet, de merveilleuses espérances propagées par la « méthode expérimentale » nous viennent coup sur coup des bords du Pont-Euxin et des rives du Léman : ici un vaccin chimique, prudemment entouré de réserves, il est vrai, quant à la permanence de son efficacité; là, encore un vaccin chimique, mais un vaccin triomphant, qui, marchant de front avec le pouvoir préventif indiscutable d'une culture non virulente, hardiment pénètre d'un bond à l'Académie des sciences sous le plus illustre patronage.

Cependant, la conviction ne s'impose pas à tous les esprits.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on conçoit sans trop de peine qu'une maladie dont une première atteinte confère l'immunité, sauf exceptions plus ou moins nombreuses bien entendu, comme la variole, on conçoit que cette maladie ait l'espoir de trouver un jour son préservatif en elle-même. Ainsi le futur inventeur du vaccin typhoïde aura son nom gravé dans la postérité. Mais comment admettre *a priori* qu'une affection à récidive puisse jamais en arriver là? C'est pourtant le cas du choléra. Ou la clinique a mal observé jusqu'à présent pour croire comme elle le fait à la possibilité d'atteintes subséquentes multipliées, ou force est de penser que la bienfaisante culture microbienne, que le toxique salutaire (mal en diminutif comme fragment du mal) possèdent chacun d'eux une faculté préservatrice supérieure à celle du tumulte morbide au grand complet; second terme du dilemme dont l'air paradoxal n'infirme point par bonheur son admirable vertu d'étouffer sûrement au germe toute épidémie à venir, dit-on.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 janvier 1889. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

COMMUNICATIONS

Tuberculose papillomato-crustacée. — M. BRISSAUD, en son nom et au nom de M. Gilbert, rappelle avoir présenté, en juillet 1887, un malade atteint d'une lésion à la fois papillomateuse et croûteuse de l'avant-bras survenue pendant l'évolution d'une tuberculose pulmonaire.

Tandis qu'ils considéraient cette lésion comme franchement tuberculeuse, la plupart de leurs collègues penchaient pour sa nature syphilitique. Plusieurs même semblaient considérer, comme sans grande valeur dans l'espèce, la présence des bacilles tuberculeux constatés dans la sérosité sanguinolente recueillie au-dessous des croûtes.

A notre avis, ajoute M. Brissaud, la présence des bacilles constituait, sinon une certitude, du moins une présomption légitime de tuberculose; d'autre part, nous connaissions quelques observations de tuberculose verruqueuse où une croûte épidermique masquait les saillies de la végétation papillaire (Riehl et Paltauf). Enfin, nous avions constaté la même altération de la peau chez trois malades tuberculeux et non syphilitiques, réunis par le hasard dans notre service à la même époque.

Or, un de ces malades vient de mourir par l'évolution de sa phthisie pulmonaire, et assez tardivement pour que la contre-épreuve par le traitement anti syphilitique ait pu être consciencieusement, mais vainement tentée.

L'examen histologique de la peau, au niveau de la lésion, a

montré qu'il s'agissait bien, comme nous le pensions, d'une infiltration tuberculeuse de la couche superficielle du derme, infiltration portant presque exclusivement sur la portion papillaire.

S'il fallait ranger ces observations dans une catégorie des dermatoses tuberculeuses, c'est au groupe des tuberculoses verruqueuses que nous penserions tout d'abord ; avec ce correctif, toutefois, que, pour être verruqueuse, la tuberculose n'en est pas moins capable de revêtir l'aspect d'un rupia, dès l'instant que l'épiderme corné, accumulé en couches épaisses, s'étale à la surface des papilles.

Cela prouve que les caractères objectifs, réputés suffisants pour différencier la syphilis de la tuberculose, sont souvent trompeurs et que le microscope peut rendre de réels services en pareil cas.

Le terme de tuberculose papillomato-crustacée, que nous donnons à nos observations, a l'avantage, s'il est peu euphonique, de définir exactement les faits auxquels il s'applique.

L'hospice des enfants assistés en 1888. — **M. SEVESTRE** fait une communication sur ce sujet, dans laquelle il démontre les excellents résultats obtenus par un rigoureux isolement pour la rougeole, et par la désinfection avec l'étuve pour la diphthérie (Voir plus haut, p. 134).

M. RICHARD demande à M. Sevestre si, aux Enfants-Assistés, la literie a été désinfectée en même temps que le linge.

M. SEVESTRE répond qu'elle l'a été, mais moins rapidement. Il ajoute que, ces jours derniers, des cas de diphthérie sont arrivés du service de chirurgie. Enquête faite, il a acquis la preuve que la désinfection voulue n'avait pas été pratiquée dans ce service.

M. OLLIVIER dit que la communication de M. Sevestre est une démonstration saisissante de ce que l'on peut obtenir en pareille matière par les seules ressources de l'hygiène et par l'isolement complet, réel. Malheureusement, il s'en faut que cela soit réalisé ou réalisable partout. Pour son service de l'hôpital des Enfants-Malades, l'isolement est une chose purement fictive, et la diphthérie reste ce qu'elle a toujours été.

Deux conditions la propagent dans les hôpitaux d'enfants, et on ne saurait trop y insister.

En premier lieu, les petits malades séjournent trop longtemps dans la salle des consultations, avant leur entrée. Beaucoup, qui n'ont rien ou presque rien, gagnent là, d'enfants diphthéritiques qui attendent eux aussi, cette terrible maladie et la remportent chez eux, pour la disséminer à leur tour.

En second lieu, quand l'admission est prononcée, on ne peut pas mettre les cas douteux dans une salle spéciale par l'excellente raison qu'une salle de ce genre n'existe pas. Il se produit donc cette chose déplorable, mais fatale, que des angines douteuses vont dans la salle des diphthéries, et que des angines diphthéritiques, que l'on ne peut encore diagnostiquer, sont envoyées dans les salles communes.

Pour parer à ce double inconvénient, il faudrait absolument obtenir : 1° une salle spéciale pour les cas douteux ; 2° un médecin chargé de la consultation et qui éviterait aux enfants l'attente dangereuse qui vient d'être signalée.

M. Ollivier prie ses collègues de vouloir bien s'unir à lui pour essayer d'obtenir de l'administration les réformes et les améliorations nécessaires. Il est inadmissible que diphthéries, scarlatines, rougeoles, coqueluches, soient mélangées, confondues, comme elles le sont à l'hôpital des Enfants-Malades. Un enfant entre là pour une maladie insignifiante, et il peut y gagner une, deux, trois et même quatre maladies sérieuses. Bien des morts sont imputables à cette promiscuité déplorable.

M. RICHARD dit que les résultats obtenus par M. Sevestre sont si encourageants qu'il faudrait pousser l'expérience avec la dernière rigueur. Dans cet ordre d'idées, des salles de rechange pour les enfants diphthéritiques rendraient de grands services.

M. SEVESTRE attribue les bons résultats qu'il a obtenus, non pas à l'isolement, mais à la désinfection par l'étuve. Il n'avait rien gagné avec le premier ; tout a changé avec la seconde.

M. CADET DE GASSICOURT fait observer que la situation est un peu meilleure à l'hôpital Trousseau qu'à l'hôpital des Enfants-Malades, dont vient de parler M. Ollivier, mais ce mieux ne date pas de loin, en tant qu'installation. En effet, il y a deux mois seulement qu'il existe une salle spéciale pour les angines suspectes. Il n'y a de salles d'isolement ni pour les scarlatines, ni pour les rougeoles. M. Cadet de Gassicourt a demandé des salles de rechange pour les scarlatineux et les rubéoleux. On les lui a promises. Pour la diphthérie, la chose est impossible, à moins qu'on ne construise.

Malheureusement, il n'y a pas de salle permettant de maintenir les enfants en surveillance. Tout est mélangé, on est donc loin, bien loin, à Trousseau, non pas seulement de ces installations merveilleuses que l'on trouve à l'étranger, en Russie surtout, mais encore de ce dont M. Sevestre peut disposer aux Enfants-Trouvés.

Du pouls capillaire dans les plaques d'urticaire. — **M. EDGAR HIRTZ** rappelle que le pouls capillaire a été signalé pour la première fois par Lebert, dans un cas d'insuffisance aortique.

Dans l'espace de cinq ans, il l'a constaté six fois au niveau de plaques ortiées. Il existe de la façon la plus manifeste autour des zones d'urticaire d'une malade actuellement dans son service et qui fut prise d'une éruption ortiée au déclin d'une attaque de rhumatisme articulaire généralisé, avec péricardite légère. Il apparaît lorsqu'on déprime très légèrement la peau au-dessus et au-dessous de la plaque d'urticaire.

Ce phénomène peut avoir une certaine valeur pour le diagnostic des dermatites congestives. On ne le rencontre ni dans les érythèmes simples, ni dans les fièvres éruptives.

La constatation de cette paralysie vaso-motrice vient à l'appui de l'opinion de Renaut (de Lyon) qui explique la forme arrondie de l'urticaire par l'atonie d'une artériole de distribution commandant un cône vasculaire particulier. Cette atonie est généralement d'ordre névro-paralytique.

L'urticaire semble donc bien être une véritable névrose vasomotrice, ou une dermatose angio-nerveuse.

M. DU CASTEL, en 1870, étant interne de M. Hérard, a constaté de la façon la plus manifeste, et à sa grande surprise, le pouls capillaire autour de toutes les papules d'un varioleux. Le phénomène ne dura que quelques heures, mais cela suffit pour penser qu'il n'est pas spécial à l'urticaire.

M. DE BEURMANN l'a observé également autour des plaques d'un érythème polymorphe. Il soumettra prochainement cette observation à la Société.

Injections sous-cutanées d'huile grise benzoïnée. — **M. EDGAR HIRTZ** a pratiqué récemment, pendant sa suppléance à l'hôpital de Lourcine, 139 injections sous-cutanées d'huile grise benzoïnée de Neisser. Chaque seringue renfermait environ 36 centigrammes de mercure. Sur ces 139 injections, il y a eu 15 fois formation d'infiltrats peu importants, mais jamais d'abcès ni de stomatites. Les résultats thérapeutiques ont été bons, remarquables même dans 5 cas.

La production des infiltrats — qui ont constitué une série toute fortuite — lui a paru liée soit à l'ancienneté de l'huile grise benzoïnée, soit à la brièveté de l'aiguille qui ne traversait pas toute l'épaisseur du bourrelet adipeux, souvent considérable chez certaines femmes. Aussi, depuis, il se sert d'aiguilles ayant 4 centimètres de longueur au lieu de 3.

Chaque malade soumise aux injections doit avoir une bonne dentition. Elle reçoit, dès le début du traitement, une brosse à dents et une poudre dentifrice formée de chlorate de potasse et de charbon, avec laquelle elle se nettoie deux fois par jour les dents et la bouche.

M. BALZER fait observer que les résultats obtenus par M. Hirtz sont encore meilleurs que les siens, car il a eu un plus grand nombre d'abcès.

Il croit, comme lui, que la longueur de l'aiguille de la seringue est chose capitale, car si on n'arrive pas dans les muscles avec l'injection, on a presque sûrement un abcès.

M. GUYOT n'a pas d'expérience pour les injections d'huile grise. Il a employé les peptonates de mercure; mais comme les injections de ce genre étaient fort douloureuses, il ajoute maintenant à chaque injection 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne; avec cette addition, la douleur est exceptionnelle.

M. HIRTZ dit que le grand avantage de l'huile grise benzoïnée, c'est qu'une injection reste efficace pendant quinze, vingt et même trente jours. C'est un avantage considérable avec une population aussi mobile que celle de Lourcine, dont les malades s'en vont pour un oui et pour un non, quand bon leur semble, et sans attendre d'être guéries.

M. DU CASTEL ajoute que quand on a la précaution de ne faire porter l'injection que dans les muscles, en évitant avec grand soin le tissu cellulaire sous-cutané, on est, comme l'ont dit MM. Balzer et Hirtz, à l'abri des abcès. Il s'en est assuré il y a déjà longtemps, alors que cette méthode était chose nouvelle et réputée hasardeuse, dans les injections d'éther qu'il pratiquait dans la variole. Il en est de même pour les injections mercurielles dans la syphilis.

Ectopie cardiaque. — **M. HUCHARD** présente un malade âgé de cinquante-deux ans qui offre, à l'épigastre, une tumeur ovoïde, non douloureuse, animée de battements, et qui, examinée au cardiographe, donne le tracé des battements cardiaques normaux. Le cœur ne bat pas à la place normale mais bien au niveau de l'épigastre et de la tumeur. C'est là, en tout cas, que les battements sont perçus au maximum. Tout porte donc à penser qu'il s'agit d'une ectopie cardiaque. Le malade s'en est aperçu il y a un an et demi seulement.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La diphthérie, son traitement antiseptique (1), par le docteur J. Renou (de Saumur).

« Parmi beaucoup d'autres mérites, ce livre a celui d'être le fruit d'une observation pratique et personnelle. Partout le lecteur y sent la conviction, l'ardeur même et aussi l'autorité du médecin qui connaît les diphthériques pour combattre chaque jour leur maladie. »

Cet éloge est tiré de la préface qu'a mise M. Grancher au livre du docteur J. Renou. Il le mérite certainement, cet éloge, et la remarquable préface, écrite par le professeur de clinique de l'hôpital de la rue de Sèvres, est pour ce travail consciencieux une juste recommandation.

M. J. Renou est persuadé que la diphthérie est une maladie générale dont la fausse membrane n'est que l'expression locale et symptomatique. Il a acquis cette conviction par l'observation de l'épidémie qui, depuis une quinzaine d'années, désole les environs de Saumur.

Les conditions de la propagation des épidémies à la campagne font qu'on peut souvent dissocier beaucoup mieux les éléments complexes de leur propagation. La contagion, la diffusion, suivant le temps et l'espace, la résistance des germes morbides s'y déduisent plus nettement que dans les villes, de l'observation clinique. Dans les grands centres, le jugement est rendu beaucoup plus difficile, l'observation beaucoup plus complexe. On lira avec intérêt les faits qui tendent à démontrer que le germe diphthérique ne jouit que d'un pouvoir très limité et assez lent d'extension. Il paraît s'attacher surtout aux habitations et se répand relativement peu. En revanche il est très résistant, et des années plus tard, dans les mêmes lieux, la diphthérie renaît faisant suite à une épidémie éloignée par un long intervalle de temps. Les microbes n'ont point perdu leur virulence.

M. J. Renou insiste surtout sur ce qui est de nature à faire considérer la diphthérie comme une maladie générale à détermination locale.

(1) Un volume in 8° : Prix : 6 francs. — Paris O Doin.

Ce n'est pas là une simple opinion philosophique dépourvue de sanction pratique. Bien loin de là, suivant, en effet, que l'on considère la fausse membrane comme l'accident primordial antérieure à l'infection dont il est en quelque sorte le laboratoire, ou qu'on se la représente comme la détermination localisée d'une infection antérieure, on est amené à agir d'une façon différente.

M. E. Grancher s'attaque avec vigueur à la fausse membrane. Il écouvillonne énergiquement la gorge avec un pinceau imbibé d'une solution très chargée d'acide phénique (5 à 10 grammes pour 10 grammes d'alcool; pour 20 grammes de véhicule). Convaincu qu'il faut le plus tôt possible détruire l'accident local, qu'il faut supprimer le foyer où s'élaborent les germes infectieux, il entreprend contre lui une lutte à outrance. Qu'importe la douleur causée au malade lorsqu'il s'agit de la vie!

M. J. Renou, au contraire, persuadé que la diphthérie est tout d'abord une maladie générale, s'attache avant tout au traitement général. Tonifier le malade, l'alimenter malgré lui, coûte que coûte, voilà deux indications capitales. Il y ajoute le séjour dans une atmosphère chaude, surchargée d'acide phénique. Une solution d'acide phénique au 1/20e est placée sur un fourneau de cuisine à pétrole à deux becs, dans un récipient quelconque. L'ébullition est ainsi continuée jusqu'à ce qu'on ait fait évaporer 1 gramme d'acide phénique par mètre cube et par vingt-quatre heures dans la chambre où se trouve le malade.

Sous cette forme, l'absorption de l'acide phénique est bien tolérée. On en diminue un peu l'évaporation si les urines deviennent noires, s'il y a quelque signe d'intolérance.

Beaucoup de médecins de la vallée de la Loire, si éprouvée par la diphthérie, de cette vallée à laquelle nous devons Bretonneau et Trousseau, ont adopté avec enthousiasme la méthode des vaporisations antiseptiques et surtout des vaporisations phéniquées. Les chiffres fournis par leurs statistiques sont des plus encourageants.

Nous avons, pour notre part, lu avec un grand intérêt le livre de M. J. Renou. La méthode qu'il préconise est de tous points digne d'être mise à l'épreuve sur une large échelle.

Souhaitons-lui le succès le plus grand!

De l'étiologie de la phthisie pulmonaire et laryngée et de leur traitement (1), par H. Libermann (de Strasbourg).

M. Libermann ne se dissimule pas qu'il fait œuvre hardie en heurtant de front les doctrines actuellement acceptées relativement à la nature de la phthisie pulmonaire. Il ne croit pas à l'action pathogène du bacille de Koch. Pour lui, la tuberculose pulmonaire est la conséquence d'une névrite du pneumogastrique.

De cette névrite, révélée par la douleur sur le trajet cervical du nerf et par la paralysie des cordes vocales, dépendent en première ligne les manifestations laryngées, la dysphonie souvent prémonitoire de la tuberculose. Que l'on intervienne à temps en portant l'action thérapeutique sur le nerf malade, en l'électrisant en particulier, et l'on arrêtera la maladie à ce premier stade : la tuberculose laryngée et pulmonaire ne se montrera pas.

Nous craignons fort que, malgré tous ses efforts et toute sa conviction, M. Libermann ne réussisse pas dans sa lutte contre la théorie bacillaire. Malgré cela, le fait de la paralysie des cordes vocales, de la douleur sur le trajet des pneumogastriques, comme phénomènes prémonitoires de la phthisie pulmonaire, méritent d'attirer l'attention. Même en admettant complètement la doctrine de l'infection bacillaire, il ne faut négliger l'étude d'aucune des conditions possibles de réceptivité.

Il est très possible que, dans certaines circonstances, une lésion des pneumogastriques puisse jouer un rôle dans l'établissement des lésions bacillaires, dans leur localisation, et dans la séméiologie de la maladie.

(1) Un volume in-8° : Prix : 2 fr. 50. — Paris, Georges Masson.

On lira avec fruit les conseils donnés par M. Libermann pour le traitement de la tuberculose confirmée. Signalons en particulier les observations qu'il a été à même de faire personnellement sur l'influence heureuse du séjour sur les hauts plateaux du Mexique.

Manuel d'hygiène militaire (1), par le docteur Ch. Viry.

Ce manuel est destiné à la fois aux médecins et aux officiers. Les médecins militaires pourront y chercher les éléments des cours d'hygiène qu'on leur demande dans les régiments; les médecins civils y trouveront les règlements qui concernent l'hygiène du soldat dans la caserne et en marche. Enfin, les officiers pourront, par la lecture de ce petit livre, se rendre compte des raisons scientifiques qui ont amené à formuler ces prescriptions; ils seront ainsi mieux disposés pour en assurer l'exécution.

Ce manuel nous paraît bien remplir le triple but que s'est proposé son auteur. Albert Mathieu.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

100. M. Voisine. Contribution à l'étude des ecchymoses cutanées consécutives aux maladies de la moelle. Un cas de purpura consécutif à la paralysie infantile. — 101. M. Depoix. Contribution à l'étude des épanchements chyliformes du péritoine. — 102. M. Daurios. Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital de la femme. — 103. M. Thévenin. Isolement dans les hôpitaux d'enfants. — 104. M. Estrabaud. De la dilatation de l'urèthre chez la femme pour extraire les calculs et les corps étrangers de la vessie. — 105. M. Widal. Étude sur les accidents infectieux d'origine puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle. — 106. M. Monnier. Hernie du diaphragme d'origine congénitale. — 107. M. Albarran. Rein des urinaires. — 108. M. Ballé. Étude botanique et thérapeutique de l'hysterioma Balahuet. — 109. M. Boiron. Le délire des paralytiques généraux et des faibles d'esprit. Contribution à l'étude du diagnostic de la paralysie générale. — 110. M. Guinon. Troubles urinaires de l'enfance. — 111. M. Gannet. Quelques cas de zona chez les paralytiques généraux. — 112. M. Castan. Curettage de l'utérus dans les rétentions placentaires. — 113. M. Piot. De la formation de la bosse séro-sanguine chez les fœtus morts. — 114. M. Moussoir. Le mal de mer et le sens de l'espace. — 115. M. Chopard. Néphrite gravidique. — 116. M. Dopont. Des naphthols et plus particulièrement du naphthol α dans le traitement de quelques affections oculaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 20 janvier 1889, M. Lenoir, médecin principal de deuxième classe, a été désigné pour l'hôpital de Villemanzy, à Lyon.

— Par décision ministérielle, en date du 26 décembre 1888, le prix du trousseau des élèves de l'École du service de santé militaire de Lyon, qui y seront admis comme candidats à quatre inscriptions, a été fixé à 1000 francs.

Le prix du trousseau sera réduit à 898 francs, pour les élèves reçus comme candidats à huit inscriptions; et à 867 fr. 65, pour les élèves reçus comme candidats à douze inscriptions.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 décembre 1888, le service de santé des établissements pénitentiaires du département de la Seine comporte :

1° Treize médecins ou chirurgiens (chiffre moyen d'indemnité, 1500 francs); — 2° deux médecins ou chirurgiens suppléant (chiffre d'indemnité, 600 francs); — 3° cinq aides internes, étudiants en médecine (chiffre d'indemnité, 1000 francs); — 4° trois infirmiers pharmaciens (chiffre moyen d'indemnité, 1200 francs); 5° deux aides-internes en pharmacie (chiffre d'indemnité, 800 francs).

— Par arrêté ministériel, en date du 24 janvier 1889, le service de santé des établissements pénitentiaires de la Seine est réparti comme suit :

Conciergerie : 1 médecin (service commun avec celui du Dépôt); — *Dépôt* : 1 médecin (service commun avec celui de la Conciergerie); — *Mazas* : 1 médecin; — *Santé* : 2 médecins, 2 internes en médecine, 1 infirmier pharmacien, 1 interne pharmacien; — *Sainte-Pélagie* : 1 médecin; — *Petite-Roquette* : 1 médecin (service commun avec celui de la Grande Roquette); — *Grande-Roquette* : 1 médecin (service commun avec celui de la Petite-Roquette); — *Saint-Lazare* : infirmerie spéciale : 5 médecins ou chirurgiens, 2 médecins ou chirurgiens suppléants; infirmerie normale : 1 médecin, 3 internes en médecine, 2 pharmaciens infirmiers, 1 interne pharmacien; — *Nanterre* : 1 médecin.

— *Concours d'agrégation de médecine.* — Séance du vendredi 1er février : M. Royer : « Troubles du système nerveux dans les maladies du cœur. » — M. Brault : « Des crises dans les maladies aiguës. »

Séance du lundi 4 février : M. Chantemesse : « De la désinfection comme moyen prophylactique des maladies transmissibles. » — M. Jeannel : « Pathogénie de la suppuration. »

Séance du mardi 5 février : M. Audry : « De la cachexie cardiaque. » — M. Marie : « De l'influence étiologique du froid dans les maladies. »

— Le Conseil supérieur de l'assistance publique a examiné, dans ses deux séances de vendredi et de samedi, la question de l'assistance médicale dans les campagnes. Après une intéressante discussion, le Conseil a pris les résolutions suivantes :

I. — Les communes, à défaut de la famille, doivent l'assistance aux nécessiteux malades qui y ont leur domicile de secours. Plusieurs communes peuvent s'associer en syndicat pour remplir ce devoir social.

II. — Il devra exister, dans chaque commune ou syndicat de communes, un bureau d'assistance publique.

III. — Dans chaque département, le Conseil général détermine, au mieux des convenances locales, le mode de fonctionnement du service de l'assistance médicale aux indigents. Ce règlement devra être approuvé par le ministre de l'intérieur, après avis du Conseil supérieur de l'assistance publique.

IV. — Les communes ou syndicats de communes, qui justifieront remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs indigents malades, pourront être autorisés, par une décision spéciale du ministre de l'Intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur, à avoir une organisation spéciale.

V. — Chaque année, le Conseil général fixe la part contributive des communes dans les dépenses d'assistance de leurs malades indigents, et la part contributive du département.

Il devra tenir compte des ressources de chaque commune et du nombre d'indigents porté par elle et sur la liste de ceux qui devront recevoir gratuitement les secours médicaux ou pharmaceutiques.

VI. — Les dépenses qui résulteront pour les communes de l'application de l'article précédent sont obligatoires et pourront être imposées d'office, conformément à l'article 149 de la loi du 5 avril 1884.

VII. — La liste des indigents admis à recevoir gratuitement les secours médicaux ou pharmaceutiques est préparée par le Conseil municipal.

VIII. — Au cas où un département n'aurait pas, dans le délai fixé, organisé son système d'assistance, le gouvernement devra lui imposer d'office un règlement.

Les dépenses, résultant pour les départements de l'application

(1) Un vol. in-18 de 315 pages. Prix : 4 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

du règlement fait par le Conseil général ou imposé au département par le gouvernement en exécution du paragraphe précédent, sont obligatoires pour lesdits départements et peuvent leur être imposées d'office dans les conditions de l'article 61 de la loi du 10 août 1871.

Il y a donc lieu de préparer, à cet effet, un règlement modèle.

IX. — En ce qui concerne les secours à domicile, la section recommande, dès à présent, les principes sur lesquels repose le système dit « vosgien ».

X. — L'assistance médicale doit être organisée de telle sorte que chaque commune soit rattachée à un dispensaire et à un hôpital. Les malades ne doivent être hospitalisés qu'en cas de nécessité.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Le concours de l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Cassoute, Lartail, Reynès, Astaneau, Pascal, Rossi, Cossa, Clément, Raynaud, Zuccarelli, Bathelot et Engelhart.

— *Facultés de médecine.* — MM. Gayet et Poncet sont désignés par la Faculté de médecine de Bordeaux, et MM. Bertin et Lannegrace, par la Faculté de médecine de Montpellier, comme délégués au Conseil général des Facultés.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le docteur Magnin est nommé professeur d'histoire naturelle.

M. le docteur Charbonnel-Salle est nommé professeur de physiologie.

M. Bornier, professeur de physiologie, est transféré dans la chaire d'hygiène et thérapeutique, en remplacement de M. Chenevier, décédé.

— *Muséum.* — M. Depoursagues est nommé préparateur près la chaire de zoologie (mammifères et oiseaux).

— Il est créé un laboratoire de psychologie physiologique à l'École des hautes-études (section des sciences naturelles). M. le docteur Beaunis est nommé directeur dudit laboratoire.

— La Faculté de médecine de Montpellier prépare la célébration de son centenaire. Le conseil municipal de la ville a déjà voté une somme de 10000 francs.

— M. le docteur Dron est nommé médecin-adjoint du lycée de Tourcoing (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boyer (de Lorris); Benoist (de Saint-Nazaire); Clochard (de Rocheservière); Jules Honorat (de Vienne), et Peulevé (d'Amiens).

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, le samedi 9 février, à huit heures et demie très précises du soir : « L'Empire d'Annam ; son organisation sociale et politique », par M. le docteur de Lanessan, agrégé de la Faculté de médecine.

Sulla esfoliazione areata della lingua, del dottore Vittorio Mibelli. — In-8° con due tavole litografiche. — Milano, 1889, tipografia Bortolotti di Giuseppe Prato.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 16. — JEUDI 7 FÉVRIER 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 7 FÉVRIER 1889. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est avec une vive satisfaction que nous avons entendu aujourd'hui M. Lancereaux faire, devant l'Académie, le procès des poêles mobiles. Ayant nous-même constaté plusieurs fois des accidents graves causés par l'usage de ces poêles ou de moyens de chauffage analogues, les condamnant partout où nous les trouvions, surtout dans les petits logements où ils sont le plus dangereux, nous déplorions d'être si peu écouté et de voir, au contraire, l'usage de ces poêles se répandre de plus en plus, malgré tous les avis des conseils d'hygiène, malgré la relation de nouveaux accidents chaque jour signalés dans les journaux. Nous nous plaisons à espérer que l'Académie, dont les travaux ont aujourd'hui tant de retentissement, sera plus heureuse et que la voix autorisée de M. Lancereaux sera mieux écoutée. Dans cette importante communication, que nous donnons *in extenso*, M. Lancereaux a publié plusieurs exemples d'empoisonnement et décrit les deux formes, aiguë et chronique, de l'intoxication oxycarbonée. Il termine par des conclusions très sages, trop sages même à notre avis, qui vont devenir le point de départ d'une discussion. MM. Brouardel et Gautier sont venus appuyer les conclusions de M. Lancereaux et ont communiqué à l'appui plusieurs faits intéressants. D'après ces faits tous les hygiénistes et les médecins doivent aujourd'hui s'accorder à combattre énergiquement, non seulement les poêles mobiles, mais aussi le mode de chauffage des voitures par des briquettes.

M. Cornil a communiqué les résultats d'intéressantes recherches expérimentales de M. Lœwenthal relativement à l'action du salol sur le bacille du choléra. Signalons aussi deux lectures : l'une de M. Blache, sur l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine ; et l'autre de M. Terrillon, sur une curieuse observation de néphorrhaphie, lecture dont on trouvera le résumé au compte rendu.

Enfin, M. Lavaux, dont nous avons publié l'année dernière un intéressant travail sur le lavage de la vessie (1), a lu une note sur les « Résultats éloignés de l'électrolyse linéaire appliquée au traitement des rétrécissements de l'urèthre ».

Ce travail nous semble absolument prématuré, en tant qu'il vise les observations publiées par M. Fort. Il faut des années pour juger la question de récidive. L'électrolyse pratiquée par M. Fort n'est pas du tout celle que pratiquaient Mallez et Jardin : on ne peut donc s'appuyer sur les insuccès de ces deux praticiens pour juger l'opération à l'étude.

M. Lavaux, à l'électrolyse linéaire, à l'uréthrotomie interne et à la divulsion, préfère la dilatation rapide. Entre les mains de M. le professeur Guyon, l'uréthrotomie interne donne des résultats merveilleux ; l'électrolyse linéaire nous semble plus à la portée de tous les praticiens ; nous rejetons tous les moyens de force, et le chef éminent de l'École de Necker ordonne, avant tout, la douceur dans toutes les manœuvres sur l'urèthre.

Nous recevons, ce matin même, de Bordeaux, une observation d'électrolyse linéaire pratiquée par M. Fort sur un de nos confrères. Nous publierons cette observation, nous bornant aujourd'hui à reproduire ce passage de la lettre d'envoi : « J'espère que vous jugerez le cas digne d'attirer l'attention de vos lecteurs et capable de leur faire juger, à sa valeur, ce procédé dont les heureux résultats sont si rapides et l'innocuité absolue. »

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 990, 1020, 1044, 1046, 1082.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'empoisonnement oxycarboné par les poêles mobiles.

Par M. le docteur E. LANCEREAUX, médecin de la Pitié.

La fréquence, relativement grande, des accidents causés par les vapeurs qui se dégagent des poêles, et particulièrement des poêles mobiles, me conduit à vous parler de plusieurs cas de mort qui sont venus à ma connaissance. La chose me paraît d'autant mieux indiquée que, d'une part, le public a tout intérêt à connaître les dangers auxquels il s'expose, en faisant usage de ces poêles, et que, d'autre part, l'Administration doit être prévenue, afin qu'elle puisse prendre les précautions nécessaires à la protection de la santé publique.

Un homme robuste, âgé de trente-huit ans, est apporté dans mon service le 9 décembre dernier ; il est sans connaissance et dans un profond coma. A gauche, ses membres sont flasques et dans un état de complète résolution ; à droite, il existe un peu

de raideur du membre supérieur. Les réflexes et la sensibilité générale sont conservés et même un peu exagérés. Pouls fréquent; température 38 degrés; respiration assez libre. La face n'est pas déviée, mais les globes oculaires regardent en haut et présentent du nystagmus. La mâchoire est fortement serrée, la langue porte des marques de morsure. Les vêtements laissent voir des traces de vomissements.

Les renseignements, fournis par le beau-frère du malade, nous apprennent que celui-ci a été trouvé dans cet état sur son lit, après avoir été soumis pendant la nuit aux vapeurs d'un poêle manivelle, et que sa fille, âgée de neuf ans, qui subit l'action de ces mêmes vapeurs dans un lit voisin, en était morte.

Un traitement énergique fut institué : poudre d'écorce d'ipécacuanha, piqûres d'éther, inhalations d'oxygène, stimulants divers.

Le 10 décembre au matin, l'aspect du malade est celui d'un homme qui vient de s'éveiller. Sorti du coma hier à deux heures, il se sent courbaturé, et il fait entendre une toux sèche gutturale. Il a passé la nuit comme assoupi, se plaint de rêvasseries, ne se souvient pas de ce qui s'est passé. Il sait que c'est son poêle qui l'a rendu malade, parce qu'on le lui a dit.

Température 38 degrés; pouls 60; potion éthérée; inhalations d'oxygène.

Le 11 décembre, idées nettes, parole facile, mais persistance de la céphalalgie, inappétence. Le malade est incapable de se lever.

Le 12 décembre, le mieux s'accentue; la sensibilité est normale, légèrement exagérée à la douleur; les réflexes ont reparu. Le malade, que nous avons fait lever ce matin, peut à peine rester debout, il se sent mal équilibré et ne pourrait retourner chez lui. Nous le conservons encore quelques jours dans le but de savoir s'il ne se produira pas quelques désordres du côté des nerfs périphériques, ainsi que cela se voit fréquemment à la suite de l'empoisonnement aigu par l'oxyde de carbone.

Cet homme habitait, au premier, un appartement de trois pièces et d'une cuisine. Il avait acheté, il y a une huitaine de jours, un poêle manivelle qui était habituellement installé dans la salle à manger, et que le soir on roulait dans les chambres pour les réchauffer.

La veille de l'accident, avant de se mettre au lit, vers onze heures du soir, ce poêle fut renfermé dans une chambre de débarras, contiguë à celle où l'enfant B... couchait ainsi que son père. La porte de communication fut fermée. La femme, malade depuis quelque temps, couchait avec son autre enfant, dans une troisième pièce donnant sur la rue, et séparée de la chambre à coucher du père par une autre chambre en forme de couloir de plusieurs mètres de long. Les portes des deux chambres à coucher étaient closes, ainsi que celle de la cuisine, où la bonne était couchée.

Le matin, à sept heures, Mme B... se réveille ainsi que son enfant, en proie à un violent mal de tête; elle entre dans la chambre de son mari et le trouve gisant sur le parquet, et sa fille morte dans un lit voisin. La bonne était, de son côté, très souffrante. A l'étage au-dessus, on dit avoir entendu des appels vers les quatre heures et demie, auxquels on n'attacha pas d'importance.

Le poêle était à grand tirage, car la clef du tuyau d'abouchement se trouvait ouverte au maximum. Le cendrier était complètement fermé et les bouches de chaleur ouvertes toutes les trois. La plaque mobile de la cheminée présentait un peu de jeu dans sa partie droite, où elle ne joignait pas tout à fait avec le bord inférieur du tablier fixe. Telle était la disposition des lieux dans ce cas particulier. Elle était un peu différente dans les deux faits qui suivent.

Le 5 janvier 1888, M. le docteur Schmidt, ancien interne des hôpitaux, m'appelait en consultation, pour un malade d'une trentaine d'années, qui se mourait asphyxié par l'oxyde de carbone, dans les conditions suivantes : le 2 janvier, après un repas copieux, cet homme et un de ses camarades s'étaient couchés dans une chambre assez petite, donnant sur un escalier, et dans laquelle avait été transporté un poêle mobile, dont le couvercle ne fermait pas hermétiquement. Le lendemain, comme on ne les voyait pas paraître, la porte de cette chambre fut ouverte par le serrurier, et le plus jeune de ces deux hommes fut trouvé mort sur le parquet, l'autre, plus âgé, et pour lequel on m'avait appelé, succomba dans la nuit.

Les effets de l'empoisonnement oxycarboné ne sont pas toujours aussi terribles, ainsi que le prouve l'exemple suivant :

Une jeune personne de dix-huit ans, robuste et bien constituée, est admise, dans notre service, le 8 janvier dernier, pour une affection des jambes. Elle raconte que, depuis une huitaine de jours, elle est fatiguée, courbaturée et sans appétit. Ces accidents auraient débuté assez brusquement, elle aurait éprouvé tout d'abord quelques frissonnements, puis des sensations d'engourdissements dans les deux jambes, de la difficulté dans la marche et enfin un œdème notable, d'abord dans la jambe droite, puis bientôt après dans la jambe gauche. Le 9 janvier, cette jambe comparée à sa congénère est le siège d'une tuméfaction manifeste. La peau qui la recouvre offre une teinte rougeâtre livide; une pression lente et modérée, à l'aide du doigt, au niveau des parties déclives et à la région antérieure du tibia, laisse une dépression qui met hors de doute l'existence d'un œdème assez ferme et légèrement douloureux. Cet œdème, à peine marqué au pied, s'étend à toute la jambe et à une partie de la cuisse. La jambe droite, moins livide et moins tuméfiée, laisse cependant une empreinte du doigt appliqué à la région antérieure du tibia. La sensibilité de ces membres est peu ou pas modifiée, les réflexes ne sont pas exagérés, mais la malade y perçoit toujours quelques sensations d'engourdissement. L'abdomen, normal, ne présente aucun point hystérogène, la jeune malade d'ailleurs n'a jamais eu d'attaques de nerfs ; elle continue à avoir de l'inappétence, mais son estomac et ses autres organes, d'ailleurs, sont normaux. Elle se plaint quelquefois de vertiges et de céphalée.

Notre diagnostic, dans ce cas particulier, fut *œdème nerveux*, car il ne pouvait s'agir ni d'un œdème passif, ni d'un œdème inflammatoire. Mais il restait à déterminer la cause de cet œdème, et tout d'abord l'idée nous vint de la possibilité d'un œdème toxique; puis, vu le siège de cet œdème différent de celui des alcooliques, presque toujours localisé aux pieds, je me trouvai conduit à soupçonner l'existence d'un empoisonnement oxycarboné. Notre jeune malade, interrogée sur ce point, répondit qu'en effet, un poêle mobile avait été placé dans sa chambre à coucher il y a une quinzaine de jours, et qu'elle éprouva, vers le milieu de la nuit, de violents maux de tête, des étourdissements et un anéantissement général. Huit jours plus tard, elle perdait l'appétit, sa langue se couvrait d'un dépôt blanchâtre ; elle était prise de sensations d'engourdissement et de fourmillements, puis d'un œdème des deux jambes. En présence de ce fait absolument semblable à plusieurs cas d'intoxication oxycarbonée observés par nous (1) il y a huit ans, je n'hésitai pas à diagnostiquer un œdème consécutif à cette même intoxication. Je prescrivis 2 grammes de poudre d'ipécacuanha, une potion éthérée, un bain et des frictions. Peu à peu l'appétit revint, l'œdème diminua et, le 18 janvier, notre malade demandait sa sortie ; elle était beaucoup mieux, sinon totalement guérie.

Tels sont les faits d'intoxication oxycarbonée qui, dans ces derniers temps, se sont présentés à mon examen. Rapprochés des observations que nous avons publiées en 1882, où il s'agissait de cuisinières ou de blanchisseuses exposées, par leur profession, aux vapeurs de charbon, ces faits nous conduisent à penser que l'empoisonnement par le charbon est loin d'être rare ; mais si nous nous en rapportions aux

(1) Voyez *Union médicale*, 1882, et *Leçons de clinique médicale*.

journaux, nous serions tentés de croire que chaque jour, dans la saison où nous sommes, une ou plusieurs personnes succombent à cette même intoxication et, ce qui nous paraît surtout regrettable, c'est le peu d'attention que l'on donne à ce genre de mort, lorsqu'il est le fait d'une imprudence et non celui d'un suicide.

Aussi, nous avons cru qu'il y avait lieu de faire connaître les conditions dans lesquelles surviennent journellement ces empoisonnements.

Les recherches de Leblanc qui remontent, comme on le sait, à l'année 1842, ont nettement établi que le produit réellement dangereux de la combustion du charbon est l'*oxyde de carbone*, puisqu'un moineau, plongé dans une atmosphère qui renferme 1 millième de ce gaz, ne tarde pas à succomber, et qu'un chien meurt lorsque l'air qu'il respire en renferme de 2 à 3 millièmes. Une très faible proportion d'oxyde de carbone dans l'air suffit donc pour tuer un animal; conséquemment nous devrions faire tous nos efforts, pour éviter que ce gaz ne vînt à se répandre dans les appartements où nous vivons. Malheureusement, il n'en est rien, c'est même le contraire qui a lieu, surtout depuis ces dernières années où l'on s'est appliqué à répandre, sous prétexte d'économie de combustible, l'usage des poêles à faible tirage. Tous ces poêles, dits encore poêles mobiles, ont pour but de donner une combustion lente, continue, et d'être transportables. La mobilité s'obtient en garnissant le poêle d'un soubassement à roulettes; la continuité, en chargeant, toutes les douze heures avec du coke et toutes les vingt-quatre heures avec de l'anthracite, le cylindre intérieur du poêle. Quant à la lenteur, elle est l'effet du mode suivant lequel s'opère le tirage, et comme, dans ces poêles, on cherche à réaliser une économie de combustible, il en résulte que l'appel d'air est aussi faible que possible, car, moins il entre d'oxygène dans le poêle, et moins on brûle de combustible (1).

Les recherches anémométriques de notre distingué collègue, M. le docteur Vallin, l'ont en effet conduit à reconnaître que, dans un poêle mobile ordinaire, le tirage ne fait arriver au foyer que 4 mètres cubes d'air par kilog de coke brûlé, quand cette quantité combustible exige 9 mètres cubes d'air pour que tout le carbone soit transformé en acide carbonique et alors, vous le comprenez, le produit de la combustion est surtout de l'oxyde de carbone. Aussi, peut-on dire sans exagération, des poêles en question, qu'ils sont des foyers de production de ce gaz toxique, et que, plus ils sont économiques, plus ils sont dangereux. La preuve en est, d'ailleurs, dans le rapprochement des analyses, faites par M. Boutmy, des gaz de combustion provenant d'un poêle dit américain, et de celles faites par Angus Smith des vapeurs se dégageant d'une cheminée d'appartement.

Ces analyses ont, en effet, donné les résultats suivants :

	POUR LES GAZ provenant de la cheminée.	POUR LES GAZ fournis par le poêle américain.
Acide carbonique.	6	9,34
Oxyde de carbone	1 à 3	16,70
Oxygène	12	0
Azote, hydrogène, eau. .	80	73,95
	100	99,99

La différence des produits de combustion saute aux yeux, et si l'on s'en rapportait à ces analyses comparatives on devrait dire que le poêle américain est, au point de vue où nous nous plaçons, quatorze fois plus dangereux que la cheminée.

Les poêles mobiles se composent en général de deux cylindres concentriques entre lesquels existe un manchon vide, une sorte de chambre que l'on pourrait appeler une chambre de sûreté, si certains constructeurs n'avaient eu la fâcheuse idée d'en annihiler le rôle, en perçant sur le cylindre extérieur des ouvertures, dites bouches de chaleur.

Le cylindre intérieur, en fonte ou en tôle, reçoit le combustible; il est fermé par un premier couvercle en anneau reçu dans une gorge ou rainure formée à la partie supérieure par la réunion du cylindre intérieur et du cylindre extérieur. Cette rainure est remplie de sable fin qui a pour but, prétend-on, de rendre la fermeture hermétique.

La prise d'air existe à la partie inférieure du poêle, mais on comprend que la colonne de coke intérieure se trouvant surchauffée par le foyer inférieur, il en résulte, ainsi que le fait remarquer notre collègue M. le docteur Vallin, des phénomènes de dissociation comme dans les hauts fourneaux, c'est-à-dire de transformation d'acide carbonique en oxyde de carbone. Ainsi appel d'air insuffisant, transformation des gaz à travers une colonne de coke considérable, telles sont les défectuosités techniques des poêles mobiles.

Ajoutons, à ces inconvénients, ceux non moins considérables qui peuvent résulter de l'échappement des gaz. Leurs causes multiples sont : l'adaptation imparfaite du couvercle, la mauvaise disposition de la plaque mobile et, enfin, le refoulement des vapeurs de charbon. Il suffit de la présence d'un fragment de coke, d'une pierre dans le sable, de l'oxydation avec perforation du couvercle, ou de toute autre circonstance, pour que la fermeture du poêle ne soit pas hermétique et que les gaz puissent s'échapper. Les plaques mobiles, malgré tous les soins que l'on apporte à leur ajustement, laissent parfois filtrer les gaz, quand surtout elles ne présentent qu'un seul orifice pour le tuyau du poêle sans ventouse inférieure. Le refoulement des gaz se conçoit facilement pour les poêles mobiles pourvus d'un tuyau muni d'une valve incapable d'obturer complètement son calibre.

Mais, dira-t-on, si on ne couche pas dans la pièce où se trouve le poêle mobile, est-on à l'abri de l'empoisonnement? L'exemple que j'ai rapporté plus haut est une preuve du contraire, soit que les gaz filtrent à travers les interstices des portes, soit qu'ils se trouvent refoulés par les cheminées. Quand on transporte le soir un poêle mobile dans une chambre voisine de celle où l'on couche, les vapeurs de ce poêle rencontrent, aujourd'hui surtout, dans les maisons neuves où l'on n'applique plus de ventouses aux cheminées, un courant d'air descendant; la ventilation d'une cheminée se faisant très souvent par la cheminée voisine. Ainsi vous chauffez une cheminée toute la journée, il s'établit par celle d'à côté et les maljoints des portes et fenêtres un courant d'air froid de haut en bas, tandis que vous avez dans la cheminée chauffée un courant de bas en haut. Le poêle, déplacé le soir, se trouve soumis au premier courant d'air, celui de haut en bas, et comme il n'a qu'un courant

(1) M. F. Gautier, cité par M. Vallin, a montré dans un travail intéressant (*Études sur le chauffage industriel dans le génie civil*, 8 novembre 1883, p. 91), que la température obtenue avec les divers combustibles, quand on n'emploie que la quantité d'air strictement nécessaire pour la combustion complète, est double de ce qu'elle est quand on double ce minimum.

d'air chaud très faible, ainsi qu'il résulte des recherches anémométriques de M. Vallin, l'air chaud rencontre le courant d'air froid qui refoule les gaz dans la chambre et dans l'appartement, appelé qu'il est par la persistance du premier courant de ventilation et la différence de température des deux pièces. A la vérité, il suffirait d'une petite quantité de feu dans la cheminée où le poêle se trouve placé en dernier lieu, pour établir le courant voulu, mais quand on se sert de poêles mobiles, on est peu disposé à faire du feu dans les cheminées.

Notons encore que, s'il existe des fissures et des communications entre les cheminées de deux appartements voisins, des dangers peuvent exister pour les personnes des étages supérieurs ou même des étages inférieurs ; c'est ainsi que l'un de nos confrères se plaint, en ce moment, d'être empoisonné par les vapeurs d'un poêle situé à un étage supérieur au sien, et que l'un de mes éminents collègues du Conseil de salubrité nous racontait, il y a quelques jours, que son fils avait subi les effets d'une intoxication oxycarbonée produite par la vapeur d'un poêle placé à l'étage inférieur.

L'empoisonnement à distance par les poêles mobiles a d'ailleurs été signalé par MM. Boutmy et Henri de Boyer, et, hier même, un médecin distingué, M. le docteur Ducor, m'en rapportait un nouveau fait.

Il est enfin un dernier danger, qui est rare dans l'espèce, car il résulte de la température élevée du foyer de combustion. On sait que la fonte se laisse traverser à une température élevée par les gaz et surtout par l'oxyde de carbone. Le cylindre extérieur des poêles mobiles a pour but de remédier à cet inconvénient en créant une chambre à enveloppe externe, mais c'est à la condition que cette enveloppe ne sera pas percée d'orifices dits bouches de chaleur, comme dans le poêle qui a intoxiqué l'un de nos malades, car les orifices permettent alors aux gaz de s'échapper de l'appartement.

En résumé, les poêles économiques ou poêles mobiles si répandus à l'heure actuelle reposent sur un principe défectueux au point de vue de l'hygiène et offrent, pour la raison que nous avons indiquée, des dangers sérieux qui ne peuvent être vus d'un œil indifférent.

Les accidents, produits par la vapeur de charbon ou mieux par l'oxyde de carbone, sont les uns aigus, les autres chroniques.

Nous avons rapporté tout à l'heure plusieurs exemples d'accidents aigus et n'avons cité qu'un seul cas d'intoxication chronique ; cette intoxication cependant n'est pas moins importante à connaître que la précédente : elle tue moins fréquemment, sans doute, mais elle donne lieu à des désordres dont la cause échappe souvent et peut induire le médecin en erreur. A côté de l'œdème dont il est question dans l'un de nos cas, signalons l'existence de paralysie bien étudiée par l'un de nos savants collègues, M. le docteur Bourdon, de névralgies et de névrites dont Leudet a cité plusieurs faits, de troubles vaso-moteurs, d'eschares, d'éruptions bulleuses et enfin de désordres intellectuels, sorte de folie, sur laquelle Moreau de Tours fils a publié un intéressant travail ; qu'une céphalée plus ou moins intense, ordinairement accompagnée de torpeur, de vertiges, parfois même d'une toux trachéale, puis un état chloro-anémique persistant sont les signes les plus habituels d'une intoxication faible par l'oxyde de carbone. Ces accidents s'observent non seulement chez l'adulte, mais plus facilement encore chez l'enfant, et l'on comprend toutes les difficultés du diagnostic en pareil cas.

Un fait rapporté par notre savant collègue, M. le docteur Cadet de Gassicourt, en est un exemple frappant.

Un enfant de vingt jours, né à terme et très vigoureux, avait une nourrice excellente et se développait à souhait, lorsque tout à coup il pâlit, refusa de téter et tomba dans un état d'inertie de plus en plus absolu, avec tendance invincible au sommeil.

Les yeux étaient à demi clos, la face et les lèvres pâles, le pouls faible, un peu lent, la respiration ralentie, la sensibilité émoussée, la température normale ou même un peu basse. Pour expliquer ces phénomènes, il n'existait aucune lésion locale ; mais, depuis deux nuits, le bébé couchait dans une pièce voisine de la salle à manger où brûlait en permanence un poêle Choubersky.

Un bain sinapisé, des frictions, l'aération de l'appartement et l'éloignement du poêle furent, avec l'alimentation artificielle, les moyens à l'aide desquels ce jeune enfant put revenir à la vie.

Nous n'essaierons pas de faire connaître ici tous les accidents que peuvent produire les vapeurs de charbon répandues en petite quantité dans nos appartements ; mais il nous est impossible de terminer cette communication sans dire quelques mots du mode d'action de l'oxyde de carbone sur l'organisme.

Les belles recherches de Claude Bernard ont en effet démontré, de la façon la plus nette, que le globule rouge est l'élément histologique sur lequel se fixe ce gaz pour former avec l'hémoglobine un composé fixe, tellement stable, qu'on peut le faire cristalliser (Hoppexciter). Or, comme l'hémoglobine, qui a pour fonction d'absorber et de porter, dans le torrent de la circulation, les gaz indispensables à l'entretien de la vie, offre une affinité plus grande pour l'oxyde de carbone que pour l'oxygène, il en résulte que, dans une atmosphère qui renferme ces deux gaz, c'est l'oxyde de carbone qui prend la place de l'oxygène, d'où une sorte de paralysie des hématies et par suite les phénomènes variables aigus ou chroniques de l'intoxication oxycarbonée. Un animal, placé dans un espace chargé d'oxyde de carbone, ne tarde pas à tomber foudroyé, par ce fait que son sang est bientôt saturé de ce gaz ; c'est à peu près le cas des personnes qui placent, dans leur chambre à coucher, des poêles mobiles dont le couvercle est mal ajusté, et nous savons que, si plusieurs individus se trouvent dans la même pièce, ce sont toujours ceux qui ont le plus besoin d'oxygène, c'est-à-dire les plus jeunes, qui succombent le plus rapidement. Si, au contraire, l'air respiré ne renferme que des traces de ce gaz délétère, la saturation est beaucoup plus lente et la fonction des globules ne se perd que peu à peu. Alors survient une anémie lente, qu'accompagnent souvent d'autres phénomènes ; les malades se trouvent en quelque sorte dans les conditions de la soustraction d'une partie de leur sang. Les globules intoxiqués ne peuvent plus absorber autant d'oxygène qu'à l'état sain, d'où une diminution dans la quantité de ce gaz introduite dans l'économie, et, par cela même, une diminution dans l'action que ces globules sont chargés de remplir. Ce dernier genre d'intoxication, assez commun chez les repasseuses et les cuisinières, s'observe le plus souvent, ainsi que nous avons pu le voir, chez les personnes dont les appartements sont chauffés par des poêles mobiles.

J'ai tenu à appeler l'attention du corps médical sur les phénomènes, parfois inaperçus, de l'empoisonnement oxycarboné, et celle des pouvoirs publics sur les dangers du

chauffage par les poêles à combustion lente, qui, par raison d'économie, se trouvent aujourd'hui dans la plupart de nos habitations. Il m'a semblé que la question du chauffage par les poêles méritait d'être étudiée dans cette enceinte, et, pour ce motif, j'ai cru devoir la poser à cette tribune. Je laisse à mes collègues le soin d'indiquer, aux autorités compétentes, les mesures propres à éviter les dangers qui, chaque jour, menacent l'existence de nos concitoyens.

Les mesures que vous me permettrez de proposer sont les suivantes :

1° N'autoriser la vente des poêles, qu'à la condition que le tirage soit suffisant pour transformer tout le carbone en acide carbonique et s'opposer ainsi à la formation de l'oxyde de carbone;

2° N'autoriser l'ajustement du tuyau d'un poêle mobile à une cheminée quelconque, qu'à la condition que cette cheminée ait un tirage convenable et suffisant pour le dégagement facile des vapeurs;

3° Exiger, avant la pose d'un poêle, l'examen des cheminées voisines, de façon à éviter le refoulement ou la filtration des gaz d'une cheminée dans une autre, et à préserver les intéressés ou leurs voisins de l'empoisonnement oxycarboné à distance;

4° Prévenir le public du danger qu'il court en laissant séjourner, la nuit, un poêle à combustion lente, dans une chambre où l'on couche, ou même dans une chambre voisine.

INFÉRIORITÉ PATHOLOGIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE LA MOITIÉ GAUCHE DU CORPS HUMAIN

Par M. Henry Duchenne, externe des hôpitaux de Paris.

1° Lorsqu'une lésion unilatérale frappe les organes pairs symétriques du corps humain, en vertu d'une prédisposition pathologique manifeste, le gauche est plus fréquemment atteint que le droit.

C'est ainsi que :

Cerveau. — L'artérite oblitérante affectionne l'artère sylvienne gauche.

Poumons. — L'infiltration tuberculeuse a son siège de prédilection au sommet gauche, la pneumonie au poumon gauche.

Reins. — La néphrite calculeuse, le kyste du rein atteignent surtout le rein gauche.

Ovaires. — L'ovarite, l'hyperesthésie ovarienne se montrent à gauche.

Testicules. — L'orchite affecte le gauche.

Cordon spermatique. — Varicocèle à gauche.

Système nerveux. — La névralgie intercostale, l'hémianesthésie hystérique et la contracture, l'hémichorée apparaissent à gauche.

Mamelles. — Le cancer du sein attaque la mamelle gauche.

Face. — Le bec de lièvre unilatéral est gauche.

Membres inférieurs. — La tarsalgie des adolescents siège à gauche.

2° Essai d'une explication de l'infériorité physiologique de la moitié gauche du corps humain.

Le cœur, ce viscère dont l'importance physiologique n'a point échappé aux êtres même les plus grossiers de tous les temps, devait être protégé, dans la marche et dans la lutte, par l'activité du membre supérieur droit armé ou non contre les violences extérieures, laquelle activité entraîne celle du membre inférieur droit et de la portion correspondante du tronc. La moitié gauche du corps se trouve, par là même, dans un état de passivité relative.

Cette activité mécanique sollicite une activité nutritive.

Cette passivité mécanique aboutit à une passivité nutritive, qui engendre une sorte de misère physiologique, c'est-à-dire de prédisposition pathologique.

L'hérédité n'est peut-être point tout à fait en dehors de la question, car, bien plus qu'à l'époque actuelle, c'est aux âges reculés, où les combats corps à corps étaient multipliés et les autres moyens de préservation illusoires, que cette activité droitière pouvait être utilement développée.

THÉRAPEUTIQUE

De la créosote.

Par M. le docteur Achenne.

La créosote, découverte en 1830, par Reichembach, fut tout d'abord l'objet d'un certain engouement, bientôt suivi d'un abandon à peu près complet.

La difficulté que les médecins éprouvèrent à obtenir de la créosote vraie fut probablement la cause de cet oubli. En effet, le plus généralement, au lieu de l'extraire du goudron de hêtre, ou simplement du goudron de bois, on l'obtient par distillation des huiles lourdes de houille, et on livre au commerce un mélange impur d'acide phénique, qui souvent ne renferme pas trace de créosote.

La créosote n'a pris la place importante qu'elle occupe actuellement dans la thérapeutique, qu'à partir des travaux de MM. les docteurs Bouchard et Gimbert (*Gazette hebdomadaire*, 1877).

M. le professeur Bouchard avait soumis 93 phthisiques à la médication créosotée. La dose initiale était de 40 centigrammes par jour; elle fut continuée, pour la plupart des malades, sans variation, pendant toute la durée de la cure; dans quelques cas, elle fut élevée à 60 ou 80 centigrammes et même 1 gramme. Sur ces 93 malades, 54 ont bénéficié de ce traitement et 25 parurent définitivement guéris.

Un grand nombre de praticiens adoptèrent cette médication et confirmèrent ces résultats, non seulement en France, mais aussi à l'étranger. Pick, à Coblentz, J. Sommerbrodt et Prœntzel, à Berlin, l'appliquèrent sur une large échelle. Ces deux derniers ont publié, en 1887, les résultats de leur expérience personnelle.

J. Sommerbrodt a soumis à la créosote tous les tuberculeux qui se sont présentés à lui depuis neuf ans, et, spécialiste très recherché, il n'en évalue pas le chiffre à moins de 5000. Il emploie de préférence des capsules de gélatine contenant chacune 5 centigrammes de créosote, parce que ce mode d'administration est plus pratique, plus agréable et plus économique.

Il en fait prendre progressivement une le premier jour, deux le second, trois par jour jusqu'à la fin de la première semaine, à raison d'une aussitôt après le repas, dans une cuillerée d'eau; la deuxième semaine, il en prescrit quatre, la troisième semaine, cinq, et six la quatrième.

Le malade continue à prendre six capsules par jour pendant une *durée de plusieurs mois.* Un grand nombre de malades ont pris ainsi sans interruption de 600 à 1200 capsules, et l'un d'eux est allé jusqu'à 2000.

Ce sont à peu près les mêmes prescriptions que celles des médecins français. Les effets constatés ont également été les mêmes que ceux annoncés par le professeur Bouchard.

Les effets du traitement sont surtout apparents et rapides dans les tuberculoses au début, dans le catarrhe du sommet avec induration. Au bout de huit à quinze jours, quelquefois plus tôt, on obtient une diminution de l'expectoration, puis secondairement de la toux. Après quelques jours, la fièvre diminue ou cesse, l'appétit, les forces et l'embonpoint ne tardent pas à revenir. Il n'est pas rare de voir les sueurs se supprimer après trois semaines de traitement.

Ces effets remarquables de la créosote dans les affections de poitrine pouvaient être pressentis d'après son origine, étant donné les propriétés reconnues du goudron médicinal qui renferme 25 p. 100 de créosote.

La créosote, qui a donné de si beaux succès dans la phthisie, donne des guérisons plus rapides et plus parfaites dans des affections moins graves, telles que le *catarrhe pulmonaire* et la *bronchite chronique*.

D'après Bouchard (de Paris) la créosote aurait une action élective sur la lésion pulmonaire. De son côté, Sommerbrodt (de Berlin) est convaincu que la créosote possède une *action spécifique* véritable.

Ces expérimentateurs ont employé la créosote à l'exclusion de tout autre médicament dans le but de mieux juger de ses propriétés.

Ce qui a été dit ci-dessus démontre l'importance qu'il y a à s'assurer de la pureté de la préparation dont on se sert. A Paris, dans les hôpitaux, une des préparations de créosote souvent employée, est celle qui est connue sous le nom de « Perles de créosote de Clertan ».

Les perles du docteur Clertan contiennent, chacune, 5 centigrammes de créosote, sous une enveloppe mince et transparente, d'une solubilité parfaite; elles sont hautement appréciées par les médecins de tous les pays, pour la perfection de leur fabrication et la pureté des produits qu'elles renferment.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 février 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

COMMUNICATIONS

Sur la thérapeutique du choléra à propos des expériences de M. Lœwenthal. — M. CORNIL rappelle que les bacilles du choléra, après s'être multipliés à la surface de l'intestin, ne franchissent pas les limites de sa cavité; ils s'infiltrent autour des glandes, mais ils ne pénètrent ni dans le sang, ni dans la lymphe. Le poison qu'ils sécrètent est seul absorbé et c'est le poison qui, jusqu'à plus ample informé, est le seul agent des phénomènes généraux graves ou mortels du choléra.

Si l'on pouvait arrêter la multiplication des bacilles dans l'intestin, on supprimerait du même coup la fabrication du poison absorbable et l'on préviendrait ainsi l'attaque cholérique.

M. Lœwenthal est arrivé à ce résultat de tuer les bacilles de Koch, de supprimer leur vitalité avec une substance inoffensive pour l'homme et les animaux, le salol.

Il a démontré l'action curative du salol sur des animaux infectés par le bacille virgule et manifestement malades; il ne se dissimule pas que ces expériences, même si elles réussissaient complètement, ne pourraient démontrer qu'il en serait de même chez l'homme atteint de choléra. Le seul mode de démonstration absolu serait l'emploi de cette substance chez les cholériques eux-mêmes.

L'empoisonnement oxycarboné par les poêles mobiles. — M. LANCEREAUX fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 141.)

M. BROUARDEL appuie les conclusions du travail de M. Lancereaux ; puis il fait remarquer que la plupart des personnes étrangères à la médecine, et même parfois les médecins, se croient à l'abri des atteintes de l'oxyde de carbone, quel que soit le procédé de chauffage employé, lorsque le renouvellement de l'air dans la pièce paraît être suffisant. C'est le préjugé vulgaire qui fait que les personnes qui veulent s'asphyxier commencent par coller des bandes de papier sur toutes les fissures des portes et fenêtres.

Rien n'est moins exact; il suffit d'un dégagement d'oxyde de carbone, même en plein air, pour intoxiquer les personnes placées près de la source du gaz délétère. C'est ainsi qu'on apporte tous les ans à la Morgue des individus qui, s'étant couchés en plein air sur un four à plâtre, ont été relevés asphyxiés.

Il a suffi que l'oxyde de carbone, filtrant à travers les fissures de la paroi du four, se dégage, au voisinage des narines et de la bouche du dormeur. En ce qui concerne le diagnostic de ces intoxications, M. Brouardel insiste sur les avantages que présente à ce point de vue l'examen spectroscopique du sang.

M. GAUTIER rappelle comment M. Gréhant a montré qu'il suffisait de la présence de 1/10 000e et demi d'oxyde de carbone dans l'atmosphère respirée pour déterminer la suppression de 1/8e de la masse totale des globules du sang. Le spectroscope ne donne pas, dans ce cas particulier, de très bonnes indications. C'est la méthode des saturations qui fournit dans l'espèce les renseignements les plus précis. M. Gautier fait observer que, dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, il n'y a pas seulement suppression fonctionnelle des globules saturés par le gaz toxique. La carbo-oxy-hémoglobine agit aussi directement sur les systèmes nerveux, à la façon d'un agent toxique; l'apparition de paralysies du mouvement et de la sensibilité (M. Potain en a rapporté des exemples) en est la preuve. La facilité avec laquelle l'oxyde de carbone diffuse est très grande. C'est par cette diffusibilité si grande que s'expliquent les faits déjà nombreux d'empoisonnements dus au passage du gaz d'une chambre à l'autre, d'un étage à l'étage supérieur.

Dans le rapport qu'il a lu récemment au comité d'hygiène du département de la Seine, M. Gautier a insisté également sur les cas d'empoisonnements qui se sont produits dans des voitures munies de chaufferettes. M. Gautier se range à l'avis émis par M. Lancereaux et réclame l'intervention de l'Académie dans cette question qui intéresse fort l'hygiène publique.

M. OLLIVIER dit que la glycosurie s'observe parfois dans ces intoxications.

(La discussion sera reprise dans une prochaine séance.)

LECTURES

Résultats de l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine. — M. BLACHE. D'après les relevés de l'administration, le nombre des enfants surveillés, en 1887, a été de 4925, dont 1 569 à Paris et 3 356 pour les communes suburbaines; la mortalité a été de 363, c'est-à-dire seulement 7,37 p. 100, malgré le grand nombre de cas de maladies épidémiques ayant sévi pendant l'année. Après les maladies de l'appareil digestif, qui sont toujours de beaucoup les plus fréquentes à l'âge qui nous occupe et donnent 38 p. 100 des décès, viennent les maladies du système nerveux avec 24 p. 100. Il importe de signaler que ces maladies du système nerveux atteignent chaque année un chiffre plus élevé. N'y aurait-il pas là un rapport avec le nombre croissant des aliénés et des alcooliques?

La question de la vaccination donne lieu à quelques observations intéressantes. Au 31 décembre 1887, il restait 575 nourrissons à vacciner, tandis que, l'année précédente, il en restait 629. Le total des vaccinés a été de 1 449 sur 2 990; encore, pour obtenir ce chiffre, il a fallu lutter contre la négligence des parents.

Sur le total de 74 112 naissances dans le département de la Seine, la proportion des placements a été de 27,8 p. 100. Donc, un peu plus du quart des enfants est placé en nourrice. Un huitième des placements est effectué dans le département de la Seine.

13 686 nourrices se sont présentées à la préfecture; 10 029 ont été admises comme nourrices au sein; 3 612 comme nourrices au biberon; 45 ont été refusées pour des motifs de santé, dont 11 pour accidents syphilitiques.

On ne saurait, à ce propos, trop insister sur les services rendus à ce point de vue par les médecins inspecteurs du premier âge.

M. C. PAUL lit une série de rapports concernant des Eaux minérales de sources diverses.

M. TERRILLON communique l'observation d'une malade, qui souffrait depuis longtemps d'un rein mobile hypertrophié, et à laquelle il a pratiqué la néphrorrhaphie. Depuis plus de deux mois que cette malade est opérée, non seulement elle ne souffre

plus, mais encore le rein, maintenant fixé à la région lombaire, a considérablement diminué de volume.

M. **LAVAUX** lit un travail intitulé : « Résultats éloignés de l'électrolyse linéaire appliquée au traitement des rétrécissements de l'urèthre. » (Voir le Premier-Paris) [Comm. : MM. Tillaux et Péan].

La séance est levée.

— Par décret, en date du 4 février 1889, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, de l'École de médecine d'Angers est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologie.

— Par décision ministérielle, du 1er février 1889, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les aides-majors de deuxième classe Boinet, pour le 122e d'infanterie ; — Bérard, pour le 121e d'infanterie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

77

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

36

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, *Place Vendôme*, PARIS.

4

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence et supériorité*.

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault**. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

34

PIN D'AUTRICHE DE J. MACK

ESSENCE : contre maladies de la Gorge, — Angines, — Croup, — Coqueluche, — Asthme.

EXTRAIT : (*Bain antirhumatismal de Mack*) contre Rhumatisme chronique et Goutte.

SOLUTION : pour frictions antirhumatismales et pour vaporisations antiseptiques.

CELLULES : contre Toux opiniâtre, Oppression, Bronchite chronique, Engorgements pulmonaires; et contre Rhumatismes, Goutte, Maladies des reins et de la vessie.

SIROP ET PATE : contre Rhumes, Toux, Coqueluche, Bronchite chronique et Phthisie naissante.

Dépôt général : Phie TALLON, 49, avenue d'Antin, Paris, et toutes pharmacies. — Envoi gratis et franco d'échantillons à MM. les Docteurs, sur demande adressée au Dépôt général.

33

NOUVEAUX EMPLATRES DE CAVAILLÈS

(MOUSSELINES-EMPLATRES).

Emplâtre salicylé créosoté contre le *lupus*.
Emplâtre à l'oxyde de zinc contre l'*eczéma*.
Emplâtre à l'huile de cade contre le *psoriasis*.
Taffetas de Vigo contre les *syphilides*.

Etc., etc. Phie **Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre.

34

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

16

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et Absorption

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons, etc., etc., dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements, selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques, et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire l'*emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que, parmi les multiples produits pyrogénés qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel, s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Giron, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation.

Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1 fr. 50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur **A. GÉRAUDEL**, pharmacien à *Sainte-Menehould* (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîte d'échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

72

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

19

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

46

THE DE CHINE ET DES INDES

MARQUE DÉPOSÉE. LE DÉLICIEUX MARQUE DÉPOSÉE.

de **E. THIBAULT**, importateur, NANTES.

Le **Thé LE DÉLICIEUX** est exclusivement composé de thés noirs de qualités extra-supérieures et choisies avec le plus grand soin. Il mérite d'être recommandé :

A toutes les personnes soucieuses de leur santé, si elles doivent en faire usage comme tonique, stimulant ou stomachique;

A toutes les personnes en général faisant un usage journalier de cette boisson et qui peuvent, plus que toutes les autres, en apprécier la finesse et le parfum délicat;

Enfin à toutes les maîtresses de maison ayant à cœur de bien traiter leurs invités.

Dépôt général : A Nantes, E. THIBAULT, 15 et 19, r. Saint-Léonard. — *Gros* : A Paris, MICHELAT et LESUEUR, 9, r. des Guillemites. — *Détail* : Ttes phies.

42

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR MARINE ET LES HÔPITAUX DE PARIS.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Phie, 64, r. Basse-du-Rempart.

N° 17. — SAMEDI 9 FÉVRIER 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 9 FÉVRIER 1889. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRES LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des endocardites infectieuses.

Par M. le docteur Armand SIREDEY, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine.

I

La première notion des formes graves de l'endocardite n'est pas de date récente. Sans parler des anciens auteurs qui ont signalé à diverses reprises des pertes de substance, « des destructions ulcéreuses » constatées à la face interne du cœur, on sait que Bouillaud avait décrit, à côté de l'*endocardite rhumatismale*, une variété plus grave de l'affection : l'*endocardite des états typhoïdes*. Il ne donnait certes pas à cette maladie la même interprétation qui a cours aujourd'hui, mais on peut dire qu'il en avait saisi les principales particularités cliniques, la tendance infectieuse, la prédominance des phénomènes généraux. Bien qu'il eut observé des ulcérations de l'endocarde, dans un certain nombre d'autopsies, il n'établit aucun rapprochement entre ces altérations et les phénomènes typhoïdes qui avaient attiré son attention.

C'est Senhouse Kirkes qui, le premier, en 1852, signala le rapport qui existait entre les lésions ulcéreuses de l'endocarde et certains états généraux à forme typhoïde, avec troubles plus ou moins accusés de la circulation périphérique. La description de S. Kirkes répondait à toutes les exigences du moment : elle assignait une base anatomique à un type morbide, jusqu'alors vague et mal défini; elle apportait de nouveaux faits en faveur de la théorie nouvelle, et déjà puissante, de l'embolie, il n'en fallait pas plus pour assurer son succès. Désormais l'*endocardite ulcéreuse* eut sa place dans la pathologie, et de toutes parts les observations affluèrent pour confirmer les vues de l'auteur.

Les mémoires de Ogle, de Virchow, de Westphal, de M. Charcot et Vulpian, de M. Lancereaux, consacrèrent définitivement cette description. La dénomination d'*endocardite ulcéreuse* fut presque généralement adoptée, et, pour certains auteurs, elle impliquait la subordination des phénomènes généraux au processus ulcéreux localisé sur l'endocarde. On peut même dire que cette appellation survécut à la doctrine qui l'avait inspirée, et qu'elle s'imposa pour ainsi dire, même à ceux qui n'attribuaient pas à l'ulcération de l'endocarde une influence prépondérante dans la physionomie clinique de la maladie.

Cependant, au bout de quelques années, la réaction commençait. MM. Duguet et Hayem (1865), dans une communication à la Société de biologie, s'efforçaient de démontrer que la lésion cardiaque n'était que la détermination locale d'une dyscrasie, au même titre que les autres lésions viscérales. Puis apparurent des observations dans lesquelles il s'agissait d'endocardites végétantes, qui avaient donné lieu aux phénomènes typhoïdes, considérés comme le privilège exclusif de l'endocardite ulcéreuse.

Enfin, dans certains faits appartenant au même type clinique, l'examen le plus minutieux ne révélait aucune ulcération de l'endocarde et toutes les lésions se résumaient à une simple congestion de la membrane (Maurice Raynaud), ou à une légère prolifération exsudative.

En même temps, des observations anatomiques plus précises établissaient, de la façon la plus nette, la fréquence des ulcérations dans presque toutes les variétés de l'endocardite, graves ou légères, aiguës ou chroniques. Il n'était donc plus possible de baser, sur l'ulcération, la conception de l'endocardite typhoïde.

Aussi, dès cette époque (1870), dans son *Traité de pathologie* et dans son savant article ENDOCARDITE du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, M. le professeur Jaccoud devançait en quelque sorte les connaissances plus précises que devaient apporter, quelques années plus tard, les études bactériologiques, et concluait ainsi sur la nature de l'endocardite typhoïde :

« La caractéristique n'est pas dans l'ulcération, elle est dans la septicité des produits éliminés, et dans les phénomènes symptomatiques qui en découlent. Il résulte de là, que la dénomination d'endocardite ulcéreuse est mauvaise, parce qu'elle prête à l'équivoque. En fait, une endocardite peut être ulcéreuse, anatomiquement parlant, sans présenter le tableau clinique auquel le médecin reconnaît cette forme spéciale : il vaut mieux, dès lors, abandonner cette désignation et, pour qualifier la maladie par un caractère à la fois constant et exclusif, je propose de la nommer ENDOCARDITE INFECTIEUSE. »

On verra que les doctrines nouvelles n'ont rien changé à cette façon de voir.

II

Plusieurs auteurs avaient déjà rencontré, dans les produits recueillis sur les ulcérations de l'endocarde, des organismes divers.

Rokitansky, dès 1855, avait signalé des granulations résistant à l'acide acétique, dont la présence fut confirmée quelque temps après par Virchow, Beckmann, etc.

M. Lancereaux avait observé des bâtonnets, dont la description répond manifestement à ce que l'on connaît aujourd'hui, sous le nom de bactéries.

Toutefois, c'est Winge [de Christiania] (1870) qui affirma, le premier, la nature parasitaire de l'endocardite infectieuse, et lui décrivit un champignon spécial, le *mycosis endocardii* qu'il essaya vainement de reproduire par des inoculations sur des animaux.

Après lui, de nombreuses recherches furent entreprises, principalement en Allemagne. Heiberg découvrit des organismes qu'il compara au *leptothrix*. Eberth signala des *micrococci*, Wedel des bactéries. Burkart trouva, dans les lésions viscérales, des bactéries analogues à celles que contenait l'exsudat endocardique. Il faut ajouter à cette liste les travaux de Klebs, d'Eisenlohr, de Rudolph Maier, d'Eichorst, de Gerber et Birch-Hirschfeld, de Köster, de Orth, de Kundrat, de Goodhart et de William Osler, en Angleterre, et en France, ceux de MM. Kelsch, Grancher, Bouchard, Cornil, Netter, Chantemesse, etc.

Il résulte de toutes ces observations, que l'on rencontre constamment des organismes parasitaires chez les sujets atteints d'endocardite infectieuse, et que ces organismes n'existeraient pas seulement dans les lésions de l'endocarde, mais encore dans les diverses altérations des viscères et dans le sang même des malades observés pendant la vie (Netter). Ce fait vient donc confirmer ce que M. le professeur Jaccoud et d'autres auteurs avaient pressenti d'après l'étude clinique de la maladie, et il précise le processus infectieux, en lui donnant une forme matérielle. Mais, fait-il connaître, avec plus de précision et de netteté, la nature même de la maladie? Et fournit-il une base indiscutable à de nouvelles classifications des endocardites?

Les nombreux travaux, dont les principaux seulement ont été indiqués plus haut, concordent tous à démontrer la présence d'organismes parasitaires dans les lésions de l'endocardite infectieuse, quelles que soient, d'ailleurs, ces lésions. Qu'il s'agisse d'endocardites ulcéreuses avec déchirures, perforations des valvules, pertes de substance plus ou moins étendues, qu'il s'agisse d'endocardites végétantes avec prolifération plus ou moins active des éléments de nouvelle formation, ou qu'il s'agisse simplement de lésions exsudatives légères, la présence des microbes paraît liée à toute endocardite qui donne lieu à des accidents typhoïdes. Köster conclut à la nature parasitaire de toutes les endocardites, et M. le professeur G. Sée, dans une récente clinique, se range à cet avis. Klebs ne fait pas même d'exception pour les formes les plus légères de l'endocardite rhumatismale, mais il a soin d'admettre deux variétés d'organismes : les monadines, *cocci* animés de mouvements qui caractériseraient les formes simples, et les microbes variés qui accompagneraient les formes septiques.

Or, si les auteurs sont d'accord pour admettre, dans les lésions de l'endocardite infectieuse, la présence d'organismes parasitaires, ils n'indiquent nullement l'existence *d'un microbe pathogène, spécifique, parfaitement défini, n'appartenant qu'à cette maladie, et seul capable de la reproduire expérimentalement.*

D'après leurs caractères morphologiques, les divers organismes, qui ont été décrits dans ces cas, appartiennent à des catégories très différentes. On y trouve des microcoques, des zooglées, des bactéries, des streptocoques, des staphylocoques, etc., etc.

A côté de ce que M. le professeur Jaccoud appelle des microbes indifférents n'ayant aucun rôle pathogène bien défini, on rencontre des espèces mieux connues, et dont les effets occupent déjà une place dans la nosologie. Tels sont : le microbe encapsulé de Friedländer, le pneumocoque de Fraenkel et de Talamon (Netter), le staphylococcus aureus (Ziegler, Wyssokowitsch), le bacille tuberculeux de Koch (Kundrat, Cornil et Babès, Rindfleisch), etc.

Il est vrai que tout récemment M. Gilbert a découvert, dans un cas d'endocardite, une bactérie spéciale, capable de provoquer, par simple inoculation, l'endocardite chez des animaux. Mais si intéressante que soit cette observation, il serait prématuré d'en tirer des conclusions formelles, pour édifier actuellement une doctrine nouvelle de l'endocardite.

On peut donc conclure, en l'état actuel de la science, que l'*endocardite infectieuse n'est pas une maladie spécifique, qu'elle comporte des états anatomiques très variables, et relève de microbes divers, semblant lui assigner des origines multiples.*

III

Beaucoup d'auteurs ont cherché la solution du problème dans l'expérimentation.

Winge (de Christiania) avait déjà tenté, en vain, d'inoculer à des animaux le liquide recueilli sur des ulcérations valvulaires.

Rosenbach a cherché à provoquer des lésions valvulaires chez des animaux, en introduisant un instrument dans la carotide jusqu'aux valvules sigmoïdes de l'aorte. Il n'aboutit qu'à la production d'insuffisances traumatiques, d'ailleurs très vite compensées, mais il ne put obtenir d'endocardite véritable, si ce n'est en se servant d'instruments préalablement contaminés, et qui déterminaient alors des phénomènes inflammatoires plus ou moins accusés, avec développement de colonies microbiennes sur les valvules lésées.

Rippert injecta dans l'oreille de lapins une émulsion d'une culture de staphylococcus aureus. Il obtint une myocardite et une endocardite siégeant sur les deux valvules auriculo-ventriculaires.

Wyssokowitsch a donné une très bonne démonstration du double rôle joué par les microbes et par les altérations valvulaires dans la production de l'endocardite infectieuse. Il injecta à des lapins des cultures de staphylococcus aureus, provenant d'une endocardite ulcéreuse observée chez l'homme. Or, quand l'injection était faite sans altération préalable des valvules, l'endocardite ne se produisait pas. S'il avait, un ou deux jours auparavant, mutilé les valvules sigmoïdes par le procédé de Rosenbach, l'injection amenait l'endocardite. Si un délai de plus de deux jours séparait l'irritation valvulaire de l'injection, celle-ci restait sans effet.

Il résulte donc de ces expériences que deux faits sont nécessaires à la production de l'endocardite infectieuse : *un état d'opportunité créé par des lésions valvulaires, et une cause efficiente représentée, dans l'espèce, par l'introduction dans les voies circulatoires de microbes pathogènes variés.*

IV

Or, une étude attentive et minutieuse des faits cliniques montre que ces deux circonstances sont assez souvent réalisées dans la pratique.

Deux causes créent l'opportunité morbide :

La *misère physiologique* et les *altérations valvulaires antérieures*.

L'influence locale de cette dernière cause a été signalée par la plupart des auteurs. Pour M. le professeur Bouchard, les parasites contenus dans le sang se déposeraient d'autant plus facilement sur les valvules que leurs bords altérés opposeraient un obstacle au cours du sang, et prolongeraient ainsi leur contact avec l'élément infectieux. De plus, les solutions de continuité (Cornil et Babès) faciliteraient la pénétration sur place des microbes. Mais si cette cause est efficace, elle n'est pas indispensable, comme le fait remarquer M. le professeur Jaccoud, et plus d'une fois l'infection se localise d'emblée sur un cœur sain.

La *misère physiologique* est invoquée par la presque unanimité des auteurs. Qu'elle résulte d'excès, de privations, d'intoxications, de maladies récentes, de grossesses, etc., elle semble jouer un rôle considérable dans la plupart des infections, et particulièrement dans celle-ci. Elle en constitue pour mon savant maître, M. le professeur Peter, la cause fondamentale ; elle crée, d'après lui, de toutes pièces l'autotyphisation, dont l'endocardite infectieuse n'est qu'une forme. On verra que cette doctrine demande à être méditée, si disposé que l'on soit à faire une part presque exclusive à l'infection du dehors, à la pénétration des microbes dans le sang.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de la question ne citaient guère que des cas d'endocardite typhoïde primitive, spontanée. Puis, on constata le rapport de cette affection avec la septicémie puerpérale ou chirurgicale, la pyohémie.

Plus récemment encore, on vit que l'endocardite infectieuse était subordonnée à un grand nombre d'affections médicales, non pas seulement au rhumatisme articulaire aigu, mais à toutes les pyrexies, à diverses altérations des voies respiratoires, des voies biliaires, des organes génito-urinaires, ou à des maladies générales, comme la tuberculose, le cancer, etc.

Aussi le nombre des endocardites typhoïdes primitives décroît-il chaque jour, à mesure que des investigations plus minutieuses font reconnaître avec plus de précision les causes et les origines de la maladie.

On peut dire, sans exagération, que cette affection est *presque toujours secondaire*, mais il reste encore quelques faits inexpliqués que l'on peut considérer, jusqu'à nouvel ordre, comme primitifs, spontanés.

Parmi les cas d'endocardite infectieuse secondaire, les uns reconnaissent, comme point de départ, une solution de continuité des téguments ou des muqueuses : traumatisme, plaie opératoire, brûlure. Dans certains cas, la plaie a donné lieu à des complications appréciables, pyohémie, septicémie, etc. (Winge, Eisenlohr, Gerber, Purser, Paget, Rosenbach, Osler, etc.); infection puerpérale (Virchow, Simpson, Lancereaux, etc.), s'il s'agit de la plaie utérine consécutive à un accouchement ou à une fausse couche. C'est au groupe de l'infection puerpérale ou chirurgicale, qu'appartient le plus grand nombre des endocardites malignes.

Quelquefois aussi la plaie n'a donné lieu à aucune complication appréciable, ou à des accidents en apparence très légers. On peut citer parmi les exemples qui ont été publiés : l'ouverture d'un durillon suppuré (Winge), une brûlure du thorax par l'eau bouillante (Charon), une brûlure de la main avec lymphangite du bras (Kundrat), un furoncle du dos de la main (Gerber et Birch-Hirschfeld), la perforation de la prostate par une sonde (Eisenlohr), la suppuration de la vésicule séminale, des reins et de la vessie (Purser), un bubon inguinal ouvert (Virchow), une stomatite gangréneuse (Brissaud). Ces faits montrent l'influence des causes les plus variées, et étendent considérablement le nombre *des portes d'entrée de l'endocardite infectieuse*.

A côté de ces cas, on peut citer ceux où il s'agit de lésions osseuses, suivies ou non d'opérations chirurgicales : carie vertébrale (Eisenlohr), ostéomyélite (Lannelongue, Virchow). Il semblerait même, au cours de cette dernière maladie, que l'intervention chirurgicale, la trépanation des os malades, serait suivie d'une atténuation rapide des accidents cardiaques.

L'érysipèle (Gendron), la blennorrhagie, ont également provoqué l'éclosion d'endocardites typhoïdes. On a retrouvé maintes fois le microbe de l'érysipèle, et bien que l'on n'ait pas encore constaté sur les valvules altérées le gonococcus de Neisser, la corrélation observée en clinique n'en est pas moins significative.

On peut rapprocher de ces endocardites celles qui ont coïncidé avec des lésions ulcéreuses et suppurées des voies digestives, au cours de la dysenterie, par exemple (Litten, Netter, Osler).

Senger a également observé l'endocardite infectieuse dans un cas de fièvre typhoïde, il n'a pas trouvé sur les exsudats endocardiques le bacille d'Eberth, mais des streptocoques de la suppuration, qui existaient aussi en grand nombre dans les ganglions mésentériques.

MM. Netter et Martha ont publié une observation d'angiocholite biliaire, d'origine lithiasique, qui fut suivie d'endocardite infectieuse.

Les végétations valvulaires étaient presque exclusivement constituées par des parasites groupés en bâtonnets ; ces mêmes éléments se retrouvèrent dans les voies biliaires et dans le canal hépatique. Or, il s'agissait d'un microbe qui existe à l'état normal dans l'intestin.

Ces nombreux exemples, que l'on vient de passer en revue, montrent l'*infection extrinsèque*, c'est-à-dire la pénétration de germes infectieux dans le sang par l'intermédiaire d'une plaie, d'un foyer de suppuration plus ou moins ancien.

Bien que l'état antérieur des valvules n'ait pas été signalé dans toutes ces observations, elles paraissent avoir été altérées dans un certain nombre de cas, et on peut dire que la clinique réalise, dans une certaine mesure, les conditions de l'expérimentation.

Mais, en dehors des lésions propres des valvules et de la pénétration des microbes par une solution de continuité de la peau ou des muqueuses, il reste toujours un facteur inconnu, impondérable, c'est la prédisposition de l'individu, et c'est cette particularité importante qui, dans tous les cas analogues, établit une différence marquée entre les phénomènes de la clinique et ceux de l'expérimentation. Si le malade reçoit les germes du dehors, il faut au moins qu'il soit apte à les faire fructifier ; s'il n'est pas réellement *auto-typhisé*, il faut qu'il soit *typhisable*.

Si maintenant on envisage les affections purement médicales, on trouve, au premier rang de celles qui produisent l'endocardite infectieuse, la pneumonie et le rhumatisme articulaire.

L'influence de la pneumonie est aujourd'hui incontestable, Prévost, Homolle en avaient déjà fourni des exemples. Osler a surtout insisté sur la fréquence de ce rapport, et les observations récentes de M. le professeur Jaccoud et de M. Netter ne laissent aucun doute sur ce point : ils ont pu constater la présence du même microbe dans l'exsudat pneumonique, dans l'exsudat endocardique et dans les lésions méningées qui avaient accompagné quelques-uns de ces cas. Il s'agissait dans ces observations du pneumocoque de Fraenkel et de M. Talamon.

Quelques observateurs ont également signalé le microbe encapsulé de Friedländer.

Quant au rhumatisme articulaire aigu, qui s'accompagne si souvent d'endocardite simple, il peut, dans certains cas, être compliqué d'endocardite infectieuse. On peut se demander s'il ne s'agit pas alors de *pseudo-rhumatismes*, de lésions articulaires suppurées, qui sont comme l'endocardite elle-même des déterminations infectieuses, et il est hors de doute que certains cas imputés autrefois au rhumatisme articulaire aigu se rapportaient plutôt à des pseudo-rhumatismes, à des arthropaties infectieuses. Néanmoins, dans quelques observations de Burkart, Ross, Trousseau, M. Peter, etc., il s'agissait bien de rhumatismes articulaires aigus, généralisés, survenus chez des individus débilités, dans de mauvaises conditions physiologiques.

Les fièvres éruptives peuvent s'accompagner d'endocardites, mais ce n'est guère que dans la scarlatine ou dans la variole que celles-ci ont affecté très exceptionnellement la forme infectieuse.

Il n'en est pas de même dans cette maladie infectieuse encore mal définie, que l'on nomme l'érythème polymorphe. Elle compte fréquemment l'endocardite typhoïde parmi ses manifestations (Lewin, de Molènes, etc.).

On a signalé même l'influence de la tuberculose et du cancer.

Le bacille de Koch a été constaté dans certaines endocardites ulcéreuses (Rindfleisch, Kundrat, Cornil), mais aussi dans des endocardites simples (Cornil et Babès).

L'endocardite maligne a été également observée chez des cancéreux, en dehors, bien entendu, de véritables lésions cancéreuses du cœur. Les altérations paraissaient dues à un processus embolique (Lebreton), ou à une irritation de la séreuse sous l'influence du néoplasme (Gerhardt et Wagner).

On pourrait multiplier les citations à l'infini, et il est incontestable que de nouveaux faits peuvent être ajoutés à cette liste déjà trop longue, et qui ne peut que s'accroître à mesure que l'on comprendra mieux la subordination de l'endocardite à d'autres processus infectieux et que l'on s'appliquera davantage à la découvrir.

Ces faits impliquent les mêmes réflexions que les précédents, ils ont leur point de départ dans l'économie même, mais il s'agit toujours de parasites — venus du dehors — cultivés dans un premier foyer, puis greffés en quelque sorte sur l'endocarde.

Mais à côté de ces cas, il en est d'autres où la maladie ne peut être rattachée à aucune affection antérieure d'ordre chirurgical ou médical ; l'endocardite infectieuse éclate inopinément, au milieu d'un organisme sain en apparence. On a pu néanmoins constater, sur les valvules et quelquefois même dans le sang des sujets, divers organismes pathogènes qui paraissaient indiquer que, si le point de départ de la maladie était différent, le processus infectieux n'en restait pas moins identique dans tous les cas.

On a diversement interprété ces exemples d'auto-infection. Quelques auteurs ont pensé qu'il s'agissait encore ici de germes venus du dehors, introduits dans l'organisme par l'appareil respiratoire ou par le tube digestif, et pénétrant dans le sang par voie d'absorption.

M. le professeur Jaccoud, sans repousser cette hypothèse, la restreint aux cas, d'ailleurs très rares, où l'endocardite s'est développée au milieu d'une santé parfaite, sans détérioration préalable de l'organisme, comme Volmer en a cité un exemple. Il réserve, pour les autres cas, une explication vraisemblablement plus rationnelle : *l'infection de l'économie par les éléments parasitaires multiformes que l'on trouve dans l'organisme normal.*

On sait, en effet, que l'on a découvert, depuis quelques années, un nombre considérable de microbes dans l'estomac, l'intestin, etc., qui joueraient un rôle actif dans les diverses opérations de la digestion. En présence d'un organisme normal, ces parasites n'exercent aucune influence nocive, et les alcaloïdes dont ils provoquent l'élaboration sont détruits par le foie. Mais qu'il survienne telle ou telle circonstance susceptible de provoquer une multiplication rapide de ces microbes, de supprimer l'action protectrice du foie, ou d'enrayer la dépuration rénale, l'organisme battu en brèche devient la proie de ces microbes. L'observation de MM. Netter et Martha, qui a été citée plus haut, apporte un exemple remarquable à l'appui de cette interprétation.

Ainsi comprise, l'endocardite infectieuse primitive se rapproche singulièrement de la conception de mon maître, M. le professeur Peter, dont elle ne diffère que par le rôle attribué à l'influence bactérienne.

Depuis longtemps, M. le professeur Peter a signalé l'analogie qui existe entre l'endocardite végétante et l'endocardite ulcéreuse, l'une et l'autre étant l'expression d'un processus « de mauvaise nature », ayant son point de départ dans une détérioration préalable de l'organisme. Ces endocardites sont malfaisantes, parce qu'elles surviennent dans un organisme épuisé, sans résistance. Le malade s'est infecté lui-même par suite du fonctionnement défectueux de son estomac, de son foie, de ses reins, par l'épuisement de son système nerveux, etc. Il trouve en lui-même les éléments de son infection, c'est donc bien là de l'*auto-typhisation*. L'apparition des microbes ne serait que secondaire, et, pour lui, ils seraient les conséquences, les témoins de l'infection et non sa cause.

Si cette interprétation est en désaccord, au point de vue théorique, avec les doctrines nouvelles, elle n'est nullement en contradiction avec les faits observés en clinique par tous les auteurs. Elle affirme simplement la déchéance préalable de l'organisme, qui est reconnue par tous, et invoquée comme la cause de l'invasion microbienne.

Quoi qu'il en soit de ces discussions théoriques, il ressort des faits étudiés précédemment que l'endocardite infectieuse n'est pas une maladie spécifique, toujours semblable à elle-même dans ses causes et dans ses effets. Elle a des points de départ nombreux et variés, elle entraîne sur le cœur et dans les organes des lésions différentes, et elle peut revêtir diverses modalités cliniques.

Le plus souvent secondaire, elle apparaît comme l'aboutissant de divers processus infectieux ayant leur source au

dehors de l'organisme, et trouvant dans celui-ci des influences adjuvantes qui favorisent la localisation de l'infection sur l'endocarde, puis sa dissémination en foyers secondaires dans les différents viscères.

On ne peut donc pas la décrire comme une maladie nette, bien définie, et on dira plus exactement qu'il existe des *endocardites en rapport avec les divers processus infectieux connus.*

Ainsi comprise, la question devient de plus en plus vaste et permet d'embrasser toutes les formes de l'endocardite. En effet, d'après les théories nouvelles, toutes les endocardites sont d'origine microbienne, comme le dit M. le professeur Germain Sée dans une de ses récentes cliniques (1), mais la gravité, l'intensité de l'infection varient, pour ainsi dire, avec chaque cas. Le nombre des microbes, leur activité différente, la résistance plus ou moins considérable de l'organisme atteint, créent autant de variétés que d'individus, et il n'est pas possible, en l'état actuel de la science, de délimiter exactement le domaine de l'infection et de fixer les formes qu'elle doit revêtir.

V

Il ne faut donc plus songer à limiter, au type ulcéreux, les lésions anatomiques des endocardites infectieuses. Les formes exsudatives, végétantes, peuvent exister, isolément ou combinées à la forme ulcéreuse, et il est parfaitement établi qu'il n'y a aucun rapport direct entre l'étendue, l'intensité des lésions anatomiques et la gravité des accidents. On a même observé plus d'une fois des phénomènes infectieux mortels, en l'absence de toute endocardite appréciable, témoin le cas de Maurice Raynaud cité par M. Jaccoud.

Ziegler va plus loin et considère comme un fait habituel l'absence d'altérations inflammatoires sur l'endocarde au cours de cette maladie. Il s'agirait avant tout de dépôts de fibrine où pullulent les organismes parasitaires, de dégénérescences épithéliales, et plus profondément de thromboses vasculaires. L'élément fondamental consisterait donc avant tout dans le développement rapide de colonies microbiennes à la surface de l'endocarde et dans son épaisseur, au niveau des valvules.

La présence de bactéries et de microcoques, à la fois à la surface des valvules et dans leur épaisseur, puisqu'on trouve assez communément des thromboses parasitaires des artères situées au pourtour des valvules, a donné lieu à une discussion sur le mode d'invasion de la maladie. Pour Köster, les microbes pénétreraient de dehors en dedans, des vaisseaux sanguins à la surface des valvules. Pour Klebs, Orth, MM. Cornil et Babès, et la plupart des autres auteurs, l'invasion microbienne se ferait, au contraire, de dedans en dehors, le sang déposant, à la surface des valvules et sur leur bord libre, les éléments parasitaires, puis, comme le fait remarquer M. le professeur Cornil, la pénétration de ces organismes dans les parois du cœur, jusque dans les vaisseaux, se produirait au moyen de fissures très légères.

Il est rare cependant que les lésions soient réduites à ces phénomènes d'exsudation superficielle de l'endocarde; le plus souvent, on constate sur les valvules des végétations ou des ulcérations, isolées ou réunies. On peut discuter sur la nature inflammatoire ou dégénérative de ces altérations, mais on ne saurait nier leur existence et leur développement rapide. MM. Cornil et Ranvier, contrairement à l'opinion de Klebs, insistent sur le rôle de l'inflammation aiguë qui provoque la formation de saillies végétantes, molles, friables, offrant tous les degrés depuis le simple aspect velvétique jusqu'à des excroissances comparables aux végétations vénériennes.

Ces productions sont généralement localisées aux valvules; on les rencontre sur leurs bords libres qu'elles garnissent d'une frange plus ou moins régulière, sur la face auriculaire des valvules mitrale et tricuspide, sur la face ventriculaire des sigmoïdes. Plus rarement, on peut observer des productions analogues sur d'autres points de l'endocarde, sur les piliers ou sur les parois ventriculaires. La présence de ces végétations a pour effet de modifier les bruits du cœur en raison de la gêne mécanique qu'elle apporte au passage du sang et à l'occlusion des valvules.

Tous ces produits de nouvelle formation sont extrêmement friables, et se laissent facilement déchirer par l'ondée sanguine, si la simple dégénération des cellules ne suffit pas à elle seule pour amener leur destruction partielle, en quelque sorte spontanée, et les deux influences réunies amènent assez promptement des pertes de substance, d'où la coïncidence fréquente de la *forme ulcéreuse* avec la *forme végétante.*

Les lésions destructives débutent, en général, par une tache jaunâtre au milieu de laquelle se fait une petite ulcération, celle-ci s'étend plus ou moins, elle peut représenter une simple érosion cupuliforme, ou constituer une sorte de caverne en miniature avec des bords anfractueux irréguliers. La perte de substance, s'étendant, donne lieu à la formation de petits anévrysmes valvulaires ou ventriculaires, à des perforations des valvules, et même à des perforations du septum interventriculaire.

Les parois de ces ulcérations, ainsi que les végétations, renferment de nombreux microbes mélangés à la couche superficielle de fibrine ou aux cellules endothéliales dégénérées. On en rencontre même profondément, à une certaine distance des lésions macroscopiques.

Il est facile de prévoir une des premières conséquences de ces altérations : tous ces débris de végétations, ces fragments de valvules, ces dépôts fibrineux et ces masses puriformes contenues dans les ulcérations, sont entraînés par le courant sanguin et se répandent dans les diverses ramifications des artères, où ils vont constituer des embolies, dont les effets varient suivant le volume et la qualité de l'embolus.

Dans quelques cas, des fragments assez volumineux ont pu déterminer l'oblitération d'artères importantes : la sylvienne par exemple (hémiplégie droite avec aphasie, — clinique de Jaccoud) ou l'humérale (Jaccoud), les artères de la jambe (Fenwick), l'artère ophthalmique, etc. Il en résulte naturellement des lésions et des désordres fonctionnels qui varient avec l'organe intéressé et l'artère oblitérée.

Mais le plus souvent ce n'est pas par leurs effets mécaniques que se signalent ces embolies. Les fragments entraînés pénètrent jusqu'aux artérioles ou aux capillaires et donnent lieu à la production d'embolies capillaires, en transportant, dans les viscères ou dans la peau, des colonies microbiennes qui créeront autant de nouveaux foyers infectieux. On constatera alors, outre les lésions de l'endocarde, de nombreuses altérations viscérales, caractérisées tantôt par de simples infarctus blancs ou rouges, tantôt par des abcès.

On a signalé l'atrophie jaune aiguë du foie à la suite de l'embolie de l'artère hépatique.

(1) *Bulletin médical*, 5 décembre 1888.

Quand les embolies envahissent les artères mésentériques, il se produit dans l'intestin grêle des ulcérations disséminées, de forme circulaire, occupant une étendue variable, et pouvant pénétrer jusqu'à la tunique musculaire. Elles ne sont pas limitées à la dernière portion de l'intestin grêle comme les ulcérations typhoïdiques, et n'occupent pas particulièrement le bord opposé à l'insertion mésentérique.

Lorsque l'endocardite siège uniquement sur le cœur droit, les foyers emboliques se rencontrent principalement dans les poumons où ils présentent la forme de noyaux d'hépatisation grise ou d'abcès plus ou moins volumineux.

VI

Les phénomènes cliniques des endocardites infectieuses sont assez connus pour qu'il ne soit pas nécessaire d'insister longuement sur ce point.

Le début échappe à toute description régulière, puisque les circonstances, au milieu desquelles éclate la maladie, varient pour ainsi dire avec chaque sujet. Le plus habituellement, les accidents cardiaques sont si peu accusés qu'ils n'attirent pas l'attention. Ce sont les phénomènes généraux qui dominent, répondant à l'ensemble, connu sous le nom d'état typhoïde, avec fièvre, adynamie, troubles nerveux et quelquefois digestifs.

On a groupé sous deux formes, la *forme typhoïde* et la *forme pyohémique*, les symptômes complexes et variés que l'on peut observer au cours de la maladie. Il est inutile d'ajouter que cette division est artificielle, et qu'on peut observer de nombreux cas qui pourraient se rattacher indifféremment à l'une ou à l'autre de ces formes.

Dans les deux groupes d'ailleurs, les phénomènes locaux sont à peu près les mêmes : ils restent en général latents et ne sont découverts que par une auscultation minutieuse. Quelquefois, cependant, des palpitations, la faiblesse du pouls, l'arythmie, attirent l'attention sur le cœur, et font découvrir des bruits de souffle dont le timbre, le siège et l'époque d'apparition sont très variables. Ces bruits peuvent se modifier considérablement, et changer absolument de caractère à des intervalles peu éloignés. Cette mobilité même des signes stéthoscopiques, si bien en rapport avec les données anatomiques, n'est pas l'un des moindres éléments du diagnostic.

Dans la *forme typhoïde*, la fièvre, les troubles digestifs avec diarrhée, ballonnement du ventre, la langue sèche, fuligineuse, la prostration et l'adynamie, répondent assez exactement au tableau symptomatique de la dothiénentérie. Le pouls est plus fréquent, 120 à 150 pulsations, et fournit, par conséquent, un élément de diagnostic.

Les manifestations cutanées sont plus nombreuses et plus variées que dans la fièvre typhoïde : on constate des éruptions polymorphes, quelquefois des érythèmes sous forme de rash, ou des pétéchies, des bulles hémorrhagiques ou purulentes. L'existence de ces éruptions aiderait à éliminer l'hypothèse de dothiénentérie.

Enfin, l'apparition d'accidents généraux ou locaux, résultant d'embolies multiples, peut éclairer subitement le diagnostic.

Dans la *forme pyohémique*, la maladie est encore plus irrégulière, et les diverses manifestations viscérales peuvent en modifier à chaque instant la physionomie.

Les frissons répétés, les sueurs excessives en marquent généralement le début. Les frissons alternent parfois avec une régularité qui rappelle la fièvre paludéenne. Le pouls s'élève, la face devient pâle, terreuse, et on voit bientôt apparaître diverses manifestations viscérales en rapport avec les embolies.

On peut alors observer des phénomènes locaux propres à chaque viscère, et des accidents généraux à titre de troubles fonctionnels de ces mêmes viscères : des infarctus du foie avec ictère et processus habituel de l'ictère grave; des infarctus spléniques avec tuméfaction douloureuse de l'organe; des infarctus pulmonaires révélés par l'auscultation, la dyspnée et les crachats; des éruptions multiformes, des arthrites, etc.

Ces variétés nombreuses rendent toute description impossible et ne permettent de fixer aucune règle précise de diagnostic. L'état du pouls, les troubles cardiaques, en l'absence d'embolies appréciables, font reconnaître la maladie, alors qu'on est conduit à la soupçonner en présence d'un état général typhoïde ou pyohémique.

L'examen du sang a permis plusieurs fois de reconnaître, pendant la vie, la présence de microbes qui sont de nature à éclairer le diagnostic (Netter, Jaccoud).

La marche de la maladie est presque toujours fatale; on a cité, cependant, des cas où la guérison a été obtenue (professeur Jaccoud). La durée est très variable suivant les cas, et on ne saurait assigner aucune règle précise à l'évolution de la maladie.

Une des malades observées par M. le professeur Jaccoud, entrée à l'hôpital de la Pitié, le 5 septembre, n'a succombé que le 26 décembre de la même année, après avoir présenté plusieurs attaques du processus infectieux, séparées par des périodes d'accalmie presque complète. La fièvre avait d'ailleurs présenté un type intermittent, et sans hyperthermie, contrairement à ce que l'on rencontre le plus souvent.

Il n'est pas nécessaire de s'étendre plus longuement sur ces détails, dont les traits principaux sont parfaitement connus, mais il ne faut pas oublier les nombreuses variétés individuelles que l'on peut trouver à côté des types classiques de cette affection.

Il est, cependant, un point qui mérite de nous arrêter un instant : les études microbiennes, dont l'endocardite infectieuse a été tant de fois l'objet depuis quelques années, ont-elles jeté quelque lumière sur les phénomènes cliniques de cette maladie? Il serait assez difficile de l'affirmer aujourd'hui, en présence des incertitudes qui règnent encore dans la classification des espèces parasitaires que l'on y a rencontrées. Néanmoins, certaines observations citées par MM. les professeurs Jaccoud (Clinique médicale), et Germain Sée (Clinique ou *Bulletin médical*), tendraient à distinguer deux types différents, en rapport avec des microbes pathogènes distincts :

A. L'*endocardite à pneumocoques;*

B. L'*endocardite à microcoques pyogènes* (staphylocoques ou streptocoques).

A. La première se localiserait principalement sur les valvules aortiques et n'aurait que peu de tendance à produire des embolies (Netter). Elle s'accompagnerait souvent de méningite cérébrale ou cérébro-spinale causée par le même pneumocoque.

Cependant, même dans ce cas, Weichselbaum a observé des infarctus de la rate presque exclusivement.

B. La seconde variété provoque des embolies plus fré-

quentes et plus généralisées; elle se localiserait principalement sur la mitrale (G. Sée, loc. cit.). L'endocardite à *streptocoques* aurait une marche plus rapide, en quelque sorte foudroyante, avec des infarctus non suppurés. L'endocardite à *staphylocoques* serait plus lente dans son évolution et s'accompagnerait toujours d'abcès infarctueux.

Mais ces distinctions ne reposent encore que sur un petit nombre d'observations, et ne sauraient constituer la base d'une division nette et précise.

Peut-être de nouvelles recherches permettront-elles de grouper, autour d'organismes pathogènes différents, les diverses modalités cliniques et anatomiques des endocardites.

En résumé, l'*endocardite ulcéreuse*, telle qu'on la décrivait autrefois, ne doit plus conserver la place qu'elle avait dans la pathologie. Toutes les endocardites peuvent revêtir la forme infectieuse, puisqu'elles possèdent toutes des microbes pathogènes variés, susceptibles d'envahir l'économie, et de créer de nombreux foyers secondaires dans les divers organes.

Ces éléments parasitaires peuvent venir du dehors et envahir le système circulatoire par le moyen d'une plaie opératoire ou accidentelle, d'une solution de continuité des téguments ou des muqueuses, d'un foyer de suppuration ayant son siège en un point quelconque de l'organisme.

Ils peuvent avoir pour point de départ une maladie infectieuse, localisée dans un appareil quelconque, pneumonie, érysipèle, etc., ou provenir d'organismes pathogènes normalement contenus dans les cavités digestives.

Dans tous ces cas, d'ailleurs, l'infection ne se produit qu'à la faveur de la déchéance préalable de l'organisme.

Il n'y a donc plus lieu d'admettre *une maladie nettement définie*, ayant en quelque sorte son autonomie, comme la fièvre typhoïde, la variole, etc., *mais des affections différentes, au point de vue clinique et anatomique, et relevant d'états infectieux variables*.

C'est ce qu'il est bon d'affirmer, en répétant que l'*endocardite ulcéreuse* a fait définitivement place aux *endocardites infectieuses*.

ÉRYSIPÈLE INTERMITTENT DE LA FACE

Par M. le docteur Sorbets (d'Aire).

Alphonse B..., âgé de vingt-cinq ans, lymphatique, est atteint d'ulcération de nature strumeuse, dans les fosses nasales.

Cette ulcération a été le point de départ, le dimanche 16 décembre 1888, d'une plaque érysipélateuse produite, d'après la nouvelle doctrine, par les microbes.

Deux jours avant l'apparition de la rougeur et du gonflement du nez, les ganglions sous-maxillaires du côté gauche étaient engorgés. Douleur vive, fièvre intense, température 39 degrés, insomnie.

A ma visite du matin, le 27, les phénomènes étaient légèrement amendés. Cependant, vers onze heures, un frisson se déclare, tandis que la douleur s'exaspère et que l'érysipèle continue sa marche envahissante du côté gauche.

J'étais loin de me douter de constater les phénomènes insolites qui étaient sur le point d'éclater. En effet, faisant ma visite tous les matins, vers neuf heures, je trouvais un arrêt dans le développement de l'érysipèle, de la diminution de la fièvre, de la température, et je constatais une amélioration relative dans l'état du malade.

Traitement au début : purgatif salin ; puis, localement, collodion riciné, et proto-sulfate de fer avec de la vaseline.

Cependant, après un examen attentif et un interrogatoire serré, le malade, qui était très intelligent, me raconte que, vers onze heures du matin, tous les jours, il éprouve un frisson, de la douleur, et qu'il sent alors que l'érysipèle continue sa marche : que cet état fébrile, et pénible par l'insomnie, dure jusqu'à cinq heures du matin, et se termine par des sueurs profuses : qu'alors tous les symptômes s'amendent jusqu'à onze heures, pour recommencer environ à partir de midi.

On constate souvent, dans notre région du Sud-Ouest, des érysipèles compliqués de fièvres paludéennes : mais, dans ces cas, la fièvre est rémittente : car, pendant et après l'accès, l'érysipèle continue sa marche et la fièvre est continue, rémittente.

Mais, dans le cas qui nous occupe, rien de semblable. Quand l'accès paludéen a cessé, vers cinq heures du matin, tout s'arrête : apyrexie complète, marche de l'érysipèle enrayée jusqu'à midi, heure à laquelle tout reprend et recommence avec l'accès.

Malgré mes recherches bibliographiques, je n'ai pas découvert que le fait ait encore été signalé.

C'était le jeudi 20. Je me hâte d'administrer 1 gramme en poudre de sulfate de quinine, en quatre paquets, à prendre deux le matin et deux le soir.

Pendant trois jours, les vendredi, samedi et dimanche, mêmes phénomènes, même traitement, c'est-à-dire 1 gramme par jour de sulfate de quinine.

Enfin, à ma visite du lundi, 24 décembre, le malade m'avoue avoir passé une bonne nuit, pendant laquelle s'était montrée une sueur profuse ; il éprouve un bien-être relatif, et je constate que l'érysipèle reste borné au côté gauche.

Depuis cette époque, l'amélioration continue, et, le 27 décembre, le malade est non seulement sans fièvre, mais encore tous les phénomènes érysipélateux de la face n'existent plus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 février 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

CORRESPONDANCES

Plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. BAUDON (de Nice) adresse deux observations de plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésions viscérales, gnéries sans intervention chirurgicale.

Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille qui s'était tiré une balle de revolver, de petit calibre, dans le creux épigastrique ; elle eut, peu de temps après, un vomissement de sang. M. Baudon la soumit aux opiacés, à la diète, à l'immobilisation et à un peu de cognac. La balle était ressortie par une plaie du dos, l'estomac avait été évidemment traversé de part en part. La malade pourtant a parfaitement guéri.

Dans le second cas, c'est un jeune homme de vingt ans qui reçoit une balle de revolver dans la région de l'hypochondre gauche ; il a des selles sanglantes et des vomissements. Le traitement consiste en injections de morphine à hautes doses, en lavements opiacés, et en une petite quantité de lait glacé. Ce blessé a parfaitement guéri.

Ces deux faits portent M. Baudon à n'intervenir jamais immédiatement dans les cas de ce genre.

M. CHAUVEL a relevé tous les cas d'intervention dans les plaies pénétrantes de l'abdomen et il a constaté que, particulièrement en Amérique, la proportion des succès va toujours en augmentant. Si, en France, on ne réussit pas aussi bien qu'en Amérique, cela tient probablement à ce qu'on intervient trop tard et peut-être aussi au défaut d'habitude de ces sortes d'opérations. Aussi M. Chauvel se range-t-il à l'avis exprimé, dans la dernière séance, par M. Nélaton, à savoir que si l'on veut agir, il faut agir immédiatement et ne pas attendre la péritonite, comme le veut M. Reclus.

M. KIRMISSON, faisant allusion à l'un des cas de M. Berger et à l'un des cas de M. Baudon, fait observer que, relativement aux

plaies de l'estomac, tous les chirurgiens sont d'accord pour ne pas intervenir. En effet, ces plaies pénétrantes de l'estomac guérissent spontanément. Il en est de même des plaies du gros intestin, comme dans le second fait de M. Baudon. Ces plaies guérissent aussi spontanément. Le calibre de la balle importe peu, car l'étendue de la plaie viscérale dépend beaucoup plus de l'angle d'incidence sous lequel la balle a rencontré l'intestin, que du volume même de cette balle ; le plus petit projectile peut donc causer une plaie étendue. Quant au traitement par les opiacés, la diète et la compression, c'est un vieux traitement qui a fait ses preuves, mais qui est un peu restreint et auquel il ne faudrait pas toujours se fier. Dalton a réuni tous les cas d'intervention publiés, et il est arrivé à cette conclusion que l'on compte aujourd'hui, en Angleterre et en Amérique, 27 guérisons sur 69 cas. C'est donc un tort de dire que la proportion des insuccès va toujours en augmentant. M. Kirmisson est un partisan convaincu de l'intervention immédiate.

M. TERRIER est également d'avis qu'il faut ouvrir immédiatement l'abdomen des blessés atteints de plaie pénétrante de l'intestin. Pour ce qui est des plaies de l'estomac, il faut dire qu'elles peuvent guérir, et non pas qu'elles guérissent toujours spontanément. M. Terrier pense que, pour ces plaies, comme pour celles de l'intestin, il vaut mieux encore intervenir immédiatement. Il a vu les chirurgiens américains pratiquer ces opérations et il a pu se rendre compte facilement des diverses raisons qui font, qu'en France, on n'obtient pas les mêmes résultats qu'en Amérique. Quand, dans ce pays, un homme tombe blessé sur la voie publique, il est immédiatement transporté dans l'hôpital le plus voisin, où se trouve toujours un chirurgien assistant qui l'opère immédiatement. Les choses ne se passent pas de même en France, un blessé est d'abord transporté chez un herboriste ou chez un pharmacien, puis de là, avec plus ou moins de lenteur, dans un hôpital où il est reçu par des internes de garde qui ne peuvent agir ; on va chercher alors, toujours lentement, un chirurgien des hôpitaux ou un chirurgien du Bureau central ; il faut souvent aller en chercher deux ou trois avant d'en trouver un ; tout cela demande du temps, et il s'est écoulé au moins cinq ou six heures avant que ce blessé se trouve en présence d'un chirurgien qui, s'il opère, opère toujours trop tard. Les chirurgiens français ne sont ni moins habiles, ni moins aseptiques que les chirurgiens américains, et s'ils se trouvaient dans les mêmes conditions qu'eux, ils auraient certainement les mêmes succès.

M. QUÉNU cite un exemple qui prouve que les plaies de l'estomac ne guérissent pas toujours toutes seules ; il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans qui se tire un coup de revolver dans le huitième espace intercostal. M. Quénu est appelé auprès d'elle une demi-heure après l'accident. La blessée avait l'estomac vide ; elle eut des vomissements, mais pas d'hématémèse. M. Quénu ne crut pas devoir intervenir ; il fit des injections de morphine, prescrivit la diète, fit appliquer de la glace sur le ventre et fit également des injections sous-cutanées d'eau. Quelques heures après se déclarait une hématémèse ; il y eut une péritonite généralisée et la malade succomba le cinquième jour. Dans ces cas, il ne faut pas de demi-mesure : intervenez immédiatement ou non. Dans ce cas particulier, M. Quénu regrette de n'être pas intervenu.

M. BERGER fait observer que les plaies de l'estomac sont quelquefois très difficiles à trouver et à suturer, surtout celles de la face postérieure.

M. PEYROT, à l'appui des idées exprimées par M. Terrier, cite l'exemple suivant : un garçon de vingt ans reçoit, dans l'après-midi, une balle à droite de l'ombilic. M. Peyrot est seulement prévenu le lendemain matin ; il fait la laparotomie quatorze ou seize heures après l'accident. Le pouls est seulement très fréquent. Il y avait une double perforation de l'estomac, du côlon transverse et du duodénum. M. Peyrot trouve la balle sous le duodénum avec des fragments de vêtements. Les sutures sont faites très facilement ; on pratique le lavage de la cavité péritonéale ; il n'y avait pas d'adhérences, pas de rougeur ; le symptôme dominant était la fréquence du pouls. Le malade, après trois ou quatre jours, tombe dans le collapsus et meurt. S'il avait été opéré de bonne heure, il y a tout lieu de croire qu'il aurait guéri. L'autopsie a montré que les sutures avaient bien tenu.

Myomes utérins, laparotomie. — **M. TERRILLON** fait une communication sur quatre opérations de laparotomies qu'il a pratiquées pour des fibromes mobiles de l'utérus, de volume variable, chez des femmes atteintes en même temps de fibromes interstitiels. Ici ce n'est plus le volume de la tumeur, mais la douleur dont elle est le point de départ qui devient une indication d'opérer. Ces malades avaient des douleurs spontanées intolérables, qu'exagérait la pression locale, irradiant du côté de l'estomac, ne cessant que dans le décubitus dorsal, s'accompagnant de troubles gastro-intestinaux. Ces fibromes sous-séreux et pédiculés coïncidaient avec des fibromes du côté de la muqueuse utérine et une hypertrophie utérine plus ou moins considérable. Dans ces cas, M. Terrillon lie son pédicule, quand il est volumineux, avec des tubes de caoutchouc qu'il abandonne dans le ventre. Il communique en détail quatre observations, dans lesquelles les résultats obtenus furent très satisfaisants, au point de vue de la cessation des douleurs.

M. DESPRÉS ne s'explique pas comment ces malades ne souffrent plus après qu'on leur a enlevé un corps fibreux pédiculé et qu'on leur a laissé des corps fibreux utérins interstitiels.

M. ROUTIER cite l'exemple d'une femme qu'il a opérée en mars dernier et qui portait un corps fibreux donnant lieu à des vomissements continuels et à des douleurs atroces. Il fit la laparotomie, dans le but de faire la castration ovarienne. Il trouva un corps fibreux très mobile qu'il enleva en même temps que les ovaires et laissa le corps fibreux utérin qui était énorme. Cette malade ne souffre plus et n'a plus de règles depuis cette opération. Il n'y avait pas d'adhérences épiploïques.

M. TERRIER fait observer que, dans ces cas, les adhérences épiploïques et les inflammations des annexes sont souvent la cause des douleurs. Il y a des fibromes volumineux qui sont très douloureux, d'autres qui ne le sont pas ; il y a parfois aussi de très petits fibromes qui sont très douloureux. Il cite l'exemple d'une malade qui souffrait beaucoup de la présence d'un petit fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. Il enleva ce petit fibrome par la laparotomie et les douleurs cessèrent. Puis elles ne tardèrent pas à apparaître de nouveau, et M. Terrier dut alors pratiquer une ovariectomie et une salpingectomie doubles.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense que, dans les cas de ce genre, il est toujours préférable, du moment qu'on fait la laparotomie, d'enlever toujours les deux ovaires.

M. TERRILLON rappelle que, dans les cas qu'il a cités, les fibromes mobiles seuls étaient douloureux.

Tumeur de la queue du sourcil, d'origine traumatique, prise pour une tumeur dermoïde. — **M. LARGER** rend compte de l'examen histologique d'une tumeur de la queue du sourcil, pour laquelle le diagnostic de tumeur dermoïde avait été posé par la plupart des membres de la Société, lors de la présentation du malade.

Cette tumeur avait le volume d'une petite olive, elle siégeait au niveau de la queue du sourcil droit, et présentait tous les caractères cliniques des tumeurs dermoïdes, à savoir : adhérence profonde au périoste, non-adhérence à la peau, consistance dure. La peau présentait à son niveau une cicatrice transversale de 2 centimètres et demi environ, résultant d'une chute que le malade, âgé aujourd'hui de trente-deux ans, avait faite à l'âge de cinq ans. On ne s'aperçut de la présence de la tumeur qu'il y a six mois, lors de la convalescence d'une fièvre typhoïde. La tumeur augmenta beaucoup depuis ce moment.

A l'opération, M. Larger trouva cette tumeur placée sous le muscle orbiculaire, adhérant fortement au périoste, de consistance inégalement dure.

L'examen histologique, pratiqué par M. Rœtterer, montra que la tumeur était exclusivement constituée par du tissu conjonctif,

sans traces de papilles, de poils ou de matière sébacée; elle paraissait être le résultat de la prolifération du périoste.

Ce cas est tout à fait analogue à celui relaté par M. Larger, dans un mémoire antérieur, et prouve, une fois de plus, l'existence de tumeurs de la queue du sourcil, offrant tous les caractères cliniques des tumeurs dermoïdes, mais dont l'origine est exclusivement traumatique.

La séance est levée.

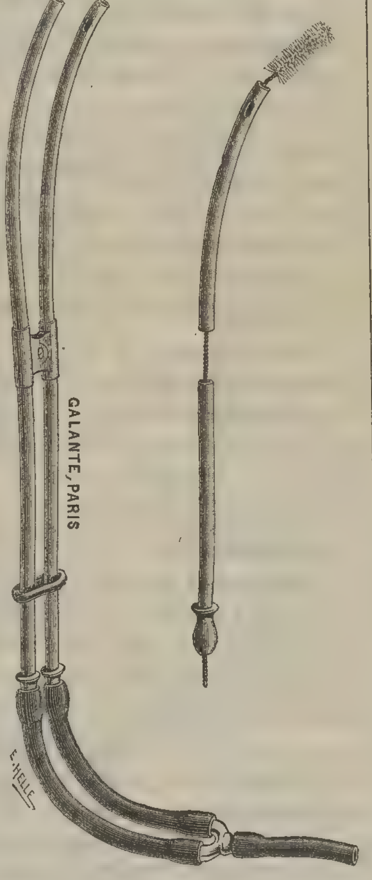
INSTRUMENTS ET APPAREILS

Nouvelle sonde intra-utérine,

De Mme Gaches-Sarraute, docteur en médecine.

Cette sonde est composée de deux tubes parallèles, séparés l'un de l'autre par un espace de deux centimètres et réunis, dans leur partie moyenne, par une articulation. Ces deux tubes rectilignes, depuis une de leurs extrémités jusqu'à leur partie médiane, présentent, à l'autre extrémité, une courbure en rapport avec la courbure de l'axe du bassin. L'extrémité courbe ou antérieure est l'extrémité utérine.

Un anneau aplati glisse sur les deux tiges de la sonde dans leur partie rectiligne, entre l'articulation et la limite postérieure des branches. L'articulation d'une part, un renflement à l'extrémité des tiges d'autre part, le maintiennent dans cet espace. Il est disposé de telle sorte que, lorsqu'il se trouve à la partie terminale des branches, celles-ci conservent leur parallélisme; au contraire, lorsqu'il est près de l'articulation, l'extrémité postérieure de la sonde s'écarte, l'extrémité antérieure des tubes se rapproche jusqu'au contact. En un mot, le glissement de cet anneau fait basculer les branches de la sonde, de façon à provoquer le rapprochement ou l'écartement de leur extrémité antérieure. Les branches se composent de tubes cylindriques absolument lisses dans leur intérieur. Ouverts largement des deux côtés, leur nettoyage absolu est facile. On le pratique à l'aide d'écouvillons qui passent à frottement dans l'intérieur des tubes.



L'extrémité antérieure des branches est percée d'ouvertures terminales aussi larges que les conduits; de plus, on trouve sur les parties internes deux orifices, un sur chaque branche, situés, l'un à 1 centimètre de l'extrémité, l'autre à 2 centimètres. Ils sont destinés à donner passage aux liquides, dans le cas où l'orifice terminal de la sonde toucherait la paroi utérine ou serait obstrué.

La partie postérieure des tiges est terminée par un renflement destiné à maintenir, en même temps que l'anneau, l'ajutage qui complète l'appareil.

Cet ajutage se compose de trois tubes de caoutchouc réunis par un Y en verre. Les deux tubes de caoutchouc placés sur les deux branches de l'Y s'adaptent aux branches de la sonde et y sont maintenus par le renflement terminal indiqué ci-dessus. Le tube unique de la troisième branche s'adapte à un réservoir ou à une poche à injections.

Des écouvillons, ayant la longueur des branches de la sonde et le volume nécessaire pour les parcourir, complètent l'appareil qui, dans sa simplicité extrême, réunit les conditions de propreté et de facilité qu'exige toute opération.

Il peut être aussi bien employé en gynécologie pour le lavage de l'utérus, qu'en obstétrique pour les irrigations après l'accouchement.

Il est en acier et peut, sans courir le risque d'être détérioré, donner passage aux liquides antiseptiques, y compris le sublimé.

La pression du liquide se mesure par la hauteur du réservoir qui le contient.

L'irrigation se fait largement. Le liquide de retour sort par l'intervalle qui sépare les deux branches. L'écartement est assez considérable pour que les petits caillots et les membranes soient expulsés sans difficultés.

Dans le cas où l'orifice utérin serait assez résistant pour s'opposer à l'écartement des branches et s'il n'était pas nécessaire d'augmenter la dilatation, on pourrait, au lieu de faire arriver le liquide par les deux branches, ne se servir que d'un tube pour l'irrigation et réserver le second au courant de retour. Il est impossible, dans les deux cas, que le liquide soit retenu dans l'utérus.

Notre appareil rappelle la disposition générale de la sonde de M. Doléris. Il est basé sur les mêmes principes : dilatation et irrigation par les branches de la sonde, courant de retour entre ces branches. Mais il en diffère sur deux points qui ont, nous semble-t-il, une grande importance.

1° *Au point de vue antiseptique.* — La sonde de M. Doléris, en forme de fer à cheval, ne peut pas être nettoyée à l'intérieur d'une manière complète. Or, il arrive toujours, lorsqu'on injecte du liquide dans l'utérus, que le courant de retour, contenant des matières organiques, soit lorsqu'on retire la sonde, soit lorsqu'on cesse l'irrigation, pénètre dans l'intérieur des branches de l'instrument. Cela est facile à comprendre et dépend de l'inégalité des pressions.

Un simple courant d'eau, passé dans l'instrument, peut ne pas entraîner les particules déposées à l'intérieur des branches. On ne fait pas toujours bouillir son instrument, ces particules peuvent devenir septiques; il suffit du contact de l'air et, comme on n'a aucun moyen de les enlever, hormis le courant d'eau à forte pression, je crois qu'on n'a pas une sécurité absolue contre l'infection. J'ai eu l'occasion de vérifier le fait sur ma sonde : après avoir fait des lavages utérins, j'ai fait passer dans l'intérieur des tubes des courants d'eau à forte pression, puis je les ai écouvillonnés.

J'ai ramené, sur l'un des écouvillons, des mucosités filantes que l'eau de l'irrigation n'avait pu entraîner.

C'était peu de chose, il est vrai, mais il faut bien peu, et, à la longue, il peut s'amasser, dans ces tubes, une couche de matières septiques.

L'antisepsie est aujourd'hui le secret de tous les succès. Nous devons donc nous mettre dans des conditions absolues de propreté et ne pas risquer d'apporter nous-mêmes à nos malades, alors que nous devons les guérir, des agents suspects qui pourraient occasionner des désordres plus grands que ceux auxquels ils étaient exposés antérieurement.

2° *Au point de vue de la simplicité pour fixer l'écartement des branches antérieures.* — Dans la sonde de M. Doléris, les branches sont naturellement réunies. Pour en provoquer l'écartement, on se sert d'un pas de vis situé sur l'extrémité postérieure de la sonde. En faisant tourner le bouton de la vis, les branches s'écartent. Si l'une des deux mains est prise, on ne peut pas faire tourner la vis; pour agir sur celle-ci, il est nécessaire d'immobiliser, avec l'autre main, l'extrémité de l'instrument. De plus, la vis imprégnée de liquides peut se rouiller et être difficile à mettre en mouvement. Il y a donc un réel avantage à simplifier cette opération. C'est dans ce but que j'ai imaginé le simple anneau glis-

sant sur les branches de la sonde. La manœuvre a été décrite plus haut.

Cette sonde, dans les conditions actuelles, paraît destinée à rendre de réels services, tant aux accoucheurs qu'aux gynécologues.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Restauration fonctionnelle du pouce (1), par M. le docteur Gabriel Hanotte.

Chacun connaît l'importance du pouce dans les fonctions de la main, c'est l'une des deux branches de la pince dont les quatre derniers doigts constituent la seconde. Il est, dès lors, facile de comprendre combien est grande la perte fonctionnelle qui résulte de l'ablation du pouce.

Le chirurgien doit donc, dans tous les cas de maladies ou de blessures qui intéressent cet organe, conserver le plus possible de ses éléments, et si le pouce est complètement perdu, tenter tous les moyens d'utiliser un des doigts pour offrir un point d'opposition aux doigts épargnés.

Après avoir attentivement étudié les différentes variétés de plaies du pouce, après avoir rapporté de très nombreuses observations, M. Hanotte conseille la pratique suivante :

Si le pouce n'est pas mutilé, la restauration fonctionnelle se fait, soit par la suture nerveuse, soit par la suture tendineuse ou l'autoplastie, après excision des cicatrices vicieuses.

Si le pouce est partiellement supprimé, il faudra recourir à l'exossation, aux résections partielles, ou à l'opération d'Huguier, c'est-à-dire à l'agrandissement du premier espace inter-métacarpien. Dans d'autres cas, il conviendra de supprimer des moignons encombrants d'index et de médius.

Si le pouce fait complètement défaut, on peut tenter d'utiliser un débris d'index ou de médius, pour en faire une base aux mouvements d'opposition. On peut encore changer la direction de l'auriculaire pour l'amener à se porter au-devant des débris du bord radial de la main et sauvegarder ainsi le mouvement d'opposition, qui est l'élément principal de la préhension.

La thèse de M. Hanotte doit être ajoutée à la collection, déjà si riche, des travaux sortis de l'école de M. Guermonprez, et qui tous s'adressent aux blessures et aux traumatismes graves, si fréquents dans les régions industrielles du Nord.

Des plaies graves de l'avant-bras (2), par le docteur René Lenys.

La thèse de M. René Lenys est le fruit de nombreuses observations recueillies dans la pratique de M. le docteur Guermonprez, ainsi qu'à la Maison de secours pour les blessés de l'industrie de la ville de Lille. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans les différents chapitres de son travail, dont le sujet se prête peu à l'analyse. M. le docteur Lenys passe successivement en revue toutes les variétés des plaies graves de l'avant-bras, plaies par instruments tranchants, par engrenage, coups de scie, par laminoir, par coups de feu, etc. Il discute attentivement les indications de l'intervention chirurgicale et les limites de la conservation, il rappelle avec raison ce que disait Velpeau : « Plus je vieillis et moins j'ampute. Un membre difforme vaut encore mieux qu'un membre artificiel. »

Toutes les méthodes permettant d'obtenir cette conservation, pansement ouaté de Guérin, pansement de Lister, bains antiseptiques, etc., sont à tour de rôle préconisées, suivant les cas. De même, quand l'intervention s'impose, l'auteur discute ce qu'il convient de pratiquer, de l'amputation ou de la résection. En résumé, la thèse de M. Lenys est un excellent guide pour la conduite à tenir dans les cas de plaies graves de l'avant-bras.

A. Ricard.

(1) Thèse de Lyon, 1888.
(2) Thèse de Paris, 1888.

CORRESPONDANCE

L'inspectorat des eaux minérales.

Nous recevons, du « Comité de l'Union des médecins libres des stations thermales », la lettre et la note suivantes :

I

Monsieur le Rédacteur en chef,

A cette époque de l'année, les médecins des stations thermales sont dispersés. C'est pourquoi nous prenons la liberté de recourir à votre obligeant intermédiaire et à la publicité de votre journal, pour porter à leur connaissance la communication ci-dessous.

En l'insérant, vous obligerez les deux cent cinquante confrères que nous représentons actuellement, c'est-à-dire presque tout le corps médical des villes d'eaux.

Agréez, etc.

Le Comité.

II

Paris, 8 février 1889.

Chers confrères,

Dès que nous avons appris le rattachement au ministère de l'Intérieur des services d'hygiène, dont dépendent les Eaux minérales, nous avons demandé une audience à M. le ministre de l'Intérieur, pour l'entretenir de l'inspectorat.

M. le ministre a bien voulu nous rappeler qu'il se souvenait de ce qui lui avait été dit sur ce sujet à Royat, il y a trois ans, par une délégation de toutes les stations thermales du centre. Il nous a mis, séance tenante, en rapport avec M. Monod, directeur de l'Assistance publique en France.

Nous avons exposé à M. Monod que nous avions reçu, de la presque unanimité des médecins exerçant dans les stations thermales, la mission de faire supprimer le privilège inique et inutile de l'inspectorat, et que rien ne nous avait découragés ni ne nous découragerait dans l'accomplissement de cette tâche.

Avec la franchise, l'esprit de décision et d'initiative que lui reconnaissent tous ceux qui l'approchent, M. Monod nous a dit expressément :

« Que l'existence de l'inspectorat ne se justifiait guère à ses yeux que par la nécessité, pour l'administration, d'assurer le service des indigents envoyés par elle dans les stations thermales ;

« Que, du reste, il admettait difficilement que ce service fût fait par les inspecteurs, sans que ces inspecteurs fussent rémunérés par l'administration ;

« Que la gratuité de tels services lui paraissait dangereuse et *même immorale* ;

« Que partout où, soit par les conseils municipaux, soit par les médecins, les soins aux indigents malades seraient assurés dans des conditions acceptables, l'inspectorat pourrait sans inconvénient disparaître, mais que le service des indigents devrait être organisé de manière à ce qu'ils fussent non seulement régulièrement et convenablement soignés, mais encore renseignés, dès leur arrivée, sur les noms et adresses du médecin chargé plus spécialement du service et des autres médecins entre lesquels ils resteraient libres de choisir. »

Nous avons répondu à M. le directeur de l'Assistance publique que le service des indigents — *palladium* de l'inspectorat — était chose beaucoup plus simple que les intéressés ne le disaient; que jamais les médecins libres n'avaient refusé de soigner les indigents; que cela avait été reconnu formellement par le gouvernement dans l'exposé des motifs de la loi qui a supprimé tout traitement aux inspecteurs, et que cette objection, invoquée contre nous depuis si longtemps, n'était que le manteau d'un abus.

A l'œuvre donc, chers confrères, dans le sens des préoccupations si naturelles et si honorables de M. le directeur de l'Assistance publique.

Les mesures qu'il conviendra de prendre varieront plus ou moins suivant les stations. Nous ne saurions entrer ici dans le détail sans abuser de l'hospitalité que la presse médicale veut

bien nous donner pour arriver à vous, mais le Comité qui a vos pouvoirs est à votre entière disposition. Et en attendant que l'ouverture de la saison thermale prochaine permette les réunions et les décisions collectives, nous pouvons, dès à présent, pour beaucoup de stations, faire un tout des engagements individuels qui nous parviendront. La chose dépend de vous.

Pour tous renseignements et envois de pièces vous n'aurez qu'à vous adresser au secrétaire du Comité (M. le docteur Janicot, 27, rue de Berne, Paris).

LE COMITÉ.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 4 février 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Depéret, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Bide, Rouchès, Grenier, Barral, Leclerc, Bordes, Devic, Frétin, Weber, Lepage, Ythier, Imberdis, Gérard et Bonnet.

— Par décret, en date du 6 février 1889, il est créé une chaire de physique à l'École de médecine de Besançon. — La chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, de cette École, est transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologie.

— *Concours d'agrégation de médecine.* — Séance du mercredi 6 février : M. Roque : « De la thrombose. » — M. Colin : « Transmission des maladies contagieuses dans le mariage. »

Séance du jeudi 7 : M. Letulle : « De l'érysipèle à répétition. » — M. Grenier : « De l'ictère dans les maladies infectieuses. »

Séance du vendredi 8 : M. Balzer : « Du collapsus. » — M. Davezac : « Des agents pyretogènes. »

Séance du samedi 9 : « M. Gilbert : « De la vaccination antivariolique. » — M. Babinski : « Des réactions cellulaires en présence des microbes pathogènes. »

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

47

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS. | LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES. | GASTRALGIE.
DYSPEPSIE. | GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES : **Pancréatine Defresne** : en poudre, 4 gr. 2 à 4 cuillerées.
Pilules digestives Defresne . . . . 3 à 5 pilules

Élixir et Sirop.

DÉPÔT : 2, rue des Lombards et ttes pharmacies.
DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

70

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.

31

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100g**.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX
J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

46

THE DE CHINE ET DES INDES

MARQUE DÉPOSÉE. **LE DÉLICIEUX** MARQUE DÉPOSÉE.

de **E. THIBAULT**, importateur, NANTES.

Le **Thé LE DÉLICIEUX** est exclusivement composé de thés noirs de qualités extra-supérieures et choisies avec le plus grand soin. Il mérite d'être recommandé :

A toutes les personnes soucieuses de leur santé, si elles doivent en faire usage comme tonique, stimulant ou stomachique;

A toutes les personnes en général faisant un usage journalier de cette boisson et qui peuvent, plus que toutes les autres, en apprécier la finesse et le parfum délicat;

Enfin à toutes les maîtresses de maison ayant à cœur de bien traiter leurs invités.

Dépôt général : A Nantes, E. THIBAULT, 15 et 19, r. Saint-Léonard. — *Gros :* A Paris, MICHELAT et LESUEUR, 9, r. des Guillemites. — *Détail :* Ttes phies.

42

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE
ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

43

BAINS D'EAUX-MÈRES
de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

99

TABLETTE ROUSSEAU
BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence ; valeur nutritive sans égale. — *Anémie.* — *Dyspepsies.* — *Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

77

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

15

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences, — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire

DOSE: Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ
AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

74

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : 4 fr. le flacon.*

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

19

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : **2 fr. 50** une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.
EN BAINS : **1 fr.** un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS
Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès,** 9, r. du 4 Septembre, Paris.

50

LANOLINE LIEBREICH

La seule absolument libre d'acide, sans odeur, ne rancissant pas. Seul excipient absorbant son poids d'eau et se mêlant avec toutes les autres graisses.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline,
USINE DU TREMBLAY, à CREIL (Oise).
PARIS, 31, rue des Petites-Ecuries, PARIS.

26

ASTHME catarrhe, **oppression,** et toutes les *affections des voies respiratoires,* st guéris pr les **TUBES LEVASSEUR,** O. ❄❄. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, *Place Vendôme,* PARIS.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

14

Nous avons l'honneur d'appeler l'attention de MM. les Pharmaciens et Droguistes sur quelques nouveaux médicaments.

PHÉNACÉTINE-BAYER

Excellent antipyrétique et antinévralgique, qui se distingue des autres préparations du même groupe par son manque complet d'odeur et de goût. La pureté de la **Phénacétine Bayer** est prouvée par son point de fusion, qui se trouve être toujours à 134°,5 C.

SULFONAL-BAYER

Somnifère efficace, nullement narcotique, soutient le besoin naturel du sommeil là où ce besoin existe et le crée où il n'existe pas. Sans action sur le cœur ou le système vasculaire, son manque d'odeur et de goût offre un avantage d'une très grande importance dans la thérapie psychiatrique. Nous mettons dans le commerce le **Sulfonal-Bayer** en cristaux incolores à un point de fusion de 125 à 126° C. La pureté du produit, livré dans des flacons, cartons et sachets, est garantie par un contrôle permanent d'autorités scientifiques et compétentes.

S'adresser pour les demandes à M. Jean KAHRÉS, 19, rue d'Enghien, Paris, représentant dépositaire de Farbenfabriken vorm. F. BAYER et Co, à Elberfeld, et aux principales maisons de drogueries. — La vente est interdite aux Etats-Unis de l'Amérique du Nord.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

N° 18. — MARDI 12 FÉVRIER 1889. 62e ANNÉE. MARDI 12 FÉVRIER 1889. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine *La Lancette française* **Administration : 4, rue de l'Odéon, 4**
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI — PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

I

Responsabilité chirurgicale. — Les questions purement techniques échappent à la compétence des tribunaux. — L'imprudence, la négligence, le défaut de soins ou la maladresse manifeste peuvent seuls donner lieu à une action en justice.

Le tribunal de la Seine, saisi d'une réclamation d'un malade contre un de nos plus distingués professeurs du Val-de-Grâce, a rendu le jugement suivant, dont nous reproduisons les considérants qui intéressent notre profession :

Attendu, en principe, que si les tribunaux ont le droit incontestable d'examiner, dans les affaires qui leur sont soumises, si un médecin a commis une faute et une imprudence, ou s'il s'est écarté des règles de sa profession, il ne leur appartient pas de trancher la question d'ordre scientifique, d'appréciation et de pratique médicale ;

Qu'ils ne sauraient davantage se prononcer sur l'opportunité d'une opération, sur la méthode préférable et sur le meilleur traitement à suivre ;

Que les questions purement techniques échappent à leur compétence, et qu'ils doivent se borner à rechercher s'il y a eu, de la part de l'homme de l'art, imprudence, négligence, défaut de soins ou maladresse manifeste ;

Que le tribunal doit donc examiner si, dans la cause actuelle, une faute de cette nature est imputable au défendeur ;

Attendu que cette faute résulterait tout d'abord, suivant le demandeur, de ce que l'opération était inopportune et même contre-indiquée, à raison de l'état général démontré, et surtout de l'état local de la jambe ;

Mais, attendu, d'une part, qu'il résulte des écritures du demandeur lui-même, que c'est sur le conseil d'autres médecins et dans l'intention de subir cette opération, qu'il s'est fait admettre au Val-de-Grâce ;

Que, d'autre part, c'est à la suite d'une période d'examen de près d'un mois, et après avoir appelé en outre deux confrères à visiter le malade, que P... s'est décidé à pratiquer l'opération ;

Qu'il n'y a donc eu, de sa part, ni hâte, ni légèreté, et que ces circonstances suffisent à faire écarter, sur ce point, l'allégation d'imprudence ;

Qu'il appartenait au médecin seul d'apprécier s'il était préférable de tenter l'opération ou de s'abstenir ;

Attendu que G... articule en second lieu que P... aurait encore commis une faute lourde en se servant pour l'opération d'un instrument nouveau dont il ignorait le mécanisme et dont il avait laissé le maniement au fabricant M..., qui était sans qualité pour faire une opération chirurgicale ;

Mais, attendu que cette allégation n'est appuyée d'aucun élément de preuve ;

Que l'appareil dont il s'agit était inventé et employé depuis 1882, et qu'il n'était pas inconnu de P... puisqu'il a eu précisément la pensée de l'employer dans cette circonstance ;

Que le tribunal, qui ne peut apprécier le degré d'habileté ou de pratique d'un chirurgien, peut encore moins se prononcer sur l'emploi de tel ou tel instrument ;

Qu'en tout cas, la présence du fabricant lui-même, assistant le chirurgien en qualité d'aide, loin de pouvoir être retenu comme un élément de faute à la charge de P..., était, au contraire, une circonstance favorable pour le succès de l'opération ;

Attendu que G... reproche, en troisième lieu, à P..., d'avoir refusé, malgré ses sollicitations les plus pressantes, de vérifier et de relâcher l'appareil destiné à obtenir le redressement de la jambe et la réduction de la fracture ;

Mais, attendu que cette articulation tendrait, en réalité, à imputer à faute, à un médecin, de n'avoir pas cédé aux sollicitations d'un malade ;

Qu'il résulte de ce qui procède qu'elle n'est pas pertinente ;

Par ces motifs, G... est débouté de sa demande et condamné aux frais.

II

Le médecin qui, par une inattention grave dans la rédaction d'une ordonnance, et le pharmacien qui, en exécutant cette ordonnance, sans prévenir le médecin, donnent lieu à la mort d'un malade, peuvent être poursuivis pour homicide par imprudence et infraction à l'ordonnance du 29 octobre 1846, sur la vente des substances vénéneuses.

Le tribunal correctionnel de Châteaudun a rendu, dans son audience du 11 août 1888, un jugement très important que nous reproduisons d'après les « Annales d'hygiène publique et de médecine légale (1) ».

Le Tribunal,

Attendu qu'il est constant, en fait, que L..., qui était entré à l'hospice de C..., le 9 mars, pour y être soigné d'une affection de poitrine, y est décédé le 18 mars suivant ;

(1) Loc. cit., 1889, page 155.

Attendu que le docteur F..., qui lui a donné ses soins, lui a successivement prescrit, à la dose de 2 cuillerées à café par jour, les potions dont suit la formule :

1° A la date du 11 mars, une potion contenant :

Sulfate neutre d'atropine . .	3	centigrammes.
Sirop diacode.	20	grammes.
Eau distillée	90	—

2° A la date du 16 mars, une potion ainsi conçue :

Sulfate neutre d'atropine	un	gramme.
Sirop diacode	30	—
Eau distillée.	80	—

Attendu que la mort du sieur L... est arrivée le 18 mars au matin, à la suite, ainsi qu'il est établi dans l'instruction, de l'absorption, dans la soirée du 16 mars, d'une cuillerée ou d'une demi-cuillerée à café de la potion ordonnée le 16 mars.

Attendu que M. le docteur Pouchet, expert commis par M. le juge d'instruction du tribunal de Châteaudun, établit dans son rapport et à l'audience, que les symptômes observés dans les derniers jours de la vie de L..., que les lésions constatées sur son cadavre et les recherches toxicologiques concordent pour démontrer que la mort de L... doit être attribuée à l'intoxication par l'atropine ; — attendu, dit l'expert, qu'en admettant que L... n'ait absorbé qu'une demi-cuillerée à café (soit 3 grammes du mélange toxique du 16 mars, quantité qui représente 19 à 20 milligrammes d'atropine), cette dose d'alcaloïde, absorbée en une fois, était certainement capable de déterminer la mort, surtout chez un individu qui présentait déjà à ce moment des symptômes évidents d'intoxication par l'atropine, intoxication causée par l'absorption pendant cinq jours, à 3 milligrammes par vingt-quatre heures, de la potion du 11 mars.

Attendu que le rapport de M. le docteur Hiblot, qui établit que L... était atteint de tuberculose pulmonaire, affection devant entraîner la mort dans un délai qu'il n'est pas possible de déterminer exactement, mais que l'on peut fixer entre trois et six mois, confirme, à ce point de vue, c'est-à-dire en établissant que L... n'a pas succombé à l'affection de poitrine dont il était atteint, le rapport de M. le docteur Pouchet.

Attendu que les prescriptions de M. le docteur F..., bien qu'étant irrégulièrement conçues, le mode d'administration du médicament n'y étant pas énoncé, ont été mises en exécution, et les médicaments délivrés par Ch. B..., pharmacien à C... ;

Attendu que M. F... et M. B... sont l'un et l'autre responsables de l'empoisonnement auquel a succombé L... ; qu'il y a eu, de la part de M. F..., une inattention grave, alors que les symptômes de l'empoisonnement par l'atropine s'étaient déjà révélés, de formuler, par une inexplicable erreur, la dose de 1 gramme sur 110 de véhicule, dont l'absorption, à une demi-cuillerée par jour, était susceptible de causer la mort du malade ;

Que, de la part de M. B..., il y a eu une négligence touchant à l'incurie, alors que, sachant l'action au plus haut degré toxique du médicament qu'il a manipulé pour en faire la potion prescrite, manipulation qui a nécessairement attiré son attention, sachant, d'autre part, qu'il s'agissait d'une potion et non d'un mélange à diluer, il a exécuté cette étrange formule et délivré le médicament sans prévenir M. F... qu'il devait nécessairement commettre une erreur de dose, et sans l'inviter tout au moins à lui faire connaître le mode d'administration ;

Attendu que le pharmacien B... s'est, en outre, rendu coupable d'une infraction à l'article 5 de l'ordonnance du 29 octobre 1846, en vendant une substance vénéneuse, sur une prescription de M. F..., n'énonçant pas le mode d'administration du médicament, faisant application au prévenu des articles 319 du Code pénal ; 5 de l'ordonnance du 29 octobre 1846 ; 1er de la loi du 19 juillet 1845 ; 463 du Code pénal ; 365 du Code d'instruction criminelle ; 55 du Code pénal ;

Les condamne savoir :

1° Le docteur F..... en 600 francs d'amende ;

2° Le pharmacien B...., en 15 jours de prison et 400 francs d'amende.

Tous deux solidairement aux frais et dépens.

La responsabilité a incombé, comme on le voit par le jugement qui précède, à la fois au médecin et au pharmacien, parce que si, d'une part, l'ordonnance était régulière en ce sens que la dose du produit toxique était bien mentionnée en toutes lettres, d'autre part cette ordonnance ne portait pas trace du mode d'administration du médicament, ainsi que l'exige l'article 5 de l'ordonnance du 29 octobre 1846 ; elle n'était donc pas entièrement régulière et le pharmacien devait en refuser l'exécution.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Sclérose hépatique diffuse par lithiase biliaire.

(Leçon recueillie par M. le docteur Leflaive, ancien interne des hôpitaux.)

Dans notre dernière conférence, je vous entretenais d'une affection hépatique, qui, sans lésion appréciable, donnait lieu à un ictère intense. Aujourd'hui, je me propose de vous en montrer la contre-partie, c'est-à-dire une altération prononcée du parenchyme, sans qu'il y ait jaunisse.

Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, qui est entrée dans notre service, il y a un mois, pour une affection gastro-hépatique à allures très chroniques. Elle fait remonter le début de sa maladie à trois ans ; car, depuis ce temps, ses digestions sont difficiles, elle a un profond dégoût pour la viande, et elle ne se nourrit guère que de végétaux ; elle a néanmoins conservé des forces suffisantes, et même un certain embonpoint. Récemment, elle a passé un mois dans le service de M. Rigal, et alors, à deux reprises, elle a eu une hématémèse. A peine sortie de l'hôpital, elle a dû y revenir, et c'est ainsi qu'elle est arrivée dans notre service, au commencement du mois de novembre.

Nous avons constaté, alors, que cette femme était très pâle ; elle avait peut-être, à ce moment, une légère teinte jaunâtre des conjonctives, mais ce symptôme fut au moins très passager, car elle a plutôt la coloration jaune paille des affections organiques, et nous n'avons jamais pu déceler la présence de bile dans les urines. Elle accusait un profond dégoût pour les aliments, quelques douleurs en ceinture, surtout au moment des digestions, mais pas de vomissements. L'estomac était indolent ; on n'y sentait aucune tumeur. Le foie avait conservé sa forme, mais il débordait notablement les fausses côtes, et sur la ligne mamelonnaire il mesurait 18 à 19 centimètres de hauteur. La palpation ne permettait pas de sentir la vésicule biliaire et ne déterminait pas de douleurs en ce point ; vous avez, du reste, pu voir, tout à l'heure, que l'exploration du foie est bien supportée, lors même que la malade se trouve au moment d'une de ses crises douloureuses. J'ajoute que tous les autres viscères sont sains, sauf l'utérus dont le col est un peu gros et dur, ce qui est le vestige d'une métrite ancienne.

Déterminer l'espèce d'une hypertrophie hépatique est un des problèmes cliniques les plus difficiles. Incontestablement, la première idée qui se présente ici est celle d'un cancer du foie, consécutif à une néoplasie stomacale. Début lent, obscur et assez ancien, hématémèses, amaigrissement progressif, marche continue vers la cachexie, teinte jaune paille habituelle, ce sont autant d'arguments venant appuyer

ce diagnostic. On peut objecter que l'on ne sent pas de tumeur gastrique, que les hématémèses étaient rouge vif comme dans les cas d'ulcère, et non noires et à demi digérées, que la malade n'a pas de renvois ni de signes de fermentations gastriques. A cela on peut répondre qu'en fait de signes fonctionnels on peut tout observer, et qu'aucune de ces objections n'a une valeur démonstrative. Ce ne serait pas un type de cancer stomacal; voilà tout.

On peut faire remarquer encore la longue durée des accidents : vous verrez en ville, chez des malades que vous pourrez suivre, des symptômes dyspeptiques durer huit, dix ans et plus; sur ce fond prédisposé se greffe un jour un cancer. Autre objection : le foie n'est pas bosselé. C'est l'argument le plus fort; cependant le cancer secondaire du foie peut se présenter exceptionnellement sous forme d'une masse centrale unique. Somme toute, aucune objection n'est incompatible avec l'idée émise tout à l'heure; aussi ce fut notre premier diagnostic.

Passons en revue les autres maladies amenant une augmentation chronique du volume du foie.

C'est d'abord le kyste hydatique, auquel il faut toujours penser. Généralement, il ne s'accompagne d'aucun trouble de la santé générale, et l'hypertrophie hépatique n'est que partielle; enfin, le foie est rénitent et même fluctuant, si la poche est assez superficielle. Mais la clinique vit d'exceptions; un kyste peut repousser le foie dans son ensemble et, par son volume, causer des troubles digestifs.

Les scléroses relèvent presque toujours de l'alcoolisme ou de la syphilis. L'alcoolisme, dans ce cas, ne se retrouve pas dans les antécédents; les scléroses de ce genre s'accompagnent d'urines rares, rouges, à sédiments briquetés; les malades ont alors le visage coloré, le nez et les pommettes couverts de petites varicosités. Tel n'est pas le cas. Dans l'hépatite syphilitique, le foie a un bord irrégulier, inégal, découpé en languettes par de grandes incisures; le diagnostic peut presque toujours s'appuyer sur les commémoratifs ou sur des stigmates laissés par d'autres manifestations de la maladie. Ici, rien de pareil. N'oublions pas la sclérose hypertrophique biliaire, dans laquelle on observe un ictère persistant pendant des mois et des années, qui donne lieu à une grosse rate, qui survient enfin, presque toujours, chez des malades à antécédents alcooliques.

Si nous interrogeons la malade avec soin, nous apprenons que, il y a cinq ans, elle a eu, pendant six semaines, de l'ictère avec douleurs; un an plus tard, elle a eu des accès de fièvre intermittents, à exacerbations vespérales, pendant quatre ou cinq semaines, et cela en l'absence de toute cause d'impaludisme; ce n'est qu'ensuite qu'elle est devenue dyspeptique.

Quelque peine qu'on ait à reconstituer cette histoire clinique, je suis persuadé qu'il s'agit là d'une affection hépatique, consécutive à de la lithiase biliaire.

Cette femme est couturière, elle a une vie peu active. Ayant bon appétit, elle mangeait bien. Le premier accident fut une jaunisse avec douleurs, par conséquent une obstruction des voies biliaires; les accès fébriles, pseudo-intermittents, sont aussi d'origine biliaire; MM. Charcot et Magnin ont montré qu'ils s'observaient souvent, soit dans l'angiocholite vraie, donnant lieu à des abcès multiples et mortels, soit dans ces inflammations sourdes qui se font autour des vaisseaux biliaires, et qui aboutissent à la sclérose.

Cette femme a-t-elle éliminé ses calculs? Vous savez qu'il n'est pas rare d'en trouver à l'autopsie en l'absence de tout ictère, soit que la vésicule soit rétractée sur eux, soit qu'elle soit devenue hydropique. Dans le second cas, on sent une tumeur; dans le premier, rien n'est modifié, en apparence, dans les fonctions biliaires. Ici, il est évident qu'il n'en est pas ainsi.

Peut-il exister, en l'absence d'ictère, un calcul enchâtonné dans le canal cholédoque? Je n'hésite pas à dire oui. A la longue le canal cholédoque se dilate au point d'avoir le calibre de l'intestin grêle. Pour peu que le calcul soit inégal, la bile peut passer entre l'obstacle et la paroi avec des alternatives d'obstruction et d'écoulement; et ce fonctionnement, par à peu près, suffit pour que l'ictère du début ne reparaisse point. D'autre part, la sécrétion de bile est moindre, par suite de la sclérose, et les canaux contiennent encore plus de mucus que de bile. Le subictère pourra, cependant, se remontrer si la sécrétion devient momentanément plus abondante.

En somme, il se fait une dilatation des voies biliaires avec sclérose hépatique tout autour, comme on voit la sclérose pulmonaire accompagner la bronchectasie. Gombault avait de même déterminé une sclérose hépatique diffuse par la ligature du canal cholédoque. Ce processus n'est pas une vue de l'esprit, car j'ai observé un cas tout semblable, il y a quelques années. Un homme de soixante ans, très cachectique, avait tout l'aspect d'un cancer de l'estomac, mais sans tumeur. Un beau jour, il eut un frisson qui se répéta les jours suivants. Ses conjonctives étaient jaunâtres et il y avait un peu de bile dans ses urines; malgré l'absence d'antécédents, je supposai des accidents de lithiase biliaire. Et, en effet, à l'autopsie, nous trouvâmes dans le cholédoque un calcul ovoïde évidemment ancien, car son noyau de cholestérine était entouré d'épaisses incrustations calcaires.

L'examen des garde-robes a beaucoup d'importance pour apprécier le fonctionnement biliaire. Chez notre malade, elles sont très inégalement colorées, mais toujours bien moins qu'à l'état normal. De ce seul fait, nous pouvons conclure ou qu'il ne se sécrète pas assez de bile, ou qu'il s'en excrète insuffisamment. Je crois que les deux troubles s'associent; de là, les alternatives de coloration des selles; de là, le subictère de l'entrée. Ce foie est frappé d'insuffisance physiologique par des accès paroxystiques. Ainsi, hier, la malade se trouvait assez bien pour songer à quitter l'hôpital, et, aujourd'hui, elle a une crise de douleurs.

Il est à remarquer que ces crises douloureuses surviennent chaque fois qu'elle a pris un médicament agissant sur la sécrétion biliaire : le 17 novembre, elle prend des pilules bleues, et, le 19, elle a des douleurs; le 26, elle prend du calomel, et a une crise le lendemain; de même, le 4 décembre. Pour la dernière, nous n'avons pas trouvé la cause, mais elle nous permet de constater une fois de plus que les localisations douloureuses sont celles des coliques hépatiques.

Cette femme a présenté des épistaxis rebelles, et vous savez que c'est là un symptôme fréquent des affections hépatiques. Les hématémèses peuvent-elles de même avoir une origine réflexe? Hutchinson le dit, et croit même que les melæna peuvent se montrer en l'absence de toute effraction. Nous pouvons encore penser qu'un calcul biliaire, butté sur l'ampoule de Water, y détermine une érosion, des phénomènes congestifs, une hémorrhagie, comme j'ai pu l'observer l'année dernière. Les hématémèses observées,

bien que rutilantes, n'ont pas été, comme dans les cas d'ulcère, précédées ou suivies de douleurs stomacales. Il semble donc probable que le sang provenait du duodénum et qu'il a reflué dans l'estomac comme le fait souvent la bile.

Cette observation de lithiase biliaire avec angiocholite consécutive, mieux que toute ligature sur un chien ou un lapin, permet d'étudier le rôle de la bile dans la nutrition. Elle agit certainement sur les graisses que notre malade ne peut plus digérer, elle influence sans doute, peut-être par voie réflexe, les sécrétions gastrique et pancréatique, et c'est pourquoi les fonctions digestives sont très altérées au point de vue des albuminoïdes, de la viande. Ces trois sécrétions sont connexes; et même ici les symptômes les plus apparents sont ceux de la dyspepsie gastrique.

L'action de la bile sur l'intestin est très controversée ; notons que cette femme est toujours constipée, et que ses selles sont très fétides.

Pour terminer cet exposé, signalons l'absence de fièvre, le pouls lent et mou, l'urée peu abondante, mais en rapport avec l'alimentation ; enfin, il n'y a pas de troubles nerveux, tels que vertiges et palpitations.

Malgré l'amélioration obtenue, le pronostic doit être très réservé, car il existe un gros calcul difficile à éliminer et qui est une source de dangers. L'insuffisance fonctionnelle du foie toujours croissante rend peu probable l'apparition d'un ictère permanent par arrêt complet de l'excrétion biliaire. On peut craindre davantage la pénétration dans les voies biliaires de ferments donnant lieu à des abcès et à une mort rapide, ou bien une cachexie grave, par suite des progrès de la sclérose, ou encore une ulcération et perforation. J'espère peu que le calcul s'élimine d'une façon heureuse.

Il faut provoquer un peu de sécrétion biliaire, indication que rempliraient bien les eaux alcalines, l'aloès et les cholagogues ; mais, chaque fois, leur usage cause des accidents douloureux, et les fonctions du foie ne sont supportables que réduites au minimum. Pour suppléer à l'insuffisance des ferments digestifs, on peut recommander la pepsine, la pancréatine, la diastase, la bière de malt et les anciennes pilules d'extrait de bile de bœuf. Les matières grasses et amylacées devront être évitées dans l'alimentation ; le lait, au contraire, y jouera un grand rôle.

Contre la sclérose, nous ne pouvons que peu de chose. Il faudra, cependant, essayer les révulsifs, tels que les vésicatoires volants, les eaux minérales comme Vichy, les douches locales en pluie, les applications d'emplâtre de Vigo qui non seulement fait absorber un peu de mercure, mais encore est comme une sorte de cataplasme permanent.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. LAPERVENCHE, interne des hôpitaux.)

XIII

Les *grandes tumeurs du périoste et des os* qui constituent le squelette du bassin, qu'elles soient angiomateuses, fibreuses, sarcomateuses, osseuses, chondromateuses ou myéloplaxiques, exigent l'application du morcellement et du pincement combinés. Cette méthode facilite l'ablation totale et diminue les risques d'hémorrhagies immédiates ou secondaires. Vous trouverez un grand nombre d'observations de ce genre dans notre *Traié des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, ainsi que dans nos volumes de *Cliniques*. L'une d'elles a fait le sujet d'une leçon qui a été publiée dans le tome VI.

Les *tumeurs rénales*, en raison de leur siège extra-péritonéal, sont habituellement considérées comme entrant dans la composition des parois du tronc. Leur siège profond, leur vascularisation, les rapports de leur face antérieure et de leur bord interne avec le péritoine, les gros vaisseaux, l'intestin, le diaphragme, la cavité thoracique, exigent que l'ablation soit promptement et habilement conduite. Assurément notre méthode a beaucoup facilité la néphrotomie et la néphrectomie qui leur sont applicables, comme le prouvent les dernières communications qui ont été faites au Congrès chirurgical, tenu à Paris en octobre 1886.

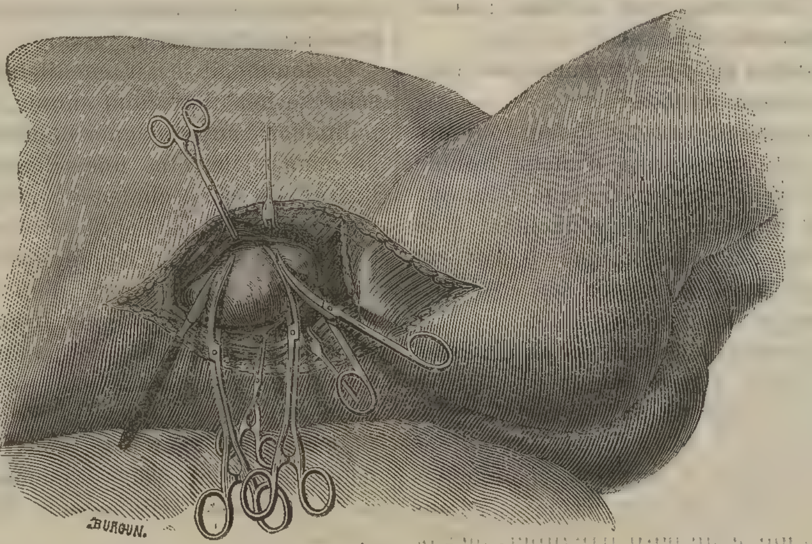


FIG. 25. — Néphrectomie lombaire. On voit que l'ablation de la tumeur est faite par le pincement préventif et le morcellement combinés.

Lors donc que l'opérateur se propose d'enlever une tumeur volumineuse du rein par la voie lombaire, il commence par se frayer une voie assez étendue pour bien reconnaître son siège, ses rapports, et pour l'enlever par le morcellement combiné au pincement suivant les règles que nous avons posées dans le tome IV de nos *Cliniques*. Sans cette méthode il serait obligé, pour atteindre la tumeur, de recourir à la voie abdominale, qui nécessite l'ouverture du péritoine et par suite expose à de plus grands dangers. Notre ancien interne, M. Brodeur (2), a publié, dans la thèse inaugurale qu'il a soutenue à Paris, plusieurs observations semblables tirées de notre pratique. Nous nous contenterons de vous rappeler en peu de mots la suivante.

OBS. XIV. — Il s'agit d'une malade atteinte d'une tumeur du rein gauche, étendue de l'hypochondre à la fosse iliaque, dépassant la ligne médiane de trois travers de doigt et faisant une forte saillie du côté des lombes.

Par suite du volume considérable de cette tumeur, plusieurs

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 86.

(2) BRODEUR. Thèse de Paris, 1886, p. 377 et suivantes.

chirurgiens prétendaient qu'il était impossible de l'extraire par la voie lombaire. Un examen attentif nous permit d'affirmer qu'il n'en était rien, à la condition de recourir au morcellement et au pincement combinés. Notre opinion prévalut d'autant mieux que la tumeur contenait du pus et que le passage de ce liquide dans le péritoine était à redouter en opérant par la voie abdominale.

La malade, chloroformisée, est placée dans le décubitus latéro-dorsal droit. Nous faisons ensuite une incision verticale au niveau du bord antérieur du carré des lombes, remontant de 4 centimètres sur les côtes et descendant de 6 centimètres sur la fesse. Section de la cloison aponévrotique jusqu'au fascia adipeux, excision du tissu adipeux inter-musculaire, incision du faux feuillet aponévrotique et section de l'aponévrose graisseuse du rein. Nous reconnaissons alors le bord externe de cet organe à sa coloration plus blanche qu'à l'ordinaire et à la fluctuation. Nous pratiquons une ponction et nous retirons 100 grammes de pus, d'odeur alliacée. Nous cherchons ensuite la face externe du rein, nous la détachons de l'atmosphère adipeuse et nous reconnaissons que ce détachement, possible en avant, en arrière et en bas sur une grande étendue, est impossible en haut. Voyant que de ce côté les adhérences inflammatoires empêchent d'attirer la tumeur, il ne nous reste plus d'autres ressources que de chercher s'il y a dans son intérieur d'autres foyers purulents, de les vider, et, si cela ne suffit pas, de recourir au morcellement.

Une nouvelle collection fluctuante, contenant environ 100 grammes de liquide jaunâtre, est ouverte, mais la dissection des parties voisines est impossible parce qu'elles sont adhérentes à l'atmosphère qui est indurée et sclérosée. Des pinces dentées et courbes, dites à *langue*, sont placées successivement de la partie inférieure vers la supérieure, et le morcellement est fait successivement au-dessous d'elles, c'est-à-dire de bas en haut. La diminution de la tumeur est telle qu'il devient possible avec les grosses pinces à trois dents de Chassaignac d'attirer la partie supérieure du rein, de l'abaisser, d'en couper la capsule propre et d'introduire une spatule au-dessous de celle-ci pour l'énucléer jusqu'au hile. Nous enlevons cette dernière portion à son tour par morcellement. Le pédicule est pincé et lié en deux parties.

L'opération est ainsi terminée sans que la malade ait perdu une goutte de sang.

Nous n'insistons pas sur les détails complémentaires de l'observation : vous les trouverez dans l'excellente thèse de Brodeur.

Comme vous le voyez, si dans ce cas nous n'avions pas eu le morcellement à notre disposition, il nous eût été impossible d'extraire le rein malade en totalité par la voie lombaire, puisqu'il était volumineux, solide, irréductible et relié aux organes voisins par des adhérences nombreuses, qui empêchaient la dissection périphérique. L'énucléation simple aurait été impraticable et n'aurait servi qu'à produire des désordres considérables, en obligeant l'opérateur à grandir démesurément l'incision et même à réséquer une côte. Le morcellement, au contraire, a permis, sans difficulté, sans danger, d'enlever la tumeur et de ménager les vaisseaux et les organes voisins au cours de l'opération.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 février 1889. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

COMMUNICATIONS

Améliorations des services hospitaliers. — M. MILLARD, à l'occasion de la communication de M. Sevestre (1), lit une lettre de M. Grancher au directeur de l'Assistance publique, relative à l'organisation de l'antisepsie médicale dans son service. Une somme de 27 924 francs a été votée pour réaliser les améliorations réclamées par M. Grancher et notamment l'installation d'une étuve à vapeur humide. En outre, le ministre de l'Intérieur met à la disposition de l'Assistance une somme de 500 000 francs, qui sera ainsi répartie : 180 000 francs pour envoi d'enfants scrofuleux dans les stations thermales ou maritimes ; 120 000 francs pour remplacer les étuves à désinfection par le nouveau système ; 200 000 francs pour améliorer le mobilier des services des hôpitaux. M. Millard ajoute que l'administration de l'Assistance fait tout ce qu'elle peut pour réaliser les améliorations demandées.

M. LAILLER fait observer que 200 000 francs, pour tous les services hospitaliers, sont une somme insignifiante avec laquelle on n'arrivera à rien. Il faudrait affecter cette somme aux services les plus exposés.

M. MILLARD dit que c'est aussi l'intention de M. le directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, qui a fait mettre à l'étude plusieurs projets.

M. RENDU insiste sur l'encombrement actuel des hôpitaux qui constitue le plus grand inconvénient, au point de vue de l'hygiène. On compte actuellement 950 brancards. Tant que durera cet encombrement, on aura négligé la chose capitale, primordiale.

Rapports de l'ataxie locomotrice et du goître exophthalmique. — M. BALLET, à propos de la communication de M. Barié (1), admet que c'est un fait indéniable que la coexistence des deux maladies sur le même sujet. D'accord avec M. Barié sur ce point, M. Ballet se sépare de lui relativement à la théorie pathogénique qu'il a soutenue et qui repose sur ce fait que, dans la généralité des cas, le goître exophthalmique est lié à des lésions et particulièrement à une lésion bulbaire ou protubérantio-bulbaire. M. Ballet l'a également pensé à une certaine époque, avant qu'on ne connût aussi bien qu'aujourd'hui l'association des diverses névroses et l'hystérie masculine. Il rappelle, à ce sujet, un malade présenté par M. Féréol et qui était hystérique. Il insiste, en outre, sur la ressemblance de la maladie de Basedow avec les autres névroses, et, en particulier, avec l'hystérie, tant au point de vue de l'étiologie, qu'au point de vue de la terminaison assez fréquente par la guérison.

D'ailleurs, en admettant avec M. Barié une lésion bulbaire dans laquelle les noyaux du pneumogastrique seraient touchés, on n'aurait pas les symptômes de la maladie de Basedow. La preuve, c'est que, dans la sclérose latérale amyotrophique, les noyaux des pneumogastriques sont sûrement atteints et, cependant, la symptomatologie n'est pas du tout celle du goître exophthalmique. M. Ballet se rattache donc à la théorie émise par M. Joffroy, à savoir que, lorsque le tabes et la maladie de Basedow existent simultanément, on ne doit voir là qu'une de ces associations morbides qui sont si fréquentes et qu'on connaît beaucoup mieux aujourd'hui. M. Barié dit à cela que l'on table sur de simples coïncidences et que les coïncidences ne comptent pas pour des explications. Assurément, répond M. Ballet, lorsqu'il s'agit de coïncidences fortuites, mais tel n'est pas le cas. Les tabétiques, en effet, sont généralement des héréditaires, des tarés, chez lesquels plusieurs névroses peuvent très bien s'associer entre elles. On sait que la neurasthénie se combine souvent au tabes, pourquoi n'en serait-il pas de même du goître exophthalmique ? M. Joffroy a fait observer que l'un des symptômes cardinaux du goître exophthalmique, la tachycardie, se rencontre souvent chez les tabétiques, sans qu'il s'agisse d'une forme fruste de la maladie de Basedow. Ce serait simplement un symptôme tabétique à ajouter aux autres.

M. RENAUT a observé une malade enceinte, qui avait un goître exophthalmique, surtout caractérisé par la tachycardie. Tout a disparu après l'accouchement.

M. OLLIVIER a vu un tabétique présenter une hyperhydrose et une séborrhée très intenses. Il demande à M. Ballet s'il s'explique ces phénomènes.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 131.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1370.

M. BALLET répond que ces hypersécrétions cutanées peuvent être de même nature que les hypersécrétions intestinales, les diarrhées, que l'on rencontre parfois chez les tabétiques.

M. DUMONTPALLIER a été très étonné d'entendre M. Ballet parler de la guérison fréquente de la maladie de Basedow. Il n'en connaît pas encore un seul cas.

M. BALLET dit qu'il en existe cependant. Il en cite deux exemples typiques qui ont été guéris par les courants faradiques ou les courants continus. Très rare dans les cas les mieux accentués, la guérison est fréquente dans les formes frustes ou atténuées.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Note au sujet de l'examen d'aptitude des médecins-majors de première classe et des médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe.

Le ministre a décidé, à la date du 8 février 1889 :

Que l'examen d'aptitude, institué par les décisions des 26 avril et 24 mai 1883 (1), restera facultatif, sans condition d'ancienneté, pour les médecins-majors de première classe, et obligatoire pour les médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe appartenant à la moitié la plus ancienne du cadre.

Les professeurs agrégés du Val-de-Grâce, les répétiteurs de l'école de Lyon, ainsi que les médecins ayant précédemment satisfait aux épreuves de l'ancien concours pour le service hospitalier en seront seuls dispensés.

Les médecins-majors de première classe, les médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe ne pourront être proposés pour le grade supérieur, sauf en campagne, qu'autant qu'ils auront subi avec succès l'examen d'aptitude qui comprendra les épreuves déterminées par la circulaire du 24 mai 1883.

Toutefois, pour la quatrième épreuve, les candidats pourront être interrogés non seulement sur les lois, décrets, instructions et règlements énoncés par ladite circulaire, mais sur toutes les dispositions nouvelles ayant un caractère général ou concernant spécialement le service de santé.

Chaque année, à la date du 31 décembre, il est dressé un état nominatif des médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe appartenant à la plus ancienne moitié du cadre et n'ayant pas encore obtenu le certificat d'aptitude ou un titre équivalent. Quant aux médecins-majors de première classe désirant subir cet examen, ils doivent faire parvenir leur demande par la voie hiérarchique avant le 31 décembre.

Les candidats sont informés du jour où ils doivent subir la première épreuve.

Le jury d'examen est composé de trois membres, savoir :

Pour les médecins : le médecin inspecteur général, ou un médecin inspecteur, président ; — deux médecins principaux dont un professeur du Val-de-Grâce.

Pour les pharmaciens : le pharmacien inspecteur, président; — un médecin principal, — le pharmacien professeur au Val-de-Grâce.

Le ministre désigne les présidents et choisit les membres des jurys sur une liste présentée par le comité technique de santé.

L'épreuve écrite est éliminatoire : — la composition est faite par les candidats partout le même jour, à la même heure et au lieu de leur résidence.

Le sujet de cette composition, choisi par le jury, est envoyé au directeur du service de santé de chaque corps d'armée, sous autant de plis cachetés qu'il y a de garnisons possédant des candidats. Le directeur provoque les ordres nécessaires pour que ceux-ci soient convoqués et réunis à l'heure et au jour fixés et fait parvenir les plis cachetés, par l'intermédiaire du commandement, aux commandants d'armes.

Ces derniers désignent soit un médecin militaire, soit un officier d'un grade supérieur à celui des candidats, qui ouvre, en présence de ceux-ci, le pli cacheté, leur donne lecture de son contenu et surveille la composition. Les rédactions, cachetées et paraphées séparément, sont remises directement à l'officier chargé de la surveillance, qui les réunit et les enferme en présence des candidats dans un pli cacheté collectif, et sous double enveloppe, l'intérieure portant comme suscription : « Service de santé militaire. A M. le président du jury d'examen pour le certificat d'aptitude, » et la mention : *Ne pas ouvrir;* — l'extérieure portant l'indication suivante : « A M. le ministre de la guerre (7e direction, bureau des hôpitaux). » Ce pli est remis par lui au commandant d'armes qui l'expédie directement au ministre (7e direction).

La décision du jury est notifiée par le ministre (7e direction) aux candidats. Ceux qui ont été déclarés admissibles sont convoqués à Paris (hôpital du Val-de-Grâce), où ils subissent les épreuves définitives. Par exception, les candidats résidant en Algérie et en Tunisie peuvent, si le ministre le juge convenable, être réunis à Alger, et examinés par des jurys présidés par le médecin inspecteur directeur du service de santé du 19e corps, et composés :

Pour les médecins : des directeurs du service de santé d'Oran et de Constantine ;

Pour les pharmaciens : de deux pharmaciens principaux ou majors de première classe pris en Algérie et désignés par le général commandant le 19e corps, sur la proposition du médecin inspecteur directeur du service de santé.

Dans le cas où les candidats d'un même corps d'armée seraient en nombre trop considérable, ils pourraient être convoqués par séries successives, de façon que le service n'ait pas à souffrir de leur absence simultanée.

L'ordre dans lequel les candidats sont appelés à subir les épreuves définitives, ainsi que les questions auxquelles ils doivent répondre, sont déterminés par le sort. Le nombre des questions mises dans l'urne est toujours double de celui des candidats.

Les épreuves sont notées de 0 à 20, par chaque membre du jury.

La moyenne des notes ainsi obtenues à chaque épreuve est multipliée par les coefficients suivants :

1re épreuve, coefficient 12 ; 2e, 15 ; 3e, 10 ; 4e, 8.

L'admissibilité exige un minimum de 132 points.

Nul candidat n'est admis s'il n'a obtenu 495 points au moins pour l'ensemble des épreuves.

Le président de chaque jury adresse au ministre :

1° Après l'épreuve éliminatoire, la liste des candidats admissibles ; — 2° après la clôture des opérations définitives, celle des admis.

Le ministre arrête cette liste et délivre aux candidats admis le certificat d'aptitude.

Notification du résultat de l'examen et de la moyenne obtenue est faite aux directeurs du service de santé des corps d'armée ou gouvernements militaires.

Le feuillet technique de l'officier devra porter l'indication du nombre de points qu'il aura obtenus.

Par exception, en 1889, l'examen d'aptitude ne devant avoir lieu que dans la deuxième quinzaine de mars, la liste ne sera close que le 1er mars.

Les candidats obligés de se déplacer auront droit aux allocations fixées par les règlements et à l'indemnité de présence à Paris pendant leur séjour, sous la condition de produire un certificat délivré par le président du jury, constatant qu'ils ont pris part à l'examen.

En cas de renonciation volontaire de la part du candidat au cours de l'examen, il n'aura droit qu'à la solde d'absence, sans indemnité de route ni de séjour.

Le ministre de la Guerre,
C. DE FREYCINET.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 401 et 508.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 7 février 1889, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1889, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Tours.

— *Concours d'agrégation de médecine.* — Les leçons cliniques commenceront le mardi 2 février, à onze heures, à l'hôpital de la Charité.

— *Hôpitaux de Paris.* — Un concours public, pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central, sera ouvert le lundi 25 mars 1889, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria. — Le registre d'inscription, ouvert le lundi 25 février 1889, à midi, sera clos le lundi 11 mars, à trois heures.

Un concours spécial, pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central, sera ouvert le lundi 6 mai 1889, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria. — Le registre d'inscription, ouvert le lundi 1er avril 1889, à midi, sera clos le mercredi 17 avril, à trois heures.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Biarnès, licencié ès sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques.

— A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Boiffin a été nommé suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchement près l'École de médecine de Nantes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chardon (de Bonneuil-Matours); Dhamelincourt (de Boyelles); Lober (de Lille); Prunières (de Marvejols).

— L'hôpital militaire de Madrid vient d'être détruit en grande partie par un incendie. Les pertes matérielles sont considérables, mais il n'y a eu heureusement que quelques accidents sans importance.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

16

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie Champigny, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

41

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer**.

Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

41

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

58

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

41

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse)

Contre les maux de gorge, angines, extinction de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, Paris, et ttes pharmacies de France et de l'étranger.

60

LES BONBONS DE FER DIASTASÉ

du Dr V. BAUD

CONTIENNENT 1 CENTIGR. 1/2 DE CITRATE DE FER

Le nouveau mode de préparation que nous appliquons au **Fer**, accroît beaucoup son efficacité curative et fait disparaître les actions locales irritantes de sa forme chimique, en lui substituant une loi de la nature, qui le rend plus apte à exercer sans troubles son action digestive et d'assimilation.

Notre méthode consiste à provoquer un mouvement de germination dans la graine de cresson; à obtenir qu'elle absorbe et assimile une solution médicamenteuse titrée. Pendant ce travail vital, elle développe une abondante diastase, principe de la salive et de la digestion.

Reste à dragéifier ces graines en évitant de compromettre les principes diastasiques, et, selon l'expression du savant **Bouchardat**, le malade peut avaler son médicament dans son laboratoire. (*Voir la brochure*).

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

39

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

Inhalateur, location, 5 francs par semaine. Gaz, 0 f. 10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** francs.

Phie Limousin, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café: Ergot, 0,05; Citr. de fer amm., 0,10.

Indications : **Chlorose des jeunes filles**, anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique**, inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, *Place Vendôme*, Paris.

69

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Éch. fo.)

77

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

23

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1o La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2o le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3o le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4o le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

35

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les

Affections aiguës et chroniques de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

Dosage : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes.

Phie Pelisse, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

62

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote, la boîte, 4 fr. — Vin et Huile créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

55

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

Sources : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.)

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

74

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

77

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

41

Anémie, Chlorose, Pâles couleurs, Convalescence,

GUÉRISON PROMPTE ET CERTAINE PAR

L'ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT de Seigle

du Dr J. PELLETAN

3 récompenses obtenues en 1888

BARCELONNE	PARIS	BRUXELLES
médlle d'argt	diplôme d'honneur	médlle d'argt

Cet élixir, d'un goût délicieux et très agréable à prendre, est le plus puissant réparateur des forces. A la dose d'une cuillerée à café après chaque repas, il est recommandé d'une façon toute spéciale aux femmes qui nourrissent, et dont le lait a besoin d'être reconstitué.

PRIX DU FLACON : **5** FRANCS

Dans toutes les bonnes Pharmacies.

Vente en gros : E. Grimaud fils, 3, r. Ribera, Paris.

33

ALBUMINATE DE FER

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Spécifique des troubles de la menstruation.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

N° 19. — JEUDI 14 FÉVRIER 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 14 FÉVRIER 1889. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a repris aujourd'hui la discussion sur le tétanos. Chose bizarre! M. Verneuil n'a encore communiqué que la première partie de son travail, celle qui a trait à la contagiosité et à la nature infectieuse du tétanos, se réservant de démontrer, dans une seconde partie, son origine équine. Or, c'est sur cette seconde partie, non encore communiquée, que les orateurs qui ont pris la parole, M. Alphonse Guérin dans la séance du 20 novembre, et aujourd'hui M. Leblanc, ont surtout porté la discussion. Ainsi que n'a pas manqué de le faire observer M. Verneuil, il eût été véritablement plus rationnel d'attendre les arguments qu'il doit présenter avant de les discuter et de les réfuter. Cette observation ne saurait s'adresser à M. Nocard, qui est resté sur le terrain de la nature infectieuse et de la contagiosité du tétanos. Contrairement à M. Alphonse Guérin, il déclare n'avoir jamais trouvé aucune lésion médullaire à l'autopsie des chevaux morts de tétanos; il a vainement aussi cherché le virus de cette affection dans le système nerveux. Il n'a pas non plus réussi à la provoquer par des inoculations de substance nerveuse.

Il en arrive donc à cette conclusion que le contage n'est ni dans le sang, ni dans le système nerveux, et reste cantonné dans la plaie et dans son voisinage, où les microbes produisent, sans doute, des substances toxiques qui, résorbées dans l'organisme, y amènent les troubles qui caractérisent le tétanos. On sait qu'il en est ainsi pour la diphthérie, comme viennent de le démontrer MM. Roux et Yersin.

M. Leblanc accorde une plus grande part à la prédisposition qu'à l'infection, et combat énergiquement l'origine équine du tétanos. La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

M. Hayem a communiqué, au nom d'un de ses élèves, M. le docteur Roussy, un travail des plus importants, sur la pathogénie de la fièvre, travail si important, que M. Bouchard et plusieurs autres membres voulaient immédiatement le discuter. Mais il a fallu s'incliner devant le règlement qui s'oppose à ce qu'on discute la communication d'un étranger à l'Académie. M. Hayem fera donc un rapport, et c'est ce rapport qui servira de base à la discussion. M. Roussy vient de faire une découverte très intéressante : il a trouvé et isolé, d'un micro-organisme, une substance chimique soluble, qu'il propose d'appeler pyrétogénine, et dont l'introduction chez le chien, à raison d'un demi-milligramme par kilogramme d'animal, détermine l'accès de fièvre le plus intense.

Signalons enfin un travail statistique, de M. Lagneau, sur la mortalité des marins et des soldats français dans nos colonies.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lancereaux

Cancer du rein.

(Leçon recueillie par M. le docteur Albert Mathieu, ancien chef de clinique de la Faculté.)

Un homme de cinquante-huit ans, journalier, entre au n° 9 de la salle Piorry, en 1886. C'est un homme robuste qui présente cependant les attributs du tempérament nerveux, sans antécédent héréditaire évident. Il est chauve, atteint de blépharite ciliaire, avec des ongles malades, des articulations volumineuses et des varices : ce sont là les indices d'un tempérament particulier.

Au moment de l'entrée, on constate de la polyurie ; les urines sont albumineuses. Le diagnostic auquel on était amené, était : néphrite interstitielle, néphrite artérielle. Un mois ou deux plus tard, se produit une hématurie qui dure plusieurs jours. Dans l'urine, il y avait des cylindres fibrineux, longs de plusieurs centimètres ; il s'agissait évidemment de concrétions qui s'étaient moulées dans les uretères.

Sous l'influence sans doute du cheminement, dans les uretères, de ces cylindres fibrineux, se montrèrent des douleurs qui présentaient à peu près le caractère de véritables coliques néphrétiques.

On fut ainsi amené à penser qu'il s'agissait d'une néphrite interstitielle, compliquée de lithiase urinaire. La survenue de frissons, de petits accès de fièvre, était en faveur de la même opinion : cela semblait indiquer l'existence d'un certain degré de pyélite.

Les douleurs siégeaient surtout du côté gauche, ce qui amena à faire, un peu tardivement, ce qui aurait dû être fait plus tôt : *la palpation méthodique du rein*. Cette exploration

révéla l'existence d'une tumeur profonde, volumineuse, lisse, dure, d'une consistance véritablement ligneuse : les choses dès lors étaient bien nettes, il s'agissait d'un cancer du rein gauche.

Dans le courant de l'année 1887, il faut relever des vomissements sans doute urémiques ; il suffit, pour les faire disparaître, d'administrer quelques purgatifs drastiques.

Enfin, la cachexie et l'anémie allèrent en s'accentuant et le malade succomba dans les premiers jours de janvier 1889. Il s'était écoulé près de trois ans depuis l'apparition des premiers phénomènes.

A l'autopsie on trouve, en effet, un cancer encéphaloïde du rein gauche, qui présente un volume assez considérable et s'étend des fausses côtes à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le rein a contracté quelques adhérences avec les parties voisines ; le côlon a conservé sa place normale au-devant de lui.

La veine rénale est remplie et partiellement oblitérée par une masse blanche qui se prolonge jusqu'à la veine cave. A première vue, on pourrait penser qu'il s'agit d'un caillot fibrineux. Il s'agit, en réalité, d'une masse néoplasique, de même nature que la tumeur rénale. L'existence d'une production semblable, d'un bourgeonnement de cet ordre dans l'intérieur de la veine rénale, est un fait habituel.

Deux symptômes intéressants et importants y correspondent en clinique : l'existence d'un *varicocèle* et l'*œdème* des membres inférieurs. Le varicocèle s'explique par la disposition anatomique de la veine spermatique qui vient s'aboucher dans la veine rénale. Quant à l'œdème des membres inférieurs, il résulte, mécaniquement aussi, du rétrécissement plus ou moins marqué de la veine cave.

Ici, le varicocèle et l'œdème des membres inférieurs ont manqué, sans doute parce que la veine rénale était encore perméable, et la lumière de la veine cave simplement rétrécie.

Une petite ulcération du bassinet expliquait sans doute la fièvre : par elle, avait pu se produire la résorption de substances septiques.

La capsule, simplement distendue en avant, était rompue en arrière, et le néoplasme, passant par cette brèche, avait envahi les tissus voisins et la colonne vertébrale elle-même. Les autres organes étaient sains, on relevait seulement un peu de congestion à la base des poumons et de l'athérome artériel généralisé.

Le cancer du rein, signalé par Bouillaud (1825) et par Gintrac, a été vu également par Bright, Rayer, Cruveilhier. Lebert, Robin et Laboulbène en ont, les premiers, signalé la nature épithéliomateuse en 1855. Depuis cette époque, un assez grand nombre de faits ont été publiés, en particulier dans les *Bulletins de la Société anatomique*. Un fait de M. Troisier, présenté à cette Société, offre une très grande ressemblance avec celui qui vient d'être rapporté.

Il existe, du reste, de grandes analogies entre les divers faits publiés au point de vue de leur constitution anatomique et de leur évolution.

Toujours, dans ces tumeurs *épithéliales* du rein, il s'agit de personnes âgées. Chez les jeunes gens et les enfants, au contraire, ce qu'on trouve, c'est du sarcome, ce sont des tumeurs d'origine conjonctive.

Le cancer du rein s'annonce par des phénomènes vagues d'anémie et de dépérissement inexpliqués. Parfois, il y a de la douleur dans la région lombaire. Cette douleur doit appeler l'attention vers le rein. Il faut pratiquer la palpation méthodique de cet organe (1).

On pourra, de cette façon, reconnaître de bonne heure l'existence d'une tumeur du rein, faire un diagnostic précoce qui est loin d'être indifférent à tout point de vue.

L'*hématurie* aussi peut être un phénomène qui attire l'attention vers le rein. Cette hématurie, assez brusque dans son apparition, peut durer plusieurs jours. Le sang est intimement mélangé à l'urine. Assez souvent, elle s'accompagne de douleurs qui rappellent les coliques néphrétiques. Son apparition rend encore plus obligatoire l'exploration de l'abdomen, la recherche d'une tumeur rénale.

La *polyurie*, observée chez le malade qui est le sujet de cette leçon, n'est pas rare non plus.

Quant à la *tumeur*, il faut insister sur sa dureté, sa consistance véritablement *ligneuse*, sur sa forme qui est celle d'un rein augmenté de volume.

A une période plus avancée, surviennent très souvent des douleurs névralgiques sur le trajet des nerfs qui émanent du plexus lombaire. Ces névralgies, particulièrement tenaces, s'accompagnent souvent de troubles trophiques du membre inférieur, d'amaigrissement, d'atrophie des masses musculaires, de modifications de la peau : c'est qu'elles relèvent d'une véritable lésion destructive des racines et des troncs nerveux.

L'évolution est lente et progressive ; parfois, on voit survenir le varicocèle et l'œdème des jambes, d'après le mécanisme indiqué tout à l'heure. La cachexie et l'anémie s'accentuent et le malade succombe au bout d'une à deux années.

La mort peut être amenée par des accidents urémiques, le plus souvent elle est le fait de la cachexie.

L'étude histologique des tumeurs malignes du rein est intéressante à des points de vue différents.

Tout d'abord, au point de vue de la pathologie générale, on voit qu'elles n'échappent pas aux lois qui dominent la formation des diverses néoplasies. Pour le rein comme pour les autres organes, les néoplasies peuvent être d'origine épithéliale ou d'origine conjonctive, interstitielle. Toutes les tumeurs dites cancéreuses sont des productions d'origine épithéliale qui procèdent de la prolifération des cellules du revêtement épidermique ou des dépressions glandulaires, de la même façon que ces glandes elles-mêmes procèdent d'une sorte d'invagination et de bourgeonnement du feuillet externe ou du feuillet interne de l'embryon. Tous les cancers sont donc d'origine épithéliale et l'on peut y voir représentés tous les types normaux des épithéliums des membranes de revêtement ou des glandes qui en dépendent.

La charpente conjonctive des tissus, au contraire, et tout ce qui dérive du feuillet moyen du blastoderme, ne peut donner lieu qu'à des productions de type conjonctif, le sarcome et le fibro-sarcome en sont les représentants les mieux caractérisés.

Les néoplasies épithéliales appartiennent aux gens âgés. Sous l'influence, sans doute, d'un trouble de nutrition générale, les cellules épithéliales prolifèrent dans l'intérieur des tubuli, dont la membrane d'enveloppe finit par se rompre. Le tissu conjonctif interstitiel, irrité, emprisonne dans ses mailles épaissies les bourgeons épithéliaux venus

(1) Voir à ce propos la Revue générale de M. Guillet sur les tumeurs solides du rein et leur traitement chirurgical, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 401.

des tubuli. Stroma alvéolaire et masses épithéliales dans leur intérieur : le cancer se trouve ainsi constitué.

Les néoplasies sarcomateuses et fibro-sarcomateuses dérivent du tissu conjonctif. Dans le rein, on les observe surtout chez les enfants sous la forme du sarcome. Comme il s'agit de sujets en voie de développement, d'accroissement, la prolifération des éléments embryonnaires est excessive, et la tumeur, réellement maligne, se développe avec une très grande rapidité. En quelques mois, elle peut atteindre le volume d'une tête d'adulte. La malignité est ici le fait de l'âge, et non de la nature même de la tumeur. Chez des adultes, au contraire, l'accroissement est plus lent, le tissu fibreux peut se développer, il tend à se faire du *fibrome* ou tout au moins du fibro-sarcome. Les lésions se limitent ainsi, elles-mêmes, et le danger qu'elles présentent est beaucoup moins grand que chez les enfants.

Il importe donc de faire le diagnostic différentiel entre les tumeurs cancéreuses, épithéliales, et les tumeurs conjonctives, sarcomes ou fibro-sarcomes.

La néoplasie épithéliale se montre de quarante à soixante-dix ans, le sarcome embryonnaire dans l'enfance ou le jeune âge.

Le sarcome présente une consistance molle, élastique ; le cancer est dur et ligneux.

Le sarcome se développe plus rapidement, il atteint plus rapidement un volume considérable. L'albuminurie et la polyurie y sont rares.

A l'aide de ces données, il sera possible souvent d'établir le diagnostic entre ces deux ordres de tumeurs du rein, c'est chose d'autant plus importante que, dans ces derniers temps, on ne s'est pas contenté du traitement médical, purement symptomatique, impuissant à enrayer la marche du mal. On est intervenu chirurgicalement et on a pratiqué l'extirpation du rein malade. Les statistiques, il faut le dire, n'ont rien de bien encourageant.

Chez les enfants, l'opération ne donne que de mauvais résultats, ce qui s'explique par la puissance de bourgeonnement et l'activité de végétation que présente le sarcome chez les jeunes sujets.

Avec le cancer épithélial de l'adulte, les résultats ne sont pas meilleurs. Cependant, Billroth a cité un cas d'extirpation d'un cancer vrai du rein suivi de guérison. Cette guérison s'est-elle maintenue ?

La tumeur qui se prête le mieux à l'intervention chirurgicale, c'est le fibro-sarcome de l'adulte. Il n'y a pas avec lui d'envahissement du voisinage, pas de propagation ganglionnaire, on ne risque pas, après l'avoir enlevé, de voir une repullulation plus ou moins rapide succéder à l'opération et emporter le malade.

L'opération n'est indiquée que pour les fibro-sarcomes de l'adulte. Il importe donc d'en savoir faire le diagnostic ; il importe aussi de faire ce diagnostic d'une façon aussi précoce que possible. Il n'y a pas de temps à perdre toutes les fois que peut se poser la question de l'extirpation chirurgicale.

Il faut d'abord, cela va de soi, distinguer les tumeurs malignes du rein des affections qui peuvent les simuler : les tumeurs du foie, de la rate, de l'ovaire, les masses ganglionnaires symptomatiques d'un cancer testiculaire passé inaperçu. La présence du côlon au-devant de la tumeur est un signe important en faveur d'une lésion du rein.

Parmi les maladies du rein lui-même, il faut signaler la lithiase et la tuberculose rénales.

Avec la lithiase on peut avoir, comme dans le cancer, des hématuries, des douleurs lombaires, de la fièvre ; il peut y avoir même une tumeur causée par l'hydronéphrose ; mais cette tumeur est élastique, et non dure et résistante comme le cancer du rein.

Quant à la tuberculose, elle atteint simultanément les deux reins qui ne présentent jamais une augmentation de volume aussi considérable que dans le cancer. Elle s'accompagne fréquemment de pyurie.

Les erreurs commises à propos du cancer du rein sont, du reste, fréquentes. Elles peuvent être bien bizarres. Dans un cas, la tumeur constatée disparut, par un procédé tout à fait naturel de résolution : l'accouchement. Une grossesse avait été prise pour un cancer du rein !

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES

SUR LA PATHOGÉNIE DE LA FIÈVRE ; SUBSTANCES CALORIGÈNES ET FRIGORIGÈNES D'ORIGINE MICROBIENNE ; PYRÉTOGÉNINE ET FRIGORIGÉNINE.

Par M. le docteur Roussy,
Chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

J'ai réussi à isoler à l'état de pureté, au cours de recherches poursuivies depuis plus de trois ans, une substance chimique blanche, qui a été présentée à l'Académie.

Cette substance est élaborée par un micro-organisme et a été extraite par un procédé spécial que je me réserve de faire connaître prochainement, lorsque j'aurai terminé l'étude chimique de cette matière.

Elle possède à un degré surprenant le pouvoir de déterminer rapidement, chaque fois qu'on l'injecte dans la circulation d'un chien à la dose infime de moins de un demi-milligramme par kilogramme d'animal, l'accès de fièvre le plus intense et le plus typique.

Cet accès ne saurait être mieux comparé qu'à ceux que l'on observe dans la fièvre paludéenne, ainsi que l'Académie a pu en juger par la représentation graphique des modifications des températures rectale et inguinale, du pouls et de la respiration, ainsi que par la description suivante.

Dix à trente minutes après l'injection, l'animal, qui jusque-là était gai, commence à être inquiet, il cesse de sauter et marche avec une certaine lenteur. Bientôt il éprouve quelques secousses dans les muscles de la nuque, du thorax et dans le diaphragme. Ce sont les phénomènes avant-coureurs de frissons qui ne tardent pas à se montrer.

Ces frissons, très faibles au début, sont remplacés par un tremblement généralisé, intense et intermittent, qui se produit à chaque expiration. Quelquefois, cependant, il empiète sur l'inspiration et est plus ou moins continu. Ce tremblement dure environ une heure et cesse complètement.

Pendant que se déroulent ces phénomènes, l'animal a des nausées, vomit ses aliments ou une matière mousseuse et bilieuse ; il a une selle dure au début, puis diarrhéique, et une miction.

Ces trois phénomènes se renouvellent, en général, quatre à cinq fois pendant la durée de l'accès. De plus, le pouls et la respiration augmentent progressivement.

C'est la période d'ascension qui constitue la première phase de l'accès de fièvre.

Deux heures après l'injection, cette période d'ascension a atteint son plus haut degré. Si à ce moment on mesure les troubles fonctionnels, on constate qu'ils sont les suivants : la température rectale est montée de 39° 1 à 41° 9. La température inguinale a suivi la même progression : de 38° 8 elle s'est élevée à 41°8. La peau de l'animal donne une sensation de chaleur sèche, brûlante, désagréable. Elle répand une odeur *sui generis*. Le pouls s'est accru de 105 à 130. Il est petit, intermittent,

irrégulier et difficile à compter. La respiration a également augmenté dans de grandes proportions. De 24, elle est passée à 45 inspirations à la minute. L'amplitude de l'inspiration a presque doublé. L'animal est triste, abattu. Sa démarche est mal assurée. Il est assez indifférent à ce qui se passe autour de lui. Cependant, il reste sensible à la caresse.

Tous ces troubles se continuent avec leur même intensité pendant quatre heures environ. C'est la deuxième phase de l'accès ou summum. Il se traduit sur les courbes par un plateau.

A partir de cette quatrième heure, la sixième depuis l'injection, tous les troubles fonctionnels vont en décroissant. Ils ont à peu près complètement disparu vers la neuvième ou dixième heure de l'expérience. C'est la troisième phase de l'accès de fièvre.

Comme on le voit, dans cet accès de fièvre se déroulent tous les principaux troubles que l'on observe habituellement dans l'accès de fièvre de l'impaludisme.

En raison des propriétés si énergiques et si bien définies que présente la substance qui produit cette fièvre, je propose de lui donner le nom de *pyrétogénine*.

L'accès de fièvre intermittente, ainsi que les autres fièvres plus ou moins analogues que l'on observe dans un grand nombre de maladies, soit chez l'homme, soit chez les animaux, sont très vraisemblablement causées par la présence, dans l'organisme, d'une substance identique ou analogue à la pyrétogénine.

J'ai également expérimenté au cours de recherches que je poursuis depuis plus de trois ans, à la Faculté de médecine, un certain nombre d'autres substances qui ont la propriété de faire monter la température animale. Mais elles sont beaucoup moins puissantes que la pyrétogénine. Aussi je propose de ranger toutes ces substances dans la dénomination générale de « substances calorigènes ».

Enfin, j'ai aussi expérimenté des substances, d'origine microbienne, dont je ne fais que signaler l'existence à l'Académie, à titre de curiosité et de sujet de recherches, et qui ont la propriété d'abaisser la température animale. La plus énergique de ces substances a produit, à la dose de quelques milligrammes chez le lapin, un abaissement thermique de 40 à 36 degrés. Je propose de la désigner sous le nom de *frigorigénine* et de ranger, sous la dénomination générale de « matières frigorigènes », les autres substances qui paraissent avoir des propriétés moins puissantes.

L'Académie de médecine, frappée par ces faits, a chargé M. Hayem de faire un rapport sur la réalité de leur valeur, afin de pouvoir soulever une discussion sur cette intéressante question.

ÉTUDE STATISTIQUE SUR LA MORTALITÉ

DES MARINS ET DES SOLDATS FRANÇAIS DANS LES COLONIES.

Par M. G. Lagneau.

Après avoir rappelé que nos jeunes hommes de vingt à trente ans, en général, présentent une mortalité annuelle de 8 à 10 sur 1000, nous montrerons d'abord que les militaires à l'intérieur, en France, bien que soumis à l'élimination de tous les infirmes et débiles, par des exemptions, dispenses et réformes, qui déchargent de nombreux décès l'obituaire de l'armée, présentent une mortalité au moins égale, de 9 à 11 sur 1000, principalement par suite de l'encombrement humain dans la caserne.

Passant à l'Algérie, nous rappelons que la mortalité de 77 sur 1000 d'effectif, de 1837 à 1848, est descendue actuellement à la proportion d'environ 11 à 12 pour 1000, peu différente de celle de l'armée à l'intérieur.

Pareillement, mais plus rapidement, la mortalité de nos soldats de 61 sur 1000 en Tunisie, en 1881, est descendue de près des quatre cinquièmes, à 12 sur 1000.

La mortalité est remarquablement faible dans nos possessions océaniennes; de 8 à 9 sur 1000 à Taïti.

Bien que la mortalité ait considérablement diminué aux Antilles françaises, où de 91 sur 1000 d'effectif, de 1819 à 1855, elle serait arrivée à n'être guère ordinairement qu'environ deux fois plus forte qu'en France; elle s'élèverait davantage lorsque sévit la fièvre jaune.

Quoique beaucoup moindre pour les militaires que pour les colons cultivant le sol, la mortalité de la Guyane s'est montrée surtout énorme lors d'épidémies de fièvre jaune, qui ont parfois fait périr jusqu'à 237 hommes sur 1000, comme en 1855, près d'un quart de l'effectif.

Dans les Indes françaises, à Pondichéry, la mortalité serait environ trois fois plus forte qu'en France, de 37 sur 1000.

Dans la Cochinchine, la mortalité, considérable durant les premières années de l'occupation, de 115 sur 1000 en 1861, soit de plus d'un neuvième de l'effectif, serait progressivement descendue à n'être guère que le double qu'en France. Mais, pour cette colonie comme pour toute autre, on ne peut exactement déterminer la mortalité réelle due au séjour colonial, par suite du rapatriement de nombreux malades, dont un certain nombre succombent ultérieurement.

Vu la diversité plus grande des saisons, le Tonkin serait plus salubre. Mais, par suite de leur nombre insuffisant, les soldats fatigués seraient parfois fortement éprouvés. De 1882 à 1885 leur mortalité annuelle aurait été d'environ 40 sur 1000. Mais le choléra qui sévit durant quelques mois, à partir d'août 1885, éleva passagèrement la mortalité à près de 96 sur 1000.

A la Réunion, la mortalité de nos soldats et marins serait modérément élevée, si dans ses hôpitaux ne venaient mourir les malades de Madagascar et des îles voisines. Aussi, la mortalité, de 29 à 30 sur 1000 ordinairement, s'élève-t-elle de 70 à 113 pour 1000, lors des expéditions dans ces îles.

Parmi nos colonies les plus insalubres, le Sénégal semble une des plus redoutables. La mortalité moyenne, qui est de 148 sur 1000, de 1832 à 1837, a diminué de moitié et est actuellement de 73 sur 1000, grâce à la moindre durée du séjour et au rapatriement rapide de 150 malades sur 1000 d'effectif; malades qui, trop souvent, succombent ou restent valétudinaires. Dans cette colonie, les épidémies de fièvre jaune font périr parfois plus de la moitié des Européens. En 1830, 1859, 1878, il succomba 550, 610 et 526 malades sur 1000 Européens.

Pour atténuer la morbidité et la mortalité de nos troupes coloniales européennes, non seulement il faut de plus en plus abréger leur temps de séjour, les envoyer dans des sanatoria à des altitudes plus ou moins grandes, dans des îles assainies par les brises de mer; il faut rapatrier promptement les convalescents et les malades transportables; mais il faut surtout, de plus en plus, substituer les troupes indigènes tout acclimatées, aux troupes européennes dont l'acclimatation est si difficile. Des volontaires doivent seuls fournir au recrutement des cadres de l'armée coloniale.

En se créant des colonies, non seulement la France accroît son importance politique et ses relations commerciales, mais aussi elle favorise l'émigration, qui, en ouvrant de larges débouchés, accroît la natalité, si faible dans notre pays. Mais, ainsi que le font d'autres nations, ainsi que le fait l'Angleterre, la France devrait publier les documents statistiques relatifs à la morbidité et à la mortalité de nos marins, de nos troupes coloniales.

Dans notre pays plus riche que populeux, il importe que l'évaluation précise des malades et des morts permette d'appliquer constamment et largement les mesures hygiéniques les plus propres à en restreindre les proportions ; il importe aussi que la mission périlleuse de nos troupes coloniales étant mieux appréciée, on sache récompenser nos soldats, nos marins, proportionnellement aux dangers qu'ils courent pour étendre et maintenir au loin l'autorité de la France.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 février 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'Intérieur, annonçant à l'Académie qu'il met cette année à sa disposition une somme de 2000 francs, destinée à l'attribution de récompenses aux auteurs des meilleurs mémoires sur la mortalité des enfants du premier âge, ainsi qu'à la publication du rapport de la Commission permanente de l'hygiène de l'enfance;

2° Une lettre de M. Motais (d'Angers), sollicitant le titre de membre correspondant national dans la section d'anatomie et physiologie;

3° Une lettre de M. Jules Félix (de Bruxelles), sollicitant le titre de membre correspondant étranger;

4° Une lettre de M. Chaboche, ingénieur, sur l'emploi de poêles mobiles, au point de vue de la sécurité publique.

DISCUSSION SUR LE TÉTANOS

M. NOCARD dit que, chez le cheval, le tétanos revêt souvent le caractère épizootique. Ces épizooties, qui surviennent surtout après la castration, ont ceci de particulier, que le mal n'atteint que les animaux qui ont été opérés par le même vétérinaire, épargnant ceux qui ont été opérés le même jour, dans le même village. Ce sont des « épidémies de clientèles ».

Elles impliquent l'idée d'un contage dont le vétérinaire a été le porteur inconscient. Aussi M. Nocard était-il convaincu de la nature infectieuse du tétanos, dès 1882, alors que toutes ses tentatives d'inoculation avaient cependant échoué. Aujourd'hui les faits expérimentaux ont confirmé les faits cliniques, et personne ne saurait plus contester l'inoculabilité du tétanos traumatique.

On sait, en effet, que, dans tous les cas où on connaît le traumatisme d'où procède le tétanos, il suffit d'inoculer le pus de la plaie, les bourgeons charnus, ou même les tissus de la cicatrice pour rendre tétaniques la plupart des animaux aptes à contracter la maladie. Comme le tétanos dit spontané ne diffère pas du traumatique par ses symptômes, il est permis d'en conclure que les deux ont même origine, à cela près que dans l'un on connaît et dans l'autre on ignore la porte d'entrée du contage. Au surplus, cette porte d'entrée reste souvent inconnue même dans les maladies inoculables types, comme le charbon.

Mais comment agit le coup de froid dans le tétanos? Ne peut-on donc pas admettre que dans les tétanos *a frigore* le bacille tétanigène existait dans l'organisme préalablement au coup de froid, comme le pneumocoque dans l'organisme des pneumoniques avant le refroidissement.

M. Alphonse Guérin, dans la séance du 20 novembre dernier, tout en se déclarant convaincu de l'inoculabilité du tétanos, a dit qu'il ne croyait pas cette maladie « infectieuse, c'est-à-dire transmissible par l'air ». Mais le mot infectieux a, aujourd'hui, un sens plus large. Il désigne toutes les maladies déterminées par l'introduction dans l'organisme d'un agent morbide qui peut s'y développer et, par suite, reproduire la maladie qui lui a donné naissance.

M. Guérin a rappelé que le pansement de Lister est impuissant à prévenir le tétanos. M. Nocard croit que le fait s'explique par l'extrême résistance du contage tétanique aux causes naturelles de destruction. On conçoit, dès lors, que si les conditions du traumatisme, si les instruments du chirurgien ont déposé le germe du tétanos dans les profondeurs de la plaie, le pansement de Lister ne puisse empêcher l'évolution de la maladie.

M. Guérin a dit encore qu'il avait très souvent trouvé de la myélite partielle aiguë dans beaucoup d'autopsies de tétaniques, et que cette myélite était un peu trop négligée. Depuis 1882, M. Nocard a fait dix-sept autopsies complètes de chevaux tétaniques. Il n'a rien vu d'anomal, sauf l'augmentation notable et constante de la quantité de liquide céphalo-rachidien. Il n'a jamais vu de ramollissement partiel de la moelle. Ces différences tiennent sans doute à ce que les vétérinaires peuvent pratiquer l'autopsie de suite après la mort.

D'autre part, M. Nocard a pensé que le virus tétanique devait, comme le virus rabique, siéger surtout dans les centres nerveux. Il l'y a passionnément cherché, il a essayé de tous les procédés d'inoculation, et a fait 200 inoculations. Jamais il n'a réussi à provoquer le tétanos. Le contage tétanique ne se rencontre donc pas plus dans les centres nerveux que dans le sang ou dans les parenchymes. Il semble rester confiné au voisinage de la plaie d'où procède la maladie.

Ce fait aurait paru inexplicable il y a quelques années. Mais on sait aujourd'hui que l'action pathogène des microbes est due bien moins à leur pullulation dans les organes, dont l'intégrité est indispensable à la conservation de la vie, qu'à l'absorption de matières toxiques qui se développent dans les milieux, inertes ou vivants, où ces microbes se multiplient. Déjà du reste, cette pathogénie est hors de doute pour le choléra du porc, la septicémie, le charbon symptomatique, la maladie pyocyanique, la fièvre typhoïde de l'homme, et le charbon bactéridien lui-même. Elle s'applique aussi à la diphthérie, d'après les belles recherches de MM. Roux et Yersin, qui ont établi que, dans cette maladie, le microbe n'existe que dans la fausse membrane.

Relativement à la durée de la période d'incubation dans le tétanos traumatique, M. Verneuil cite plusieurs cas où le tétanos s'est montré le septième jour après le traumatisme. Lacoste, dans son mémoire sur la castration, dit que la maladie apparaissait, dans la grande majorité des cas, du septième au huitième jour, et qu'alors elle entraînait fatalement la mort en 36 ou 48 heures. Lorsque, au contraire, elle ne survient que vingt ou vingt-cinq jours après la castration, son évolution est beaucoup moins rapide et on obtient parfois la guérison.

Il semble donc que la gravité du tétanos soit en raison inverse de son incubation. Si ces observations se confirmaient, le médecin trouverait dans la date de l'accident un élément précieux pour établir un pronostic.

M. LEBLANC n'est pas éloigné de partager les opinions de M. Nocard, du moment où il accorde une large part à la prédisposition, une plus petite à l'infection.

Mais il ne peut partager les idées de MM. Verneuil, Ricochon, etc., sur l'origine équine du tétanos. Il en sera de cette opinion comme de celle qui faisait de la vache l'origine de la scarlatine.

Les observations publiées au sujet de cette origine équine ne prouvent rien, car, sauf une, elles tendent à démontrer qu'un cheval sain peut communiquer le tétanos; on y voit même incriminer le simple transport en voiture ou le séjour dans les écuries où le tétanos avait régné quatre ans auparavant.

Mais, sans insister sur cette origine équine, au point de vue vétérinaire, il existe un tétanos non traumatique; les chevaux malades n'ont pas de plaies; on dit, il est vrai, que la plaie est cicatrisée, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Les expériences faites pour produire expérimentalement le tétanos, par Carle et Bottone, Nicolaïer, Giordano, Nocard, Guelpa, ont été les unes négatives, les autres positives; les tentatives de culture n'ont pas eu de succès, et l'on a été forcé de recourir à l'intervention des ptomaïnes pour expliquer l'infection. On remarquera, en outre, combien il est extraordinaire de voir le tétanos apparaître fréquemment sur des chevaux amputés de la queue ou castrés. Or, dans le premier cas, la plaie est cautérisée au fer rouge; dans le second au sublimé. Comment le microbe peut-il résister?

En ce qui concerne les épizooties tétaniques consécutives à la castration, M. Leblanc peut citer des observations qui prouvent qu'elles sont contraires à la doctrine de la contagion. D'ailleurs, on a pu guérir empiriquement, en les castrant, des chevaux atteints de tétanos idiopathique.

Comment expliquer la subtilité de la contagion du tétanos, alors qu'expérimentalement on a tant de peine à la produire

exceptionnellement et en prenant les plus grandes précautions ? et comment, dans ces conditions, attribuer à cette contagion les observations de MM. Richelot et Berger citées par M. Verneuil ? L'inefficacité reconnue de l'antisepsie, en matière de tétanos, vient encore s'élever contre la nature infectieuse de la maladie.

En ce qui concerne l'origine tellurique du tétanos, M. Leblanc rappelle la fréquence avec laquelle il sévit dans le nord-est de la Suisse. Le même fait a été signalé par M. Ricochon aux environs de Champdenier. Dans ces conditions, M. Leblanc est porté à croire que, dans les cas de blessure du pied, le germe du tétanos peut être tellurique, mais il fait la part la plus large à la prédisposition du sujet. Il peut citer, à l'appui de cette opinion, celle des vétérinaires exerçant dans les environs de Paris, qui ont remarqué la coïncidence du tétanos avec l'abaissement de la température.

Relativement aux microbes dits de Nicolaïer, il pense qu'ils ne peuvent persister dans le sol, puisqu'on détruit les cadavres des chevaux tétaniques. Ils ne peuvent se trouver dans le fumier, puisque l'élément contagieux n'existe ni dans les excréments, ni dans l'urine.

Enfin, il rappellera, en terminant, que jamais un vétérinaire ou un élève vétérinaire n'a contracté le tétanos en soignant un cheval atteint de cette maladie. Deux observations de M. Ricochon, relatives à des équarrisseurs qui ont eu le tétanos, démontrent que la contagion n'a rien eu à voir dans la mort de ces deux hommes.

Ainsi donc, malgré les expériences ayant donné des résultats positifs, il ne croit pas que la contagion soit l'unique cause du tétanos.

(La discussion est renvoyée à la prochaine séance.)

COMMUNICATIONS

Étude statistique sur la mortalité des marins et des soldats français dans les colonies. — M. G. LAGNEAU fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 172.)

Recherches expérimentales sur la pathogénie de la fièvre. — M. HAYEM fait, au nom de M. le docteur Roussy, une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 171.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 février 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Ceccaldi, Lamotte, Granel, Colin, Drouault, Grattery, Montprofit, Nourric, Thouvenet, Lacoste, Cahn et Thierry.

— Par arrêté, en date du 11 février 1889, ont été nommés membres du comité d'organisation du Congrès international de médecine mentale :

MM. les docteurs Ball, Blanche, Charpentier, Cotard, Falret, Garnier, Magnan, Motet, Ritti et Auguste Voisin.

— Par arrêté, en date du 11 février 1889, ont été nommés membres du comité d'organisation du Congrès international de psychologie physiologique :

MM. les docteurs Brissaud, Charcot, Gley, Magnan, Richet.

— L'Académie de médecine pose la question suivante pour le prix de l'Hygiène de l'enfance (1000 francs) : « De l'éducation des organes des sens, de la vue et de l'ouïe dans la première et la deuxième enfance. » Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1890, terme de rigueur.

— Le jury provisoire du concours pour trois places de médecin du Bureau central, qui doit s'ouvrir le mercredi 27 février 1889, est ainsi composé : MM. Dreyfus-Brisac, Dujardin-Beaumetz, Lacombe, Potain, Desnos, Labadie-Lagrave, Richet.

— Un concours pour dix places d'agrégés (section de chirurgie et accouchements) s'ouvrira à Paris, le 1er mars 1889.

Ces agrégés seront répartis de la manière suivante entre les différentes Facultés ci-après désignées :

Pathologie externe : Paris, 3 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 1. — Accouchements : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 1.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Juges titulaires : MM. Verneuil (président), Trélat, Le Fort, Duplay, Tarnier, Ollier (de Lyon), Lannelongue (de Bordeaux), Dubrueil (de Montpellier), Gaulard (de Lille).

Juges suppléants : MM. Reclus, Panas, Budin, Pinard.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le lundi 18 mars 1889. — Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique, tous les jours, de une heure à quatre heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année. (Pour prendre la seizième inscription, ces étudiants doivent avoir pris part à ces exercices.)

Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission. — 1° Les élèves de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1889 (quatorzième inscription).

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités les élèves ayant seize inscriptions, les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1887-1888. Ces élèves seront admis sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 francs).

3° Les élèves obligés devront se faire inscrire à l'École pratique (bureau du chef du matériel), de midi à quatre heures, du 26 février au 10 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis.

4° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Le conseil de la Faculté a proposé, en première ligne, à l'unanimité, M. le docteur Émile Demange, agrégé et chargé de la clinique complémentaire des maladies des vieillards, pour la chaire de médecine légale, vacante par la retraite de M. le professeur Tourdes, nommé doyen honoraire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lubert, ancien conseiller général, ancien juge de paix, décédé à l'âge de 82 ans, à Héricourt, où il était entouré de la respectueuse considération que lui avaient méritée un caractère bienveillant, une remarquable intelligence et de nombreux services rendus comme médecin et comme magistrat.

— M. le docteur Kalt, chef de clinique adjoint, commencera un cours d'optique physiologique, le jeudi 14 février 1889, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de clinique ophthalmologique, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, le samedi 16 février, à huit heures et demie très précises du soir : « La reconstitution des vignobles », par M. Henry Sagnier, rédacteur en chef du *Journal de l'agriculture*.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Traitement des fractures de la rotule par suture osseuse, par M. G. CONZETTE, interne des hôpitaux de Paris. — Effets de l'obésité sur les fonctions génitales et l'accouchement, par M. le docteur FOURNEL. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement des fractures de la rotule par suture osseuse.

Par M. G. CONZETTE, interne des hôpitaux.

I

Le traitement des fractures de la rotule a été depuis longtemps un objet d'étude de la part des chirurgiens. Toutes les méthodes ont pour objectif de rapprocher les fragments l'un de l'autre. De leur écartement naît, en effet, le principal obstacle à la formation d'un cal solide. C'est ainsi que Malgaigne, dont la méthode est la plus connue et la plus employée, imagina ses griffes, s'implantant directement sur les fragments osseux et les rapprochant. M. le professeur Trélat interposa entre les griffes et la peau deux croissants de gutta-percha sur lesquels s'implantent les griffes.

M. le professeur Le Fort, supprimant les griffes, rapproche les deux croissants au moyen de courroies.

Ces méthodes, très ingénieuses, sont, cependant, sans action dans certains cas. Lorsque l'un des fragments est très petit, ce qui est assez fréquent, les griffes ne peuvent s'implanter sur lui, le fragment glisse très aisément sous le croissant de gutta-percha. La difficulté est encore augmentée par la présence d'un épanchement.

C'est pour remédier à l'insuffisance des méthodes employées jusqu'alors, que certains chirurgiens ont proposé d'ouvrir l'articulation et de réunir directement, par des sutures, les fragments osseux eux-mêmes.

Les premiers essais furent peu encourageants. L'opération conseillée au XVIIe siècle, par Severinus (1), d'après Malgaigne, fut faite pour la première fois, en 1834, par Rhéa-Barton ; le malade mourut. Gunn (de Chicago) ne fut pas plus heureux ; Mac-Clellan (de Philadelphie), Cooper (de San-Francisco), en 1861, et Logan (de Sacramento) renouvelèrent l'opération ; leurs opérés eurent des accidents graves, mais ne succombèrent pas.

Citons les deux cas d'Abridge (1869) et de Heine (1871), qui, comme les précédents, ne furent que des demi-succès.

(1) M.-A. SEVERINUS. *Chirurgive efficacis*, part. II, cap. VII.

Jusqu'en 1877, il n'y eut que des essais timides ; la suppuration si redoutable dans les opérations articulaires ne permettait pas aux chirurgiens d'intervenir aussi souvent que les indications l'exigeaient.

Sans connaître l'opération faite par Hector Cameron, à Glasgow, le 5 mars 1877, opération qui ne fut publiée que l'année suivante, le professeur Lister pratiqua la suture osseuse de la rotule avec un succès complet. Ce fut Lister, ainsi que le fait observer M. Jalaguier, dans son remarquable article (1), qui fut le véritable promoteur de ce mode de traitement ; « Il a fait cette méthode vraiment sienne, par les soins qu'il a mis à poser les indications et à régler le manuel opératoire, par la conviction profonde et l'autorité qu'il apporte à la défendre en toutes occasions, et aussi, il faut bien le reconnaître, par les magnifiques résultats qu'il a su obtenir. »

M. Jalaguier, a étudié, d'après une statistique nombreuse, les indications et contre-indications de la suture osseuse.

Depuis, citons la thèse de M. Ruotte (Thèse de Nancy, 1886), comparant les résultats obtenus par la ponction et la suture osseuse dans les fractures de la rotule ; puis, celle de M. Armirail (Thèse, 1888), dans laquelle nous trouvons plusieurs cas nouveaux.

Nous avons vu faire, par notre maître M. Lucas-Championnière, trois sutures osseuses de fractures de rotule. Aussi décrirons-nous la façon de procéder surtout d'après ce que nous avons vu. Nous emprunterons beaucoup, pour déterminer les indications et contre-indications, à une leçon inédite faite par M. Lucas-Championnière à l'hôpital Saint-Louis.

II

MANUEL OPÉRATOIRE

Le manuel opératoire diffère un peu suivant qu'il s'agit d'une fracture récente ou d'une fracture ancienne. Lister le premier a décrit la façon de procéder ; peu de modifications ont été apportées à sa pratique.

FRACTURES RÉCENTES. — Lister et avec lui quelques chirurgiens anglais font une incision longitudinale au-devant du genou. D'après eux, on évite ainsi l'adhérence à la peau.

(1) JALAGUIER. *Archives générales de médecine*, 1884.

Mais cette incision a l'inconvénient de ne pas permettre de découvrir assez largement l'articulation. Aussi les chirurgiens allemands préfèrent-ils l'incision transversale, recommandable surtout dans les fractures anciennes.

L'incision transversale est curviligne, allant d'un condyle à l'autre, comme l'incision qui sert à découvrir l'article dans la résection du genou. Elle doit être large, car il importe d'être à l'aise pour manœuvrer les fragments, et elle aura de préférence la convexité de sa courbure dirigée en bas. On découvre ensuite la rotule, et on débarrasse la cavité articulaire du sang et de la sérosité qu'elle renferme. On fait un lavage soigneux avec une solution phéniquée à 1 p. 20 ou avec une solution de sublimé à 1 millième, en imprégnant tous les recoins de la cavité. M. Lucas-Championnière se sert successivement de ces deux solutions d'une façon générale quand il fait le lavage d'une plaie opératoire et il obtient d'excellents résultats.

La cavité articulaire nettoyée et rendue aseptique, on procède au forage des fragments à suturer.

Forage et suture des fragments. — Ce temps de l'opération est assez délicat. Lorsque les deux fragments sont égaux, c'est-à-dire quand le trait de fracture traverse la partie moyenne de la rotule, on arrive assez aisément à perforer chacun des fragments. Mais quand l'un d'eux est petit, l'inférieur le plus souvent, il devient impossible à perforer. On passe alors le fil directement au travers du ligament rotulien.

Lister et en général les chirurgiens qui font l'incision longitudinale n'emploient qu'un fil; ceux qui font l'incision transversale réunissent les fragments par deux ou trois fils.

Lister conseille de faire passer le perforateur en avant du cartilage articulaire de la rotule, de façon que les fils ne pénètrent pas dans l'intérieur de l'articulation. Plusieurs chirurgiens qui font la suture osseuse, M. Lucas-Championnière en particulier, traversent de part en part les fragments; ils n'ont pas observé que la présence de fils parfaitement aseptiques dans la cavité articulaire pût troubler les résultats ultérieurs.

Quant au choix du fil à employer il a beaucoup varié suivant les opérateurs. Lister s'est servi de fil d'argent; van der Meulen, Gœring ont employé les fils de platine; Schede les fils de fer. D'autres préfèrent les fils organiques résorbables, soie phéniquée (Kœnig, Metzler), le catgut (Ranke, Rosenbach, Schede). M. Lucas-Championnière, comme Lister, se sert du fil d'argent, il cherche une coaptation exacte et permanente des fragments à l'aide d'une suture puissante, si solide qu'on puisse presque faire marcher le malade au bout de quelques jours, sans que les fragments s'écartent. Ce même chirurgien, ainsi que quelques opérateurs allemands, fait une suture séparée du périoste. Cette précaution ne peut que favoriser la formation du cal osseux, bien que Metzler, qui l'employa dans un cas, n'ait eu qu'un cal fibreux.

Drainage. — On peut faire le drainage de l'articulation avant de rapprocher les fragments ainsi que le conseille Lister. « Pour cela dans la partie la plus déclive de la face externe, il introduit une pince à pansement dont il a soin de tenir les mors fermés; il enfonce alors l'instrument au travers de la synoviale, de la capsule et du fascia, jusque sous la peau; celle-ci est incisée sur l'extrémité de la pince qui est poussée au-dehors; on écarte les mors de la pince, de manière à élargir, sans risque d'hémorrhagie, le trajet creusé dans les parties profondes; il ne reste plus qu'à saisir le drain et à l'entraîner dans la jointure, alors seulement Lister amène les fragments au contact et serre le fil (1). »

Ce procédé de drainage est un peu compliqué, mais il ne faut pas oublier que Lister fait une incision longitudinale. Avec l'incision transversale, il est beaucoup plus simple de placer un bout de tube à chacun des deux angles opposés. Il est inutile que le tube traverse toute l'articulation, le drainage est suffisamment assuré de la sorte. Quelques chirurgiens ont délaissé cette pratique sans avoir d'accidents; la présence dans la plaie d'un drain qu'on peut retirer au bout de quelques jours n'a que peu d'inconvénients; la négligence du drainage peut avoir de sérieuses conséquences. On rapproche les fragments rotuliens en faisant subir quelques tours de torsion serrés au fil d'argent. Lister écrase la partie tordue à coups de marteau pour qu'elle n'irrite pas la peau; dans sa première opération, il retira le fil au bout de deux mois en faisant une petite incision cutanée. M. Lucas-Championnière croit inutile d'aplatir la pointe tordue du fil, et, comme van der Meulen, il laisse le fil indéfiniment. Il ne se produit aucune réaction inflammatoire si l'antisepsie rigoureuse a été observée. Quant au fil abandonné dans la rotule, il doit se former tout autour des productions osseuses qui l'encastrent et l'assimilent presque à la substance osseuse.

Si la fracture est comminutive, on pourra, à l'exemple de Lister, enlever les petits fragments et suturer les deux plus volumineux.

On termine l'opération par un nouveau lavage de la plaie, comme précédemment, et la suture de la peau au crin de Florence. L'articulation est entourée d'un pansement antiseptique parfaitement fermé.

M. Lucas-Championnière retire les drains quatre ou cinq jours après l'opération et il laisse ce nouveau pansement dix, vingt-cinq jours et davantage, s'il n'y a pas douleur ou élévation de température. Il n'immobilise pas la jointure ainsi qu'on le recommande généralement. Il mobilise l'articulation de très bonne heure (du dixième au quinzième jour), suivant en cela la pratique de Lister; au début, il imprime des mouvements très légers qu'il augmente progressivement à mesure que le cal acquiert de la solidité. Il est superflu de recommander d'agir avec beaucoup de douceur au début, sous peine de rompre le cal (cas signalés par Metzler, Howse, Pozzi, Lister).

Suture sous-cutanée. — M. le professeur Panas a fait une fois la suture sous-cutanée dans un cas de fracture de la rotule. Il a perforé l'os à la manière de Lister, sans pénétrer dans l'articulation et sans inciser la peau, et il a réuni les fils sur un bout de sonde, par-dessus la peau, ce qui n'empêcha pas celle-ci de s'ulcérer. Le résultat fut très imparfait. Il y eut un cal fibreux, de la raideur, presque de l'ankylose. Aussi M. le professeur Panas rejeta-t-il la suture osseuse dans les fractures récentes de la rotule.

Fractures anciennes. — Le manuel opératoire diffère peu du précédent. Mais là surtout une large incision transversale est utile. Il est même nécessaire de donner à l'incision une courbure telle que le lambeau rabattu laisse la surface articulaire complètement découverte. On enlève ensuite les productions fibreuses par grattage, soit avec la curette de Volkmann, soit avec la rugine, si elles sont tout à fait fibreuses et adhérentes. Si la fracture est ancienne, il existe, entre les deux fragments, un trousseau fibreux résistant,

(1) Jalaguier. Loc. cit.

dont le décollement n'est pas exempt de difficultés. Puis on avive les surfaces des deux fragments avec la curette ou une pince coupante, on passe les fils dans les fragments et on les rapproche. Parfois, ils sont très écartés, la fracture s'est produite il y a plusieurs mois, et le triceps rétracté ne permet pas le contact entre les deux fragments rotuliens. Ce fait est assez fréquent, puisque, d'après M. Jalaguier, il s'est produit 7 fois sur 45 cas de suture osseuse. Pour y remédier, Smith, qui se sert de l'incision longitudinale, sectionne le tendon du triceps à ciel ouvert ; d'autres chirurgiens conseillent la section sous-cutanée, avec l'incision transversale. Mac Ewen pratique, sur le muscle, une série d'incisions en V placées à la suite les unes des autres. On achève ensuite l'opération comme s'il s'agissait d'une fracture récente. . . . .

Tels sont les procédés usités généralement. Van der Meulen (d'Utrecht) a proposé un nouveau moyen permettant de suturer les fragments sans ouvrir l'articulation (1). D'après cet auteur, il existe entre eux un espace comblé par des caillots sanguins. C'est une sorte de chambre fermée en avant et en arrière par deux membranes, l'une réunissant les deux faces antérieures, l'autre les deux faces postérieures de la rotule. Mettant à profit l'existence de la membrane postérieure, van der Meulen a fait une suture sans ouvrir l'articulation, enlevant la membrane antérieure, débarrassant la chambre interfragmentaire de ses caillots, mais respectant la membrane postérieure. Il relate trois cas de suture osseuse dans lesquels il a trouvé cette disposition, mais il pense qu'elle existe la plupart du temps. Dans ces trois cas, il a obtenu d'excellents résultats. Ce manuel opératoire a l'avantage d'enhardir nombre d'opérateurs qu'effraie l'ouverture du genou. « Comme tous les chirurgiens, dit-il, n'ont pas la même foi dans le traitement antiseptique et que beaucoup négligent souvent quelques menus détails, l'opération recevra meilleur accueil si l'on prouve que, pour suturer les os, il n'est pas nécessaire d'ouvrir l'articulation. »

III

VARIÉTÉS DE CAL, AVANTAGES, INCONVÉNIENTS.

Avant d'examiner l'opinion des chirurgiens sur la suture de la rotule, ainsi que les indications et contre-indications, jetons un coup d'œil sur les diverses variétés de cal, sur leurs avantages et leurs inconvénients.

Les fractures de rotule guérissent de deux façons : par cal fibreux, par cal osseux.

Le premier est le plus fréquent et n'a que des désavantages. Il est presque toujours plus long que le cal osseux, ce qui lui donne évidemment une infériorité marquée ; quand il ne l'est pas primitivement, il le devient dans la suite, car il est extensible et pendant la marche les mouvements de flexion l'allongent plus ou moins. Alors, ainsi que le fait remarquer M. Chaput (2), la rotule forme, au-devant de l'interligne articulaire, une véritable attelle limitant singulièrement les mouvements de flexion. Il a aussi le défaut de donner prise aux entorses.

Il ne faut cependant pas trop charger le bilan du cal fibreux. Les relevés d'Hamilton montrent que, dans beaucoup de cas, le cal fibreux laisse à l'article la plénitude de ses fonctions. On a cité même plusieurs faits dans lesquels des mouvements étendus et une action musculaire puissante s'accommodaient avec un écartement considérable (1). Mais ce sont là des cas qu'on aime à relater, parce que ce sont des raretés. D'après M. Chaput, quand l'écartement des fragments atteint 5 centimètres ou au delà, la flexion ne se fait pas ou se fait mal dans plus de la moitié des cas.

Le cal osseux, lui, n'a que des qualités ; il est solide, il est court. Son seul défaut est d'être rare. Longtemps même on a nié son existence, si bien que Pibrac, très sceptique, proposait 100 louis à celui qui lui montrerait une fracture de la rotule avec réunion osseuse. Dupuytren, plus heureux, disait à un malade qui lui paraissait présenter un cal osseux : « Je donnerai à vos héritiers, qui me présenteront votre rotule, son poids en or. » Depuis lors, des cals osseux incontestables, vérifiés par l'autopsie, ont été relatés. Le musée Dupuytren possède une pièce. M. Jalaguier cite trois cas trouvés sur le cadavre. Fielding, Camper, Boyer, etc., en ont montré des exemples. Ils ne sont pas communs, car, d'après la remarque de M. Berger (2), les observations sont le plus souvent peu explicites sur son existence. Dans la plupart des cas, il s'agit de malades ayant quitté l'hôpital avec un résultat satisfaisant et un écartement peu appréciable. Quant à la constation directe du cal osseux et à la mobilité latérale, les observations n'en font pas mention. Aussi, d'après le même auteur, faut-il réduire notablement les cas présentés.

L'obstacle principal à la réunion osseuse est l'écartement. Il se produit au moment de la fracture et consécutivement. Au moment de la fracture, les ailerons de la rotule se déchirent, le triceps se contracte fortement et, d'après Hutchinson, sa force puissante joue un rôle considérable. Le blessé souvent fait des efforts pour se relever, marche même et augmente l'écartement.

L'épanchement consécutif au traumatisme a une action moins nette sur l'écartement. Mais cette manifestation de l'arthrite traumatique nuit néanmoins à la formation du cal osseux. Il est long à se résorber, il maintient les fragments écartés, et empêche la coaptation indispensable à la production osseuse.

Un autre obstacle, sur lequel Mac Ewen a attiré l'attention, est l'interposition entre les fragments de lambeaux fibreux provenant de la capsule et des débris périostiques. D'après Mac Ewen, cette interposition constitue le principal obstacle à la consolidation osseuse. Elle est fréquente, elle a été constatée par Lister et plusieurs fois par Rosenbach. Elle existe, d'après le chirurgien de Glasgow, aussi bien dans les cas de fractures par action musculaire, que lorsque la rotule se brise par cause directe.

IV

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS.

A. Fractures récentes. — *Opinions des chirurgiens.* — Les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur l'intervention dans les fractures récentes. Quelques-uns l'admettent, un nombre beaucoup plus grand la repoussent.

C'est en Angleterre que la suture osseuse a été accueillie avec le plus de faveur, pour les fractures récentes. D'après Lister et Cameron (de Glasgow), c'est le traitement rationnel par excellence ; les résultats brillants qu'ils ont obtenus

(1) Van der Meulen. *Lancet*, London 1884, p. 518-520.
(2) Chaput. Thèse de Paris, 1885.

(1) Le Fort. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 novembre 1883.
(2) Berger. *Dictionnaire encyclopédique*, art. Rotule.

ont converti à leurs idées Astley Bloham, Adams, Turner, qui ont publié un certain nombre de cas dans la *Lancet*. De même, Mac Ewen, pensant que l'interposition de lambeaux ligamenteux entre les fragments est un obstacle à la formation du cal osseux et favorise la longueur du cal fibreux, pratique immédiatement le nettoyage de l'articulation et fait la suture.

Toutefois Holmes, plus réservé, en présence des insuccès relatés, préfère attendre les résultats de la consolidation naturelle, avant de faire courir au patient les dangers de l'arthrotomie.

En Allemagne, Wahl, Rosenbach, tout autant que Lister, sont partisans de la suture osseuse.

Les chirurgiens américains, intimidés par les insuccès, se montrèrent réservés. Whyet, sur dix-neuf cas, ayant relevé une mort et une amputation de cuisse consécutive à l'opération, la condamne.

En France, une discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1883, à propos d'un malade opéré par M. Beauregard (du Havre), a fait connaître l'opinion des divers chirurgiens français.

Dans son rapport sur ce cas, M. Chauvel a relevé quarante-trois opérations de suture osseuse dans des fractures récentes ; il a trouvé trois morts et une amputation de cuisse. En présence de cette mortalité élevée, le rapporteur rejette l'intervention. A lui se joignent MM. les professeurs Verneuil et Le Fort ; M. Richelot, attribuant l'impotence à l'atrophie, préfère l'électrisation à la suture. Pour M. Després, la suture osseuse de la rotule est une opération qu'on n'a pas le droit de faire.

M. Lucas-Championnière, à peu près seul, se montre partisan convaincu de l'opération de Lister. La gravité de l'arthrotomie, selon lui, est tout à fait relative ; elle dépend des conditions dans lesquelles elle est pratiquée. Il est certain que si le chirurgien fait l'antisepsie rigoureusement, l'opération n'aura jamais de conséquences graves. A ce sujet, il rappelle les beaux résultats obtenus par Lister et Cameron.

En présence de ces opinions contradictoires, quelle conduite tenir ? Faut-il immobiliser le genou, employer les griffes de Malgaigne, ou est-il préférable de faire l'arthrotomie ? Comme il est d'usage, lorsqu'il s'agit d'indications opératoires, nous aurons recours à la statistique. Elle ne juge pas sans appel, car son jugement donne trop de prise à la critique pour être absolu. Elle ne peut, dans le cas, donner que des indications générales qu'il est bon de connaître, et dont il faut tenir compte, sans les suivre à la lettre.

M. Armirail, dans sa thèse, compare les résultats obtenus par le traitement ordinaire et par la suture osseuse, empruntant, pour le traitement ordinaire, la statistique exposée par M. Chaput dans sa thèse inaugurale et, pour le traitement par suture, celle que M. Ruotte a publiée également dans sa thèse inaugurale [Nancy, 1886] (1).

TRAITEMENT ORDINAIRE DES FRACTURES DE ROTULE (37 CAS).

Nature du cal.

Cal osseux ou fibreux très court	6
Cal fibreux court, non flexible et avec allongement de la rotule	6
Cal fibreux court et flexible	7
Cal fibreux de 2 cent. 1/2 à 6 cent., 8 centim.	18
	37

Fonctions.

Flexion parfaite	19
— pas tout à fait à angle droit	9
— à 45 degrés ou moins	9
	37

(1) Voir cette thèse pour le détail de la statistique.

Résultat du traitement des fractures récentes par suture osseuse. — 45 cas sont cités par M. Ruotte. Nous ajoutons 5 cas relevés par M. Armirail dans la *Lancet*, 1887.

FRACTURES SIMPLES RÉCENTES TRAITÉES PAR SUTURE OSSEUSE DEPUIS L'ANTISEPSIE.

Résultats opératoires.

Morts	2
Réaction plus ou moins vive	6
Suppuration	5
Amputation de cuisse	1
Réaction et suppuration	3
Bons résultats	33
	50

Nature du cal.

Cals osseux	16
Cals fibreux	6
Cals de nature non spécifiée	28
	50

Résultats fonctionnels ou éloignés.

Bons résultats	34
Ankylose complète	5
Troubles fonctionnels	7

Notons que, dans les cas classés parmi les bons résultats, l'observation n'indique pas toujours le degré de flexion obtenu. Il s'agit, dans la plupart de ces cas, d'articulations possédant une solidité et une flexion suffisantes pour permettre un libre usage du membre inférieur.

Ainsi la suture osseuse, dans les fractures récentes, présente les avantages suivants : l'opération faite primitivement est beaucoup plus simple qu'au bout d'un certain temps. Il se fait à la longue des productions fibreuses, l'os se raréfie, ce qui rend le forage des trous plus difficile ; le triceps se rétracte et c'est là une complication véritable, puisque, dans un cas, Mansell Moulins fut obligé d'interrompre l'opération par impossibilité de rapprocher les fragments, à cause de la rétraction de ce muscle.

Les cals osseux s'obtiennent beaucoup plus souvent par ce mode de traitement ; la rotule, par conséquent, est plus solide, les fractures itératives moins fréquentes et l'articulation a des mouvements plus étendus.

La guérison définitive est plus rapide, ainsi que le fait remarquer M. Jalaguier ; d'après les cas signalés par Lister, Cameron, Mac Ewen, Walsh, van der Meulen, etc., les malades ont pu commencer de marcher sans inconvénients, de la sixième à la dixième semaine en moyenne. Les résultats fonctionnels ont été excellents dans tous ces cas. Toutefois si l'on compare les deux statistiques, la suture osseuse n'est que faiblement supérieure aux méthodes ordinaires de traitement, quant aux résultats fonctionnels. Elle lui serait beaucoup supérieure si la suppuration et les réactions inflammatoires ne pouvaient compliquer l'opération et compromettre le fonctionnement de l'article. C'est là évidemment l'objection capitale qu'on peut adresser à l'interven-

tion. Elle a occasionné la mort dans deux cas, elle a entraîné une amputation de cuisse et plusieurs fois elle a été suivie de suppuration. Mais là se trouve le défaut de la statistique qui ne tient pas suffisamment compte des procédés antiseptiques employés par les chirurgiens. Dans ce cas, en effet, le premier rôle est tenu tout entier par l'antisepsie et si nous croyons à la critique faite, par M. Diverneresse, de plusieurs insuccès, nous voyons qu'une faute antiseptique les a expliqués d'une façon parfaitement plausible. Il ne faut pas oublier qu'une omission légère des règles antiseptiques peut, sinon causer un désastre, du moins compromettre les résultats fonctionnels. Le chirurgien, qui se décide à pratiquer la suture osseuse pour une fracture récente, doit être sûr de lui, de son matériel et de ses aides, c'est-à-dire sûr de n'avoir pas de suppuration.

Si le péritoine lui-même tolère quelque manque d'égards, les synoviales exigent une tenue absolument correcte. En pareil cas, les résultats opératoires habituels sont le meilleur critérium. Si ces conditions sont réunies, il y aura tout avantage à faire bénéficier le patient d'une opération qui abrégera la durée de la consolidation et qui produira un cal solide.

Toutefois, tous les cas ne paraissent pas justiciables de l'opération. Quand l'écartement est minime, quand l'arthrite traumatique et l'épanchement sont peu prononcés, l'abstention est la règle.

L'arthrite traumatique est une complication grave. Gosselin et avec lui M. Berger (1) lui imputent en grande partie la raideur articulaire consécutive. L'épanchement abondant, une réaction traumatique vive peuvent faire présumer dans la suite de la raideur articulaire.

Parmi les causes de raideur, il faut aussi tenir compte de l'âge. Ainsi, d'après M. Chaput (2), les bons résultats avec flexion et extension complète s'obtiennent avant cinquante ans; les raideurs articulaires avec flexion de 45 degrés et au-dessous se montrent après cet âge.

Donc, le degré d'écartement, l'arthrite et aussi l'âge du blessé devront agir sur les déterminations.

En résumé, la suture dans les fractures récentes de la rotule n'est pas l'opération de tout le monde; c'est la propriété de quelques-uns. Elle ne peut donner de bons résultats qu'en des mains sûres. Dans la majorité des cas, la prudence conseille d'immobiliser le membre dans un appareil, de traiter la fracture soit par les griffes de Malgaigne, soit par le massage, quitte à intervenir plus tard, si l'impotence fonctionnelle fournit une indication nette.

B. Fractures anciennes. — La suture osseuse dans les fractures anciennes a rencontré plus de sympathie, sans avoir reçu un accueil très enthousiaste. Néanmoins des chirurgiens, comme Bryant, par exemple, qui la repoussent dans les cas récents, l'admettent dans les cas anciens. De même, d'après M. Jalaguier, Sydney Jones, Morrant, Baker l'adoptent dans certains cas justifiés par l'impotence absolue du membre.

En France, les chirurgiens sont divisés. Les uns, parmi lesquels MM. Chauvel, Trélat, Pozzi et Lucas-Championnière, pensant que l'impotence résulte de la longueur du cal fibreux, ne condamnent pas la suture. D'autres, comme MM. Le Fort, Verneuil, Després, attribuant surtout à l'atrophie du triceps l'impotence du membre, recourent à l'électrisation. Pour eux, en effet, la longueur du cal ne joue qu'un rôle secondaire, l'atrophie du triceps est la cause essentielle. Ils citent à l'appui de nombreux exemples de cals longs ne nuisant ni à la flexion, ni à l'extension. Mais à côté de ce cas, nous en trouvons dans lesquels les fragments écartés et réunis par un cal plus ou moins long, immobilisaient la jambe. Tel est le cas rapporté par Lister (1), dans lequel, avec un cal de trois quarts de pouce, le membre avait une impotence absolue. L'opération fut suivie de cal osseux; le malade pouvait marcher, se servir de sa jambe, sans toutefois dépasser une flexion de 60 degrés. Tel est encore le cas de Mac Ewen (2), où les fragments avaient dix pouces d'écartement; le malade était tout à fait infirme. L'opération détermina la production d'un cal osseux, le malade revu un an après marchait bien. Il serait facile d'augmenter le nombre des exemples; ceux-ci semblent assez démontrer le rôle de la longueur du cal dans l'impotence consécutive aux fractures de rotule.

M. Diverneresse (Thèse, 1886) propose une théorie éclectique : le cal fibreux augmente la longueur du tendon, le muscle se raccourcit, les rapports entre le muscle et son tendon sont détruits, de sorte que le triceps se trouve dans les conditions des muscles à tendons longs, il n'a donc qu'à produire des mouvements de petite étendue et n'exigeant pas beaucoup de forces : la conséquence est l'atrophie du triceps par défaut de travail. Le rapprochement des fragments ramène la proportion entre le tendon et le muscle, d'où augmentation de travail et diminution d'atrophie.

Quels sont maintenant les résultats obtenus par la suture dans les fractures anciennes? D'après la statistique recueillie par M. Jalaguier, à laquelle nous ajoutons 3 cas nouveaux relatés par M. Armirail (3), nous trouvons 48 cas qui se répartissent ainsi :

Nature du cal.

Cals osseux	9
Cals fibreux	4
Cals de nature indéterminée	35
	48

Résultats opératoires.

Suppuration	10
Morts par pyohémie ou septicémie	3
Bons résultats	35
	48

Résultats éloignés.

Mouvements complets ou à peu près	28
Troubles fonctionnels assez sérieux	9
Ankylose	11
	48

Les échecs, signalés dans cette statistique, donnent lieu aux mêmes objections que dans les fractures récentes. Mais si l'indication opératoire est discutable dans les fractures récentes, il est des cas de fractures anciennes où elle s'impose. Quand l'impotence fonctionnelle est absolue ou quand elle est suffisante pour troubler le patient dans ses moyens d'existence, le chirurgien doit employer tous les moyens

(1) Berger. Loc. cit.
(2) Chaput. Thèse de Paris, 1885.

(1) Lister. *Lancet*, 3 novembre 1883, p. 376.
(2) Mac Ewen. *Lancet*, 17 novembre 1883, p. 848.
(3) Armirail. Loc. cit.

dont il dispose pour faire disparaître une véritable infirmité. Mais bien que l'indication soit beaucoup plus nette que pour les fractures récentes, on n'est autorisé à agir qu'avec l'aide d'une antisepsie parfaite. Il est difficile de dire où commence l'impotence et de préciser le degré de flexion ou d'ankylose nécessaire pour proposer l'intervention. Il serait puéril de s'arrêter à ces considérations. Un membre devient impotent et réclame le secours, quand il gêne le malade dans ses moyens d'existence. Telle fracture de rotule, consolidée avec ankylose, n'empêchera pas un homme aisé de vaquer à ses affaires et de vivre facilement; telle autre, permettant une certaine flexion, empêchera un manœuvre de subvenir à son existence.

M. Jalaguier (1) fait observer que les indications de l'arthrotomie osseuse ne doivent se rencontrer que rarement. « En effet, dit-il, d'après les importants relevés de Bryant et d'Hamilton, on peut dire que l'impression qui se dégage de la lecture des diverses observations est que, dans bien des cas, l'opération a été prématurée et qu'elle aurait fort bien pu devenir inutile, si on avait un peu plus attendu. Beaucoup de patients ont été opérés trois mois, six semaines, un mois même après le jour de l'accident; c'est un laps de temps manifestement trop court pour qu'il soit permis de dire qu'il n'y avait plus lieu d'espérer d'amélioration. » Ces remarques sont très justes, mais peut-être un peu conditionnelles. Évidemment il serait préférable d'attendre si la temporisation n'avait quelques inconvénients. Avec un écartement un peu prononcé, le triceps se rétracte jusqu'à un certain degré et se maintient énergiquement dans son *modus vivendi*. On a bien, il est vrai, la ressource de le sectionner, mais il ne se prête pas toujours aisément à cette manœuvre, et Mansell Moulins dut une fois abandonner l'opération à cause de cette complication (2). D'autre part, les fragments rotuliens tendent de plus en plus à se résorber, leur nutrition s'altère et les chances de réunion osseuse diminuent de plus en plus. Si, comme il arrive souvent, l'un d'eux est petit, il deviendra impossible de le perforer; les tendons, au travers desquels on peut à la rigueur passer les fils métalliques, n'offriront pas assez de résistance aux tiraillements pour peu que l'écartement soit un peu prononcé et le triceps difficile à allonger.

Ces considérations font croire que, si, quelques mois après la consolidation, l'impotence fonctionnelle persiste, l'intervention sera autorisée, elle présentera moins de difficultés opératoires et plus de chances de succès.

Pour les fractures compliquées, la suture osseuse est le traitement qui s'impose. Tous les chirurgiens sont, du reste, d'accord à ce sujet.

En résumé, dans les fractures récentes, l'arthrotomie n'est permise qu'au chirurgien rompu à la pratique de l'antisepsie. Ce traitement abrège la longueur de la réparation et donne de meilleurs résultats fonctionnels.

Dans les fractures anciennes, l'impotence du membre est la seule indication.

Il faut toujours intervenir dans les fractures compliquées.

Terminons cette Revue par trois observations de sutures osseuses faites, cette année, par M. Lucas-Championnière. Elles ont été recueillies par nos collègues MM. Wallich et Bellangé, internes du service. L'une d'elles a été publiée dans la thèse de M. Armirail; mais le malade n'étant pas complètement guéri à cette époque, nous avons cru utile de donner les résultats complets. On pourra voir qu'ils ont été aussi satisfaisants que possible.

I. Observation due à l'obligeance de notre collègue et ami M. Wallich :

P... (Antoine), trente-deux ans, fumiste, entre à l'Isolement, le 7 juillet, lit n° 26.

Le 1er juillet, le malade fait une chute sur le genou droit. Il ne peut se relever; il est transporté chez un rebouteur qui le masse pendant dix minutes; de là on le ramène chez lui. Le lendemain deuxième massage après lequel il se promène dans sa chambre. Le surlendemain troisième massage; il descend jusque dans la cour de sa maison (cinquième étage); il éprouve beaucoup de peine à remonter. Il vient à pied à l'hôpital, le 7 juillet. L'extension spontanée de la jambe sur la cuisse est impossible : le droit antérieur ne paraît même pas se contracter; tous les autres mouvements sont possibles. On constate un écartement de 3 à 4 centimètres.

Opération le 19 juillet 1888. Incision courbe à convexité inférieure un peu au-dessous de la ligne de fracture. On ouvre largement et on nettoie les fragments entre lesquels se trouvent des caillots. On passe deux fils d'argent dans les fragments sans traverser le cartillage.

Six sutures périostiques au catgut. La plaie superficielle est fermée par dix-huit crins de Florence, deux drains sur chacune des extrémités de l'incision.

L'opération a duré quarante-cinq minutes.

Le malade quitte la salle, le 7 septembre, sur sa demande. Il marche bien et fléchit la jambe à 130 degrés environ.

II. Observation due à l'obligeance de notre collègue et ami M. Bellangé, interne du service :

Le nommé G..., âgé de vingt-quatre ans, charbonnier, entre à l'Isolement, hôpital Saint-Louis, le 29 février 1888, lit n° 40.

Le 28 février, en portant sur le dos un sac de charbon de 50 kilogrammes, le blessé a fait un faux pas sur un plan incliné. Son genou gauche a frappé contre une chaudière; il est tombé sur le dos, la jambe gauche en dehors très fortement repliée. Il a entendu un craquement; l'extension de la jambe est devenue impossible; pour la mettre dans la rectitude, il lui a fallu la prendre avec la main. La marche est possible, mais en traînant la jambe. Il ne peut détacher le talon du sol.

Au moment de l'accident, le fragment supérieur de la rotule a été attiré en haut, de sorte que le malade pouvait enfoncer le doigt dans son genou. Au bout de deux heures, le gonflement a commencé.

Entré, le 29, à l'hôpital. Genou très gonflé, ecchymose, écartement de un travers de doigt et demi. Gouttière de fil de fer. Immobilisation.

13 mars. Gonflement a disparu. L'épanchement articulaire a diminué. On commence à masser l'articulation.

2 avril. Le malade se lève, il sort le 19 avril. L'écartement des fragments mesure 1 centimètre et demi. Marche bien, peut porter un broc d'eau.

Le 26. En descendant une marche, rupture du cal. Il rentre à l'Isolement, le 28 avril. Gonflement. Ecchymose. Compresses.

Opération, le 3 mai, par M. Championnière. Incision courbe transversale, d'un condyle à l'autre, à convexité inférieure.

Le tissu cellulaire sous-cutané est épaissi, lardacé. Entre les deux fragments osseux, un peu de sang coagulé. La synoviale, rouge, est réséquée aux environs de la rotule.

Avivement des fragments avec la curette tranchante. Le fragment inférieur est très petit.

Deux sutures au fil d'argent; l'une traverse le fragment supérieur de part en part, l'autre, le fragment inférieur ou plutôt le tendon rotulien. Trois sutures au catgut sur le tissu fibreux périrotulien. Quinze sutures au crin sur la peau. Deux drains.

---

(1) JALAGUIER. Loc. cit.

(2) TURNER. *The Lancet*, 26 janvier 1884, p. 159.

Pansement le 14 mai. On retire les drains. On coupe quelques fils. On commence quelques légers mouvements de flexion. La plaie paraît réunie ; pas trace de sérosité.

23 mai. Deuxième pansement. Excellent état, l'étendue des mouvements est un peu augmentée, mais avec précaution.

Aucune élévation de température. Pendant tout ce temps elle oscille entre 37 degrés et 37°8.

Il quitte la salle dans le courant de juin sur sa demande. On ne lui a pas permis de marcher, mais il soulève parfaitement son talon du lit.

En août, le malade vient dans la salle. Il a repris son métier, il peut fléchir un peu la jambe.

Le 14 novembre, il vient à la consultation. Il a fait une chute, et présente une hydarthrose assez volumineuse du genou, autrefois fracturé. Les fonctions du genou sont très bien conservées. La flexion est complète, malgré l'hydarthrose. Pas de faiblesse dans la jambe sauf pour descendre les escaliers ; souvent alors le malade trébuche. En place droite, il marche bien, de même quand il monte les escaliers. Depuis sa sortie, il exerce le métier de charretier, il charge lui-même ses voitures.

Sur les parties latérales de la rotule, on trouve une encoche légère ; mais pas d'inégalité à la surface. Impossible de dire si le cal est fibreux ou osseux. Il n'existe pas de mobilité latérale des fragments.

III. Observation recueillie par notre collègue Wallich :

J... (Victor), quarante-six ans, homme de peine, entre le 28 novembre à l'Isolement, lit n° 34.

Le jour de son entrée, au matin, il a été renversé avec une barre de fer qui a frappé son genou. D'après le malade, la rotule aurait été brisée directement avant la chute. Impossibilité de se relever ; impossibilité d'étendre la jambe. Immédiatement après l'accident il a pu introduire deux doigts dans l'intervalle de son genou brisé. Au moment de l'entrée, gonflement considérable empêchant de sentir les fragments rotuliens. Impotence de la jambe, le malade traîne le talon sur le lit.

Opération le 30 novembre, faite par M. Lucas-Championnière. Incision convexe en bas, intéressant toute la partie antéro-latérale du genou. On enlève des caillots abondants au-devant de la rotule. On découvre les fragments qui sont au nombre de trois : deux inférieurs peu volumineux, un supérieur comprenant presque la totalité de la rotule. Lavage à la solution phéniquée à 1/20e. Beaucoup de caillots sanguins intra-articulaires, deux fils d'argent traversant en haut le fragment supérieur, en bas ils passent dans le tendon rotulien. Ces fils sont intra-articulaires. Nettoyage de toutes les parties péri-articulaires qui sont infiltrées de sang. Suture du périoste et des membranes fibreuses au catgut.

Quatorze crins de Florence réunissent l'incision cutanée, deux drains pénétrant, l'externe sous la peau, l'interne dans la cavité articulaire.

Les suites opératoires sont très simples.

Le 7 décembre 1888, on fait le premier pansement et on retire les drains.

Le 18 décembre, deuxième pansement, on retire les crins de Florence. Réunion complète de l'incision. Pas d'encoche entre les fragments. On fait exécuter de légers mouvements à la jambe.

15 janvier. Le malade se lève.

20 janvier. Le malade quitte la salle. Pas de mobilité entre les fragments. Flexion à 130 degrés environ.

Ce malade a été présenté à la Société de chirurgie à la séance du 23 janvier 1889, par M. Lucas-Championnière.

Le résultat n'est pas absolument parfait, puisque le malade ne fléchit pas complètement sa jambe sur la cuisse ; mais il faut tenir compte du court espace de temps écoulé depuis l'opération. Nous sommes convaincu que le fonctionnement de l'articulation sera parfait.

EFFETS DE L'OBÉSITÉ SUR LES FONCTIONS GÉNITALES ET L'ACCOUCHEMENT.

Par M. le docteur FOURNEL.

Les médecins de toutes les époques ont remarqué que les fonctions génitales s'accomplissent irrégulièrement chez les femmes obèses ; l'un signale le peu d'abondance des règles, un autre raconte un accouchement difficile.

Grâce aux cas rapportés dans les journaux spéciaux, et parmi lesquels nous citerons surtout deux longues observations, l'une de M. Doléris (1), l'autre de M. Brondel (2) ; grâce aussi à des observations inédites rassemblées par M. Auvard, qui nous a permis de les consulter, nous pouvons établir un résumé des irrégularités et accidents génitaux qu'amène l'adipose chez la femme. Nous chercherons en même temps à expliquer le mécanisme de ces accidents.

Comment, d'abord, distinguer de l'embonpoint normal l'obésité, véritable maladie ? Le pannicule adipeux est, chez la majorité des femmes, largement développé dans l'âge moyen de la vie, et néanmoins la santé reste parfaite. Mais que la graisse, au lieu de se localiser au tissu sous-cutané et aux quelques endroits d'élection où siègent les « organes adipeux premiers » de Robin, envahisse encore les cavités viscérales, les interstices musculaires et l'épaisseur même des muscles, alors apparaissent des accidents, l'état d'obésité est constitué. Nous reconnaissons volontiers que cette définition est anatomiquement insuffisante ; elle vaut bien, cependant, pour le clinicien, celle qui dit que « le tissu graisseux doit constituer 1/16e du poids total chez la femme ».

Quant au procédé consistant à prendre le rapport du poids à la taille, le lecteur, curieux de connaître le nombre de kilogrammes auxquels a droit un sujet d'une stature déterminée, devra consulter le tableau de Quételet (3). Ce ne sera probablement qu'après coup, après avoir constaté des troubles circulatoires et respiratoires, qu'un médecin pourra s'intéresser à cette recherche : dans les cas bien caractérisés, le simple aspect de la malade suffit.

Le développement excessif du tissu adipeux influe défavorablement sur la menstruation et la fécondité, sur l'accouchement et les suites de couches.

I

Menstruation, fécondité. — « Au lieu d'être périodiques, écrivent MM. Tarnier et Chantreuil dans leur *Traité d'accouchements*, les règles sont quelquefois irrégulières et apparaissent, de loin en loin, à des époques indéterminées. Cette anomalie se rencontre principalement chez les femmes obèses et chez celles qui sont peu fécondes. » Femme non ou mal réglée, femme stérile ; telles sont, en effet, les idées classiques, idées d'après lesquelles l'ovulation et la menstruation sont liées l'une à l'autre. Et il est vrai que le plus grand nombre de femmes qui sont peu ou point réglées ne peuvent avoir d'enfants. Bien plus, une femme très grasse présente une menstruation irrégulière et la conception est impossible ; on soumet cette femme à une hygiène qui la fait revenir à un poids presque normal, les menstrues se régularisent, et peu après la femme devient enceinte (Observat. Brondel). De l'abondance des faits analogues

(1) DOLÉRIS. *Archives de tocologie*, 1882.
(2) BRONDEL. *Bulletin de thérapeutique*, 1886.
(3) QUÉTELET. *Physique sociale*, Bruxelles 1869.

vient l'opinion, d'abord classique, aujourd'hui populaire.

Mais, dans ces dernières années, des auteurs, parmi lesquels le nom de M. de Sinéty ne saurait passer inaperçu, ont bataillé en faveur de l'indépendance des fonctions menstruelle et ovarienne : les exemples rapportés ont éveillé l'attention des médecins, et, actuellement, il n'en est aucun qui n'ait vu la grossesse survenir chez une femme atteinte, pour une raison quelconque, d'aménorrhée complète (tuberculose pulmonaire, chlorose, allaitement).

Il en est de même pour les femmes obèses, les unes sont fécondes, quoique non réglées, d'autres sont réglées et cependant stériles. Il faut trouver par quel mécanisme chaque fonction est interrompue, et pourquoi l'une des deux fonctions peut persister en l'absence de l'autre.

Dans l'ovaire, comme dans l'utérus, se trouve un appareil musculeux, localisé pour l'ovaire à son centre, c'est la couche bulbeuse, pour l'utérus dans les parois, c'est toute la tunique musculeuse; et nous voulons parler spécialement des fibres de la couche moyenne, de celles qui forment des séries d'anneaux, de véritables canaux contractiles autour des veines. Lorsque cet appareil fonctionne régulièrement, à l'afflux artériel qui se produit chaque mois vers les organes pelviens, l'ovaire comme l'utérus répondent par la contraction de leurs fibres musculaires; ces fibres étreignent les veines et effacent leur lumière. Le sang arrive toujours par les artères qui, ayant des parois plus fortes, ne se laissent pas étrangler, et ce sang ne peut refluer par les veines oblitérées : la stase est à chaque instant plus forte. L'importance de ces « ligatures vivantes » est parfaitement connue et admise, c'est grâce à ce second temps, à ce temps d'arrêt, que l'ovisac se remplit de liquide transsudé et finit par se rompre; c'est grâce au même phénomène s'accomplissant dans un autre organe que les capillaires de la muqueuse utérine cèdent et fournissent l'hémorrhagie menstruelle. Jamais le premier temps, l'afflux artériel, ne saurait amener une congestion assez intense pour suffire à ces ruptures, l'action des fibres musculaires est indispensable, c'est une condition *sine quâ non*; c'est à ces fibres qu'appartient toute l'importance, elles sont les véritables régulatrices, j'allais dire les dispensatrices des deux fonctions.

Nous pouvons maintenant poser notre théorie, et nous disons : la cause commune de l'absence d'ovulation et de l'aménorrhée, c'est le manque absolu ou relatif du second temps, c'est l'insuffisance ou l'absence de la contraction des fibres lisses de l'ovaire et de l'utérus; ce mauvais fonctionnement est dû lui-même à une nutrition imparfaite. Le sang, en effet, est défectueux, il est peu oxygéné; M. Bouchard parle de l'état de ce liquide en ces termes :

« Il y a, chez les obèses, véritable maladie du globule rouge : la respiration introduit autant d'oxygène, mais les hématies en fixent moins et la graisse n'est pas brûlée, de là polysarcie. »

Or, ce sang incomplet ne régénère pas les tissus, les fibres musculaires perdent leur force, comme le fait la paroi du cœur chez les chlorotiques. Il n'y a pas de lésions anatomiques à proprement parler, pas d'atrophie des ovisacs : c'est une insuffisance fonctionnelle due à la torpeur des muscles.

Cette théorie s'accorde parfaitement avec la marche des phénomènes. On comprend avec elle que l'aménorrhée et l'absence d'ovulation soient tantôt liées l'une à l'autre, et tantôt indépendantes. N'est-il pas admissible que l'insuffisance musculaire puisse s'accuser d'abord dans un organe, et qu'à un moment donné elle permette encore les fonctions de l'ovaire, bien que celles de l'utérus soient supprimées? et que d'autres fois ce soit le contraire? Les maladies générales nous donnent tous les jours des exemples de ce genre : tel organe résistera plus longtemps au vice de nutrition que tel autre, constitué cependant par les mêmes éléments. On pourrait ajouter que la fécondation réclame des conditions plus complexes que l'écoulement des règles; elle exige la déhiscence de l'ovisac, elle nécessite également le jeu des muscles, improprement appelés ligaments, qui doivent rapprocher le pavillon de la trompe, pour permettre la migration de l'ovule, et ces muscles sont exposés à un affaiblissement de même origine que ceux de la couche bulbeuse.

Cette théorie explique encore l'inconstance des phénomènes, c'est-à-dire que, tant que la santé de la femme n'a pas profondément dégénéré, on observe dans la menstruation plutôt des irrégularités qu'une aménorrhée absolue, et que, pour l'ovulation, il y ait plutôt fécondité moindre que stérilité complète. C'est que les fonctions, qui restent plusieurs mois sans s'accomplir, se feront, comme par hasard, à une époque menstruelle, soit toutes deux sous l'influence d'une amélioration générale de l'économie, soit l'une seulement en l'absence de l'autre, sous l'influence d'une amélioration localisée, d'une disposition momentanément plus favorable.

Cette théorie explique, enfin, la possibilité des guérisons, elles sont nombreuses. Peut-être l'aménorrhée des femmes chlorotiques a-t-elle un mécanisme du même genre.

L'ovulation et la menstruation ne sont donc ni accolées, ni séparées. Il n'y a pas deux catégories de femmes : 1° les femmes « classiques », qu'on nous permette le mot, auxquelles manqueraient les deux fonctions; 2° des femmes restant fécondes, quoique non réglées, conception contemporaine. Toute femme obèse est capable d'appartenir successivement, alternativement, au hasard de ses époques, à l'une ou à l'autre de ces catégories artificielles. Il est, par conséquent, inutile et fastidieux d'établir, comme l'ont fait des auteurs modernes dans des traités sur la stérilité, un tableau des signes qui indiquent la persistance de l'ovulation malgré l'absence des règles. Nous nous garderons de rappeler ces prétendus signes, ils sont plus que contestables, et, chez une femme obèse, nous n'avons jamais le droit de préjuger une stérilité persistante.

II

Rapports avec la grossesse. — La femme obèse, devenue enceinte, n'est point assurée de mener sa grossesse à terme, les avortements sont très fréquents.

Stoltz attribue à l'adipose cinq fausses couches consécutives, survenues chez la même femme; M. Goubert (1) cite une femme très grasse arrivée à son huitième avortement.

On peut rapporter ces avortements à trois origines : à la vitalité du produit; au mode de développement de l'utérus; aux troubles de la circulation et de la respiration maternelles.

1° La vitalité du produit est moindre. « Les constitutions dégradées ou détériorées peuvent ne donner à l'œuf qu'une vitalité éphémère, quand elles ne sont pas complètement

(1) Goubert. *Étiologie des avortements à répétition*, Thèse de Paris, 1878.

inféconds. Les femmes grasses seraient plus sujettes que d'autres à l'avortement, sans doute parce que, chez elles, la nutrition prend une direction anomale, et que les aliments nutritifs, destinés au produit de la conception, sont dirigés sur d'autres points » [Triaire (1)]. Nous n'insisterons pas sur cette hypothèse de M. le docteur Triaire; nous savons trop peu ce que c'est que la « vitalité » pour prétendre expliquer quelque chose en nous servant de ce mot.

2° Le développement de l'utérus est entravé. Cette gêne peut être attribuée d'abord à un excès de pression dans la cavité abdominale. M. d'Heilly s'exprime ainsi : « L'estomac peut être tiré en bas par l'épiploon, devenu énorme; il y a alors des troubles digestifs, souvent des vomissements après les repas. Les intestins refoulés, comprimés par l'envahissement du tissu parasitaire, sont chassés au dehors. L'embarras de la circulation abdominale amène des hémorrhoïdes. L'utérus et ses annexes participent à la gêne commune. » Or, si l'intestin, qui a droit de séjour dans la cavité abdominale, peut finir par en être chassé, l'utérus, à plus forte raison, ne pourra s'élever dans cette cavité qu'en subissant des compressions nuisibles.

Sans rejeter absolument ce mécanisme, il serait préférable de rapporter la gêne du développement à la nutrition imparfaite du muscle utérin. Si le muscle est devenu trop faible pour remplir ses fonctions périodiques, combien plus défectueuse se trouvera la nutrition, lorsqu'il faudra suffire au développement d'un organe qui s'accroit, on le sait, non pas par distension, mais par hypertrophie; les fibres musculaires existantes auront peine à se développer, la production de fibres nouvelles ne se fera qu'incomplètement.

3° En dernier lieu, examinons si la circulation et la respiration de la femme obèse sont favorables à la grossesse. Voyons d'abord l'état du cœur :

« Dans certaines conditions, les faisceaux musculaires sont plus chétifs, et même altérés de diverses manières. L'ensemble des lésions qui en résultent constitue un groupe habituellement qualifié d'atrophies. De toutes, la plus importante et la plus commune, est l'état gras du cœur, qui consiste, soit dans l'accumulation d'une grande quantité de graisse périphérique et interstitielle, c'est l'obésité du cœur; soit dans l'infiltration des faisceaux musculaires par des granulations ou des gouttelettes graisseuses, c'est la stéatose proprement dite. Ces deux modalités de l'état gras, tout en se produisant dans des circonstances parfois très différentes, se trouvent quelquefois réunies sur le même sujet » (Parrot). Dans ces cas, « le tissu du cœur est pâle, couleur feuille morte; c'est qu'à la surcharge graisseuse s'est ajoutée une stéatose parenchymateuse, et les deux causes s'ajoutent pour lui faire perdre sa puissance contractile » (Demange).

Ce qui donne au cœur une grande friabilité et une teinte pâle, ce qui parfois diminue notablement ses propriétés contractiles, ce n'est pas l'altération de ses fibres musculaires, mais leur dissociation, le changement de leur trajet et de leur direction; c'est que le tissu viscéral n'est plus homogène (interposition entre les faisceaux musculaires ou leurs groupes, de larges cellules ovulaires, sphériques ou polygonales).

Il est certain, dit Laënnec, qu'à raison de la pression, ou par une aberration nutritive inconnue, la substance musculaire du cœur a perdu en proportion de ce que la graisse qui l'enveloppe a gagné.

« Les fonctions circulatoire et respiratoire sont sérieusement entravées; le cœur comprimé par la graisse fonctionne moins activement, il y a des palpitations, de la *stase ventriculaire*, de la *dilatation* de l'organe. Il en résulte un *obstacle à la circulation veineuse* qui atteint le cerveau et le poumon » (d'Heilly).

A notre tour, faisons remarquer que ces troubles retentiront aussi sur l'utérus. Il y a des pertes de connaissance, des étouffements, de la suffocation. Les troubles respiratoires, la faible capacité des globules rouges pour retenir l'oxygène, modifient encore les qualités du sang et, au contact placentaire, deux causes de désordre se prêtent appui : la stagnation du sang maternel dans les sinus, l'impureté de ce liquide. De par la stagnation, le sang, déjà peu oxygéné, se surcharge de moment en moment de l'acide carbonique que fournissent les échanges fœtomaternels; et l'expulsion du produit commence prématurément, tantôt parce que ce produit a succombé à l'asphyxie, tantôt par des contractions que l'acide carbonique en excès provoque dans le muscle utérin, tantôt par une hémorrhagie due à la rupture d'un vaisseau trop distendu. La lecture des observations fait constater la fréquence des hémorrhagies de la grossesse chez les obèses; ces pertes ne doivent nullement être considérées comme accidentelles. Bien qu'aucun auteur n'ait invoqué, croyons-nous, cette pathogénie, nous n'accordons aux autres causes, citées précédemment, qu'une valeur beaucoup moindre.

III

Rapports avec l'accouchement. — Le travail est prolongé; on est souvent obligé d'intervenir. Les accoucheurs en présence de ces cas ont incriminé à peu près exclusivement l'impulsion et surtout l'impulsion utérine, supposant que l'utérus contenait trop de tissu graisseux dans ses parois. Il est fort possible, lorsqu'on emploiera le microscope pour résoudre la question, qu'on découvre dans l'organe des lésions tout à fait analogues à celles si bien décrites pour les parois du cœur. On trouvera peut-être les larges cellules ovalaires, sphériques ou polygonales, interposées aux faisceaux musculaires, causes de changement de trajet et de direction des fibres, et faisant que le tissu utérin ne sera plus homogène. Il y a seulement une difficulté : l'examen d'un utérus non gravide serait peu probant; c'est au voisinage du terme qu'une telle recherche devrait être faite, et les occasions de la pratiquer ne se rencontreront pas couramment. Pour le moment, en l'absence de ces examens, le développement incomplet des fibres, dont nous avons déjà parlé, suffit à expliquer la faiblesse des contractions.

L'impulsion abdominale est également affaiblie, et cela par suite de modifications dans l'état anatomique de la paroi antérieure de l'abdomen.

Il existe des traînées graisseuses entre les faisceaux secondaires des muscles. « Ce sont, dit Robin, ces traînées adipeuses dont le régime de l'engraissement augmente les dimensions, au point parfois de déterminer un certain degré d'atrophie des faisceaux striés eux-mêmes. » De plus, le tissu adipeux d'interposition musculaire qui, habituellement, « ne forme que de minces couches de 1 à 3 millimètres d'épaisseur, et le plus souvent discontinues » (Robin), s'accroît au point de rendre le palper impossible, la souplesse des parois nulle. Il est facile de concevoir que des muscles atro-

(1) TRIAIRE. *Note pratique sur l'avortement*, 1877.

phiés d'une part, et, d'autre part, séparés les uns des autres par d'épais murs de graisse, ne pourront produire un effet bien grand, même s'ils se contractent de toute leur vigueur. Toute leur vigueur n'est pas employée : les obèses sont apathiques, sans volonté, tout effort soutenu leur est pénible; l'essoufflement, les palpitations que leur faisait éprouver déjà une marche un peu rapide, sont sollicités aussitôt; elles sont incapables d'aider la nature.

Quelquefois même, si l'obésité est ancienne, sous l'influence de la pression par les viscères infiltrés, surtout s'il y a eu des grossesses antérieures, la paroi est déformée, pendante, et à l'insuffisance des contractions tant utérines que volontaires s'ajoutera une mauvaise direction de l'impulsion : il y aura inclinaison exagérée du fond de l'utérus en avant, et propulsion du fœtus vers la face antérieure du sacrum, disposition dont le mauvais effet est décrit partout.

Cette impulsion, faible ou mal dirigée, doit cependant lutter contre de grandes résistances. Une observation, rapportée par M. Brondel, pourrait donner à penser que l'infiltration du segment inférieur et du col par la graisse rend l'effacement et la dilatation difficiles : il n'est pas impossible que ce genre d'obstacle se soit quelquefois produit. Cependant, dans cette observation, la lenteur du col à s'ouvrir paraît justiciable de la mollesse des contractions. Ce n'est pas au col que siège la résistance, c'est dans l'excavation, sur le périnée, au passage de la vulve.

1° L'excavation, doublée par un coussin adipeux, est rétrécie, et si cet obstacle est loin d'avoir la solidité d'un rétrécissement osseux, il mérite, cependant, considération, au moins autant que le mérite la réplétion du rectum par des matières fécales; il est, comme elle, susceptible d'empêcher l'engagement de la tête.

2° Lorsque, triomphant du premier obstacle, la partie fœtale est descendue sur le périnée, elle doit, en l'assouplissant progressivement, se creuser une gouttière à ses dépens. Ce temps sera spécialement difficile : le périnée gras est un périnée rigide, très épais, qui se rompt facilement mais ne plie guère.

3° Enfin, nouvelle difficulté, le canal vulvaire est à la fois très long et à parois très fermes.

Il n'est pas niable que de tels obstacles seraient bons tout au plus à allonger un peu le travail, si l'impulsion était énergique; mais elle ne l'est pas, et c'est la réunion de ces deux ordres de causes : puissance affaiblie, résistance exagérée, qui rend parfois impossible l'accouchement spontané. C'est une *dystocie d'origine complexe*.

A ces difficultés peut venir s'ajouter le volume du fœtus : celui-ci, héritant de la constitution de ses parents, est obèse dès la vie intra-utérine. Cette dystocie d'origine fœtale est rare : l'obésité ne se déclare le plus souvent qu'après la naissance, et surtout, ce ne sont généralement pas les femmes obèses qui ont les plus gros enfants, bien au contraire.

L'accouchement n'est pas seulement difficile, il est dangereux : il peut amener des hernies, il peut même causer la mort.

L'apparition de la grossesse chez une femme non obèse, et surtout les efforts du travail, sont susceptibles de déterminer l'issue de l'intestin à travers les anneaux ombilical, cruraux ou inguinaux. Lorsque la grossesse et le travail surviennent chez une femme obèse, ils agissent sur un sujet qui, en dehors de tout état gravide, était déjà prédisposé à la hernie par le tassement des viscères. Le travail peut déterminer la mort. Après l'enveloppement du cœur par la graisse, survient la pénétration du tissu pathologique dans les parois mêmes, un certain nombre de fibres musculaires sont atrophiées, amincies par ce voisinage, c'est un premier degré. Plus tard encore, les fibres elles-mêmes dégénèrent; alors l'asystolie survient, aussi grave qu'à la suite des lésions valvulaires. Les obèses peuvent succomber à la congestion de divers organes, mais ils sont spécialement prédisposés à la mort subite qui a lieu dans un certain nombre de cas par rupture du cœur. Le danger de voir survenir cet accident, signalé par les auteurs, est au maximum pendant les efforts vigoureux et, par conséquent, pendant l'accouchement.

Les *suites de couches* sont habituellement normales. La fatigue et la dépression organiques dues à un travail prolongé; d'autre part, les plaies de la vulve et du périnée devraient prédisposer ces femmes aux complications puerpérales. Mais les observations démontrent, au contraire, l'absence d'accidents après la délivrance.

Seul, l'allaitement est difficile, malgré la belle apparence des mamelles. Les auteurs classiques ont depuis longtemps décrit l'étouffement des éléments glandulaires par prolifération de la graisse interstitielle.

IV

En résumé, la polysarcie amène : la stérilité par l'intermédiaire de la langueur des fonctions ovariennes; l'avortement, par asphyxie du produit, provocation des contractions par l'acide carbonique en excès, hémorrhagies utéro-placentaires conséquences de l'obésité du cœur; elle rend l'accouchement difficile en opposant à une impulsion faible une résistance exagérée; elle le rend dangereux, puisqu'il peut amener des hernies, la mort même, si le cœur est stéatosé; elle est un obstacle à l'allaitement.

La conduite à tenir sera déduite facilement. On traitera l'obésité pour obtenir une grossesse; pendant la grossesse, on se contentera de surveiller les fonctions du cœur, en tâchant de régulariser la circulation et d'éviter la surcharge du système veineux. Au moment du travail, on cherchera à se rendre compte du volume du fœtus; s'il est normal on soutiendra la contraction utérine par les moyens permis. Une fois la dilatation complète, on terminera rapidement l'accouchement, afin d'éviter au cœur malade une prolongation de travail capable d'amener des accidents graves. Le chloroforme, de même que le chloral, dont on connaît le pouvoir dépressif de la contractilité cardiaque, ne seront employés qu'avec ménagements.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 13 février 1889, les médecins-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été désignés pour les emplois de répétiteurs ci-après indiqués, près l'École du service de santé militaire de Lyon, savoir :

M. Cayet, anatomie normale et pathologique;

M. Brousses, pathologie externe et clinique chirurgicale;

M. Catrin, physiologie et histologie;

M. Lemoine, pathologie interne et clinique médicale.

— Le Comité de la Société d'otologie et de laryngologie a fixé la première séance de la réunion annuelle au 26 avril (huit heures du soir, palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins).

On est instamment prié d'envoyer au secrétaire, avant le 1er avril,

le titre des communications qu'on se propose de faire, afin d'arrêter l'ordre du jour des séances.

— M. le docteur Bérillon, directeur de la *Revue de l'hypnotisme*, commencera le jeudi 21 février, à dix heures du matin, à la Clinique des maladies nerveuses, 55, rue Saint-André-des-Arts, une série de leçons cliniques sur les applications de l'hypnotisme à la thérapeutique et à la pédiatrie. Il les continuera les jeudis suivants à la même heure. — MM. les médecins et étudiants en médecine seront admis à ce cours sur la présentation de leur carte. Des consultations gratuites sont données à la clinique les mardis, jeudis, vendredis, de dix heures à midi.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** . . — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Action de l'iodure de potassium sur l'organisme, indications et contre-indications.

Après vous avoir parlé, dans une précédente leçon (1), du traitement de la syphilis par les mercuriaux administrés à l'intérieur, je voudrais traiter aujourd'hui la question de la médication iodurée.

Dans cette médication, deux grands noms doivent être surtout mis en vedette, celui de Wallace qui, le premier, en 1836, expérimenta l'iodure de potassium, puis celui de M. Ricord, qui s'empara de cette médication pour l'étudier plus à fond, et reconnut son importance considérable, surtout dans le traitement des accidents tertiaires.

En effet, l'iodure de potassium — car c'est de lui qu'il s'agit — est un médicament merveilleux pour son absorption et sa dispersion dans l'organisme ; en effet, il est absorbé en quelques minutes, ainsi que l'expérience en a été faite chez un individu présentant une exstrophie de la vessie : chez lui, après avoir appliqué deux éprouvettes sur l'orifice de chacun des uretères, on constata que l'iodure de potassium, ingéré par l'estomac, apparaissait dans les urines au bout de quatorze à quinze minutes ; déposé sur la langue, il y arrivait au bout de quatorze minutes et demie ; injecté dans le tissu cellulaire, on le retrouvait dans l'urine vingt minutes et demie plus tard ; et, injecté dans le rectum, au bout de vingt-trois minutes. On retrouve aussi très rapidement l'iodure de potassium dans tous les liquides de l'organisme, ainsi que dans l'urine d'un nourrisson dont la nourrice était soumise à la médication iodurée.

Au point de vue des vertus curatives, l'iodure de potassium est un antisyphilitique extrêmement puissant contre les accidents tertiaires ; il les amende et les guérit même complètement, rapidement et merveilleusement. Il soulage presque instantanément les phénomènes douloureux, les névralgies tertiaires, les douleurs ostéocopes.

De plus, il est remarquable par son action cicatrisante sur les grandes ulcérations, par son action sur les gommes et les exostoses qu'il réduit ; il guérit, d'une façon prodigieuse, d'effroyables phagédénismes qui avaient résisté à tout jusque-là ; il a guéri des syphilis cérébrales arrivées à la période comateuse, dans lesquelles l'individu était presque mourant. Il fait plus encore : il guérit, fond et résoud les tumeurs syphilitiques, parmi lesquelles je citerai notamment le sarcocèle syphilitique ; il est le seul agent qui y parvienne, et, cette action, il ne la doit qu'à lui-même.

Il est donc absolument incomparable par ses vertus curatives ; j'ajoute que, de plus, il est aussi un tonique, un reconstituant, agissant sur la nutrition, excitant vivement l'appétit. En un mot, il est l'idéal des médicaments, et je ne saurais trop faire son éloge.

Malheureusement, comme toute médaille, il a son revers, c'est-à-dire qu'il comporte certains inconvénients, voire même des dangers, et les accidents, auxquels il peut donner lieu, sont de trois ordres : 1° ils sont communs, usuels ; 2° ils sont plus rares ; 3° ils sont exceptionnels.

Les inconvénients habituels sont au nombre de trois : 1° sa saveur désagréable, salée, métallique, persistante ; 2° le coryza, phénomène presque constant, vulgaire, généralement d'intensité moyenne, parfois, au contraire, d'une très grande violence ; en tous cas, le flux du coryza n'est jamais catarrhal, mais toujours séreux et ne tachant pas le linge ; 3° l'acné vulgaire ou iodique, dont les boutons sont plus ou moins gros, généralement du volume de la tête d'une épingle, toujours fort peu nombreux, mais se renouvelant incessamment et affectant de préférence le visage.

Les accidents plus rares sont : un coryza très intense, exagéré, parfois formidable, au point de devenir un supplice et, par suite, une contre-indication absolue de la médication iodurée ; une acné également très intense, au point de rendre la face hideuse, bourgeonnante. Mais l'accident type est l'intoxication iodurée, aiguë, caractérisée par ce que l'on a appelé la grippe iodique, survenant brusquement quelques heures après l'ingestion du médicament et présentant les signes suivants : face bouffie, rouge, d'aspect érysipélateux ; coryza violent, malaise dans la gorge, luette boursouflée, œdématiée ; raucité de la voix, gêne laryngée, dyspnée, anxiété respiratoire, fièvre, peau chaude, pouls élevé, accablement, prostration associée à une grande agitation, douleurs de tête atroces, etc.

Le début de ces accidents est subit, instantané, leur apogée est atteinte en quelques heures, leur durée est fort courte : ou dès le lendemain, ou le troisième jour au plus

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1183.

tard, tout a disparu. Aussi, dans ces conditions, le pronostic n'est pas grave, c'est seulement une passe cruelle, de douze à vingt-quatre heures, pour le malade.

Le diagnostic en est des plus faciles pour le médecin traitant, qui sait qu'il a prescrit l'iodure de potassium, mais pour un médecin non prévenu, il n'en est pas de même et l'erreur est d'autant plus facile, qu'on ne lui a pas parlé de syphilis, non plus que d'iodure de potassium, et que la confusion est facile avec la rougeole, l'érysipèle, certains accès d'asthme, etc.

Parmi les accidents rares que l'on observe encore quelquefois, je citerai : 1° les douleurs névralgiformes dans la tête ou dans les mâchoires, parfois horribles, au point de conduire presque au suicide ; 2° des douleurs du côté des dents, sans que celles-ci soient malades ; 3° une salivation exagérée sans rapports cependant avec la salivation mercurielle ; 4° des conjonctivites ; 5° une éruption purpurique sur les jambes principalement, et revêtant la forme pétéchiale.

Quant aux accidents exceptionnels, voici en quoi ils consistent (je repousse, bien entendu, comme erronée l'opinion qui accuse l'iodure de potassium d'amener l'atrophie des testicules, l'impuissance, de faire tomber les seins, de produire des désordres nerveux très graves) : 1° l'intolérance gastro-intestinale, et surtout la diarrhée ; 2° les hémorrhagies, notamment les épistaxis ; 3° le gonflement des glandes salivaires ; 4° une uréthrite légère ; 5° une ébriété iodique caractérisée par des vertiges, des fourmillements dans les jambes, de l'incertitude dans les mouvements, dans la marche ; 6° enfin les éruptions et l'œdème iodiques. Ces derniers méritent que je m'y arrête quelques instants.

J'ai déjà parlé tout à l'heure de l'acné et du purpura, mais il est encore d'autres éruptions pouvant apparaître sous l'influence de l'iodure de potassium ; je signalerai, comme la moins rare de toutes, l'iodide bulleuse ou pemphigus iodique de formes très variées, bénignes ou malignes ; puis l'iodide furonculeuse ou anthracoïde, l'ecthyma iodique, et quelquefois aussi l'urticaire, l'eczéma, etc.

Mais l'accident le plus grave de tous, heureusement très rare, est l'œdème laryngé et pulmonaire. L'iodure de potassium peut, en effet, déterminer une inflammation doublée d'œdème, d'une infiltration séreuse des paupières, de la luette, du pharynx, et, gravité plus grande, du détroit glottique, amenant alors l'obstruction respiratoire, par suite l'asphyxie, comme dans le cas de croup. Ce sont là des accidents absolument démontrés par la clinique — et je puis citer quatre cas, bien connus aujourd'hui dans la science, où l'asphyxie fut telle que l'on dut recourir à la trachéotomie — démontrés aussi par l'autopsie, car je pourrais vous rapporter deux cas de mort, avant que la trachéotomie ait pu être pratiquée, tant les accidents avaient été rapides, soudains même.

Ce sont, je le répète, des faits absolument exceptionnels, que l'on doit néanmoins savoir et qui nous enseignent, qu'en pareil cas, il ne faut pas attendre pour faire la trachéotomie, mais la pratiquer à temps, sous peine de voir l'individu succomber.

Comment expliquer de pareils accidents ? par l'impureté de l'iodure de potassium contenant quelquefois des iodates ? La chose est possible, mais elle est aussi rarissime, car maintes fois j'ai fait analyser l'iodure de potassium auquel j'avais recours et jamais l'analyse n'a constaté la présence d'iodates. On a invoqué l'insuffisance de l'organe rénal, son état morbide ; la raison peut être valable. Cependant ces accidents se sont produits chez des sujets dont les reins étaient parfaitement sains. Peut-on accuser l'accumulation des doses ou leur excès ? Nullement, et ce, parce que les accidents sont survenus d'emblée, en quelques heures, alors que les malades n'avaient pris encore que des doses extrêmement minimes (1 gramme dans un cas, 50 centigrammes dans un autre, 20 centigrammes chez un troisième). Mackensie a cité le cas d'un enfant de cinq ans, syphilitique, très bien portant, qui succomba en soixante-huit heures, à un purpura monstre, après avoir pris 13 centigrammes seulement d'iodure de potassium. Ce ne sont donc pas non plus les doses que l'on peut rendre responsables des dangers encourus. Alors quelle cause peut-on invoquer ? Nous l'ignorons ; ce que nous savons seulement, c'est qu'il s'agit là de prédispositions individuelles, d'idiosyncrasies, et le fait est tellement vrai que, lorsque des accidents de ce genre se sont produits, ils ont toujours, chez le même individu, revêtu la même forme : chez l'un, ils ont toujours été ou du purpura, ou une éruption bulleuse, ou des phénomènes œdémateux. De telle sorte que l'on peut dire, en résumé, que chacun traduit à sa façon, et toujours de la même façon pour le même sujet, l'influence de l'iodure de potassium sur son organisme.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. Poncet.

Cancer sous-périostique diffus du fémur gauche (ostéo-périostite sarcomateuse bi-polaire).

Observation recueillie par M. Étienne Rollet (de Lyon).

Nous avons observé récemment, dans le service de M. le professeur Poncet, un ostéo-sarcome du fémur, d'une forme exceptionnelle. Il s'agit d'un cancer sous-périostique diffus, chez un adulte, s'étendant, dès les premiers temps de son apparition, d'une épiphyse à l'autre. Ce qui donne à cette observation une physionomie à part, c'est l'hyperostose uniforme du fémur, dans toute sa hauteur, simulant une lésion inflammatoire.

R... (Joseph), vingt-quatre ans, jardinier, né à Sainte-Foy-lès-Lyon, entre le 23 décembre 1887, salle Saint-Louis, n° 103, dans le service de M. le professeur Poncet, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Père bien portant, mère morte en couches. Il était l'aîné de trois enfants ; son frère et sa sœur sont morts, l'un à quinze jours, l'autre à cinq mois, à la suite d'une éruption généralisée. Ce malade raconte que, dans son jeune âge, il eut des boutons rougeâtres, disséminés sur tout le corps, mais principalement aux jambes. Il ne peut préciser la durée de cet état, mais il déclare qu'elle fut très longue. Son père lui a dit souvent que, pendant les premières années de sa vie, il fut très malade, et que sa santé laissa longtemps à désirer.

A l'âge de dix-huit ans il s'engagea dans l'infanterie de marine et fut envoyé à Madagascar. Il eut les fièvres paludéennes durant tout son séjour dans cette île, c'est-à-dire pendant vingt-six mois. Il vint en permission dans son pays où il eut encore quelques accès de fièvre, revenant tous les huit ou quinze jours. Il fit à Toulon ses quatre derniers mois de service, et, à partir de ce moment, les accès fébriles disparurent. Il rentra dans ses foyers en automne 1886.

En janvier 1887, cet homme, sans cause appréciable, éprouva des douleurs au niveau du genou gauche. Elles étaient calmées par la chaleur, mais persistaient pendant trois ou quatre jours.

A de longs intervalles, tous les mois environ, ces souffrances revenaient avec les mêmes signes, et disparaissaient au bout de quelques jours.

Le 15 juillet, le malade vint passer quelques jours à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Poncet. Une roue de voiture lui avait broyé le petit orteil gauche : on pratiqua la désarticulation de cet orteil. Le malade se plaignit du genou gauche, on prescrivit des frictions locales. Des badigeonnages à la teinture d'iode, des pointes de feu n'amenèrent aucun changement dans son état. Le sulfate de quinine seul apporta du soulagement.

Au mois de septembre, la douleur s'étendait dans toute l'étendue du fémur, depuis les condyles jusqu'au grand trochanter ; le maximum de la douleur était aux deux extrémités osseuses. A cette époque, il fut soigné, chez lui, pour une névralgie crurale ; des pulvérisations au chlorure de méthyle ne produisirent aucun soulagement.

A ce moment seulement le malade s'aperçut que sa cuisse gauche augmentait de volume.

Au mois de novembre, il entra dans la salle Saint-Augustin, à l'Hôtel-Dieu ; il ressentait des douleurs dans toute la cuisse, surtout aux extrémités supérieure et inférieure. On diagnostiqua une névralgie sciatique ; des pulvérisations de chlorure de méthyle, faites sur la partie postérieure de la cuisse, ne donnèrent aucun résultat.

Actuellement, le malade revient à l'hôpital pour les mêmes douleurs qui rendent la marche presque impossible.

A l'inspection du membre malade, on reconnaît les traces de pulvérisations au chlorure de méthyle, qui ont laissé une traînée brunâtre sur les faces antérieure et postérieure des téguments de la cuisse gauche. La peau n'est pas rougie, pas de veines dilatées apparentes ; elle est toutefois notablement plus chaude au toucher, du côté malade.

Au repos, le malade se plaint d'une douleur assez faible, mais continue. Les souffrances sont surtout localisées dans deux foyers fixes, la région trochantérienne et le condyle externe du fémur. Pas d'irradiations, rien du côté de la jambe ou du pied. Le malade ne peut poser son pied à terre sans éprouver de vives douleurs dans la cuisse. Il ne marche, du reste, qu'avec la plus grande difficulté. La douleur est un peu calmée par la flexion de la cuisse sur le bassin. La flexion du genou est normale, mais les mouvements provoquent quelques légères douleurs articulaires ; mêmes phénomènes pour les mouvements de l'articulation de la hanche. Pas de signes d'épanchement dans ces deux articulations.

La pression vive sur le talon ne provoque aucun retentissement du côté de l'articulation coxo-fémorale.

Du côté de la sensibilité des téguments, on ne note ni fourmillements, picotements ou sensation de froid. Pas de troubles directement moteurs.

A la palpation, on sent à gauche un fémur plus volumineux qu'à droite, nettement hyperostosé. La cuisse, dans toute la longueur, du côté malade, présente une circonférence de 4 centimètres de plus qu'à droite. A gauche, au contraire, il y a de l'atrophie des muscles de la jambe ; au-dessous de la jarretière, au niveau du mollet, la circonférence mesure deux centimètres en moins. On sent donc, à travers les téguments, un fémur gauche hyperostosé dans toute sa longueur, au niveau des épiphyses et sur toute la hauteur de la diaphyse. Pas de bosselures, nulle part de tuméfaction plus marquée, pouvant laisser supposer une tumeur ; les tissus sont fermes, non ramollis par places ; pas de crépitation parcheminée, pas de battements, etc. La pression avec le doigt réveille de vives douleurs au niveau du grand trochanter et des condyles, il en est de même pour la diaphyse où la souffrance est plus légère.

Dans la fosse iliaque gauche, au-dessus de l'arcade crurale, on sent une tumeur dure, un peu mobile, non fluctuante, du volume d'une mandarine, qui n'est autre qu'une masse ganglionnaire. Pas de ganglions inguinaux ou cruraux nettement appréciables. L'état général est assez bon, l'appétit est conservé, les digestions se font bien. Rien à l'examen des poumons et du cœur, la rate est un peu hypertrophiée, pas de fièvre.

En présence de cette tuméfaction diffuse du fémur, de forme régulière, sans que le gonflement de l'os fût plus marqué sur un point que sur un autre, M. Poncet réserve son diagnostic, il croit utile de soumettre le malade à une médication iodurée. A la date du 3 janvier 1888, le malade avait pris, depuis plusieurs semaines, 4 grammes d'iodure de potassium par jour, sans résultat appréciable. Les douleurs vont en augmentant, la cuisse gauche mesure, comme circonférence, 6 centimètres de plus que la cuisse droite. Pas de fièvre.

25 janvier. La souffrance amène l'insomnie, le malade maigrit, pas de fièvre cependant. Le fémur est de plus en plus hyperostosé. Au niveau de la région trochantérienne surtout, douleurs marquées et épaississement des tissus sous-jacents.

En présence de l'intensité croissante des douleurs et de leur persistance, M. Poncet, qui ne trouve en aucun point de fluctuation, soupçonne un néoplasme et se décide à une intervention sanglante, intervention palliative, n'ayant d'autre but que de soulager le malade. Anesthésie à l'éther ; M. Poncet fait une incision rectiligne de 8 centimètres environ, suivant la direction prolongée du fémur.

Sur la face externe du grand trochanter et se dirigeant vers l'épine iliaque postéro-supérieure, le tendon du grand fessier et du tenseur du fascia lata à peine sectionné, on aperçoit une masse assez ferme, blanchâtre, élastique, adhérente au grand trochanter. A la coupe, la section est lisse et brillante, quelques points d'une couleur rosée.

M. Poncet, qui se proposait de faire une trépanation osseuse, ne pratique qu'un évidement et une saignée osseuse à travers les masses dégénérées. La plaie est bourrée de gaze iodoformée et un pansement antiseptique est appliqué.

4 février. Le malade se trouve soulagé par l'opération. Il prétend qu'il a repris appétit et qu'il ne souffre plus. Toutefois, depuis quelques jours la température rectale oscille entre 38 et 39 degrés.

16 février. La plaie a bonne apparence et bourgeonne. L'état général est mauvais. Le facies est grippé. L'appétit a diminué, les douleurs sont beaucoup moindres qu'avant l'opération. La cuisse malade augmente toujours de volume. Il en est de même de la masse située dans la fosse iliaque. Il existe un peu d'hydarthrose au genou. Douleurs quand on essaie d'imprimer des mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin.

26 février. Tout le membre inférieur gauche est œdématié. Le dos du pied lui-même est atteint et garde l'empreinte du doigt. Le malade se plaint d'une petite toux sèche. Quelques râles humides disséminés dans toute l'étendue des poumons, surtout à droite. Pas d'hémoptysie. La température est redevenue normale.

14 mars. Œdème des bourses. Enrouement persistant ; la voix est entendue avec peine. Le facies est terreux, les conjonctives présentent une teinte subictérique. Amaigrissement extrême. Symptômes d'une fracture du col du fémur : le pied est renversé en dehors. On ne peut rechercher la crépitation à cause des vives douleurs ressenties par le malade au moindre mouvement. Léger raccourcissement. Le malade ne s'est pas aperçu de cette lésion.

20 mars. Le malade meurt. Il succombe comme par suite d'un épuisement, d'une intoxication lente, sans fièvre hectique véritable.

Autopsie. — A l'examen de la cavité thoracique, on constate, au poumon droit, les lésions qui suivent. La partie postéro-inférieure est fortement congestionnée et rougeâtre à la coupe. On aperçoit des noyaux de la grosseur d'une lentille à une tête d'épingle, disséminés sur une grande étendue. Ces noyaux présentent une teinte grisâtre, et sont durs au toucher. Quelques-uns sont comme entourés d'une auréole rougeâtre. Au sommet, granulations tuberculeuses, ramollies par points ; dans d'autres parties, tubercules crétacés, une ou deux petites cavernes. La plèvre est un peu grisâtre et contient une petite quantité de liquide. A première vue, il semble que ce poumon est congestionné et présente

des lésions tuberculeuses au sommet et à la partie postérieure des noyaux de généralisation sarcomateuse. Les lésions sont à peu près semblables du côté du poumon gauche. Granulations tuberculeuses au sommet, sans cavernes cependant; nombreux noyaux sarcomateux disséminés à la partie postérieure du poumon. Il existe un peu d'emphysème pulmonaire à la base.

Au cœur, le pilier antérieur du ventricule gauche présente, à sa partie supérieure, une coloration blanchâtre, qui tranche sur l'aspect rosâtre des parties voisines. Pas de lésions d'orifices.

Dans le médiastin, quatre ou cinq gros ganglions engorgés, durs au toucher, situés en avant du péricarde. Une quinzaine environ, très visiblement augmentés de volume, sont situés autour des gros vaisseaux partant de la base du cœur. Quelques-uns au niveau de la bifurcation de la trachée, allant jusqu'aux premières divisions bronchiques.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate que le foie a une coloration feuille morte. Il est volumineux, à la coupe le tissu est mou. Il pèse 1950 grammes.

La rate présente à sa partie supérieure et externe une grosse masse sarcomateuse ramollie au centre, du volume d'une noix. Elle pèse 250 grammes.

Les reins ne présentent rien d'anomal.

Dans la fosse iliaque interne, du côté gauche, il existe une énorme masse ganglionnaire du volume d'une grosse orange. Cette masse est dure. A la coupe, le tissu est résistant, blanchâtre, pas de points ramollis. Cette tumeur est située immédiatement au-dessus de l'arcade crurale et embrasse la partie antérieure des troncs artériels et veineux. Une série de tumeurs, de plus en plus petites, sont situées le long de la colonne vertébrale, si l'on en examine la partie antérieure. En effet, en avant du muscle psoas, des artères iliaque, externe et primitive, de nombreuses masses ganglionnaires. De même au-devant de l'aorte abdominale. L'aorte et la veine cave sont masquées par de petites tumeurs ganglionnaires bosselées, que l'on peut suivre jusque dans le médiastin postérieur. Du côté droit on note quelques ganglions lombaires et pelviens envahis par la dégénérescence.

Rien à noter du côté des os du membre inférieur droit.

A gauche, le tibia et le péroné sont absolument sains. Épanchement séreux dans l'articulation fémoro-tibiale. Dès qu'on incise les téguments de la cuisse gauche, on met à nu les muscles sous-jacents qui, loin de présenter la coloration rougeâtre des muscles symétriques, sont jaunâtres. On enlève le triceps crural au milieu des fibres duquel on voit des fusées sarcomateuses. Dans certains points, les fibres musculaires semblent ne plus exister, mais bien être transformées en éléments sarcomateux. Si l'on promène le doigt sur les muscles de la région crurale interne, on sent, au milieu de ces éléments jaunâtres, comme des particules de tissu osseux, résistantes et grenues. En arrivant au niveau du fémur, on voit des masses entourant l'os sur lequel elles s'implantent. C'est un tissu grisâtre, résistant au toucher; on sent des aiguilles ou lamelles osseuses, rayonnant dans tous les sens et venant rejoindre, au milieu des muscles dégénérés, un tissu sarcomateux plus blanchâtre et plus mou. En pratiquant des coupes de l'os avec la scie, on voit que l'os est résistant, éburné même, la cavité médullaire semble saine. Donc, dans toute l'étendue du fémur, le périoste et les couches parostales sont transformés en une masse sarcomateuse, tandis que la substance compacte et la cavité médullaire ont un aspect à peu près normal.

Si l'articulation du genou ne contient aucune trace du néoplasme, il n'en est pas de même de la hanche. Là, au milieu d'un liquide noirâtre, nauséabond, on voit l'épiphyse supérieure du fémur qui est décapitée. Le cartilage est altéré et noirâtre; les ligaments et la synoviale sont envahis par le néoplasme. Le périoste qui recouvre l'arrière-fond de la cavité cotyloïde est érodé et brunâtre; la couche cellulo-adipeuse qui, normalement, remplit l'arrière-cavité, est dégénérée. On est en présence d'une disjonction épiphysaire complète.

Examen histologique. — Nous avons pratiqué des coupes histologiques au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, et voici ce que nous avons pu noter, grâce au précieux concours de M. le professeur agrégé Bard.

La tumeur se présente avec des caractères histologiques identiques dans les muscles, la rate, les ganglions et dans la moelle sous-périostique au niveau du fémur. Ces caractères sont les suivants : la tumeur est formée presque uniquement par des cellules que ne supporte aucun stroma. Celui-ci est simplement, par places, constitué par des fibrilles sans régularité, qui ne sont que les vestiges très atrophiés du tissu préexistant. Dans le muscle, on voit encore, en certains endroits, des fibres musculaires en voie d'atrophie, dissociées et morcelées par l'envahissement néoplasique. Il en est de même des alvéoles pulmonaires, aucun des tissus locaux ne paraît prendre part à l'édification du néoplasme.

Au niveau du fémur, la charpente osseuse est, au contraire, bien conservée, elle est même notablement éburnée, et la tumeur n'a guère envahi que les espaces médullaires qu'elle élargit, mais assez lentement. Les cellules constitutives sont petites, arrondies, pauvres en protoplasma ; le noyau, bien coloré par le carmin, est arrondi ; les contours n'en sont pas très nets et la masse n'en est pas complètement homogène, mais un peu granuleuse et comme multinucléolée.

Nulle part de tendance à l'état fusiforme, non plus qu'à l'état étoilé ; l'aspect des cellules rappelle un peu celui des cellules épithéliales embryonnaires, mais nulle part il n'existe de formes épithéliales mieux caractérisées. Par places, dans le poumon aussi bien que dans les muscles, la rate et les ganglions, existent d'assez nombreux amas muriformes, formés par la fusion de plusieurs cellules en une sorte de plaque irrégulière à noyaux multiples, presque exclusivement constituée par les noyaux. L'aspect en est très caractérisé et tel qu'on le rencontre dans les proliférations néoplasiques des cellules ostéogéniques. Enfin, par places plus rares, il existe, mais dans le muscle seulement, des petits fragments osseux néoformés, qui restent partout isolés et de petite dimension, cependant déjà bien visibles avec le 2 de Verick.

Le cœur et le rein ne présentent rien de bien particulier. Le foie est le siège d'une dégénérescence graisseuse assez accusée et limitée à la périphérie des lobules.

En résumé, il s'agit d'un cancer développé aux dépens de cellules ostéogéniques qui présentent un type anatomique très embryonnaire et très malin, sans qu'on puisse dire au premier abord, par le seul examen des pièces histologiques, si l'origine en est la couche ostéogénique du périoste ou la moelle osseuse ; on peut, toutefois, éliminer avec certitude les sarcomes conjonctifs de la couche externe du périoste, du tissu cellulaire lâche de la moelle. L'état de l'os, relativement peu envahi, rend beaucoup plus probable l'origine périostique.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, en présence d'une telle affection, à quel diagnostic devait-on se rattacher ? L'augmentation de volume du fémur faisait aussitôt rejeter l'hypothèse d'une névralgie sciatique ou crurale simple.

Au début, on ne songea pas à une tumeur osseuse, à un ostéo-sarcome. En effet, l'os tout entier était uniformément hyperostosé avec points douloureux, surtout à ses extrémités juxta-épiphysaires. Pas de sensation de coquille osseuse, se déprimant sous le doigt, ou de lamelles osseuses se brisant.

La forme typique de l'ostéo-sarcome, sur laquelle insiste M. Schwartz, forme de bosse ou de massue, masse surajoutée à l'os, fuseau effilé à ses extrémités, tous ces signes faisaient défaut.

M. Poncet pensa, tout d'abord, à une inflammation simple de l'os, à une ostéo-périostite diffuse, à forme subaiguë. Mais, à quelle cause rattacher ces accidents inflammatoires ?

On pouvait songer à une ostéo-myélite gommeuse du

fémur, à un de ces syphilomes diffus, dans lesquels l'os est doublé de volume et recouvert par un périoste épaissi. Mais chez notre malade il n'y avait aucune trace de syphilis, et l'iodure de potassium, puis un traitement mixte n'amenèrent aucun changement dans son état.

Au début, M. Poncet, tout en faisant des réserves, songea à une ostéite juxta-épiphysaire bi-polaire. On sait que M. Ollier a décrit sous ce nom une ostéite qui, développée sur un os long, a pour siège principal ses deux extrémités osseuses. L'inflammation passe d'une extrémité de la diaphyse à l'autre, en suivant le périoste ou le canal médullaire, et laisse alors souvent des traces de son passage tout le long de la diaphyse, en donnant lieu à des lésions périostiques. Ce diagnostic, très rationnel, devait cependant être infirmé, quelques semaines plus tard. On se trouvait en présence d'un néoplasme.

En effet, les douleurs augmentant d'intensité, le malade réclamant un traitement énergique et chirurgical au besoin, M. Poncet se proposa d'intervenir et de pratiquer une trépanation osseuse. Mais il fit auparavant une incision exploratrice qui mit à découvert, au milieu des masses musculaires, un tissu blanchâtre, sarcomateux, paraissant englober tout le fémur.

Ne devait-on pas cependant, au début, songer à une ostéite juxta-épiphysaire bi-polaire? Le fémur étant tuméfié, on pouvait penser que cette augmentation de volume était due à l'épaississement du périoste ou à l'infiltration des couches parostales. On sait que, sous l'influence de cette double cause, une diaphyse peut acquérir un énorme volume. Cette tuméfaction du périoste peut s'accompagner d'une chaleur appréciable à la main et déterminer des douleurs augmentées à la pression.

Il est reconnu que le diagnostic de l'ostéo-sarcome présente parfois de grandes difficultés. On a rapporté plusieurs observations de tuméfactions osseuses dues à des sarcomes vasculaires et prises pour des abcès osseux. Dans ce cas, le bistouri du chirurgien donnait issue à du sang et non à du pus. M. Poinsot cite des exemples de sarcomes des os, confondus avec des tumeurs blanches, etc. De telles erreurs de diagnostic sont fréquemment commises, mais nous n'avons trouvé, dans aucun recueil, un ostéo-sarcome chez un adulte, simulant ainsi une ostéo-périostite diffuse, une ostéite bi-polaire (1).

L'observation précédente présente encore quelques points intéressants. L'infection ganglionnaire a été rapide et très marquée. Il y avait une chaîne non interrompue de ganglions sarcomateux, étendus de la cuisse malade jusqu'au hile du poumon. Si le gonflement inflammatoire des ganglions est fréquent, leur envahissement par le néoplasme est rare, et M. Gross l'admet sept fois sur cent environ.

Nous n'insisterons pas sur la généralisation pulmonaire, la fracture spontanée, etc., mais nous rappellerons le noyau sarcomateux de la rate et cette infiltration intense de tous les muscles de la cuisse. Elle était telle qu'un fragment du droit antérieur ne montrait, à l'examen microscopique, que les cellules de la tumeur qui avaient remplacé les fibres musculaires dissociées et détruites.

Le malade ne présenta point de symptômes fébriles dans le dernier mois de sa maladie, alors cependant que la tumeur s'accroissait rapidement.

Quant à la large incision, pratiquée par M. Poncet, sur la portion du fémur qui était plus particulièrement douloureuse, elle donna le résultat qu'on en attendait.

Les souffrances furent considérablement diminuées par ce débridement, et, fait intéressant à noter, le néoplasme n'en marcha pas plus vite au niveau de la plaie. Il se forma des bourgeons comme dans une plaie simple, avec tendance à la réparation.

(1) Chez les enfants, les panostéites cancéreuses envahissant un os long dans toute sa hauteur sont communes, le membre peut atteindre alors un volume énorme. Chez l'adulte, cette forme diffuse d'emblée, sans tumeur à aucun moment, nous paraît, d'après nos recherches, tout à fait exceptionnelle. Elle mérite d'autant mieux d'appeler l'attention que la néoplasie est restée relativement localisée dans une partie de l'os, dans la couche sous-périostique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 février 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

DISCUSSION SUR LES PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ABDOMEN

M. RECLUS défend de nouveau l'opinion qu'il a déjà soutenue, à savoir qu'il n'y a pas lieu d'intervenir dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, tant qu'il n'y a pas d'accidents.

Il s'applique d'abord à démontrer ce fait, que, toutes les fois qu'il y a plaie pénétrante de la paroi abdominale, il y a perforation intestinale; 38 fois sur 39, dans les expériences qu'il a faites, il a constaté que la balle avait pénétré dans l'intestin ou l'estomac. Plaie pénétrante de l'abdomen et perforation intestinale peuvent donc être considérées comme des expressions synonymes. Partant de ce fait, M. Reclus se croit donc autorisé à considérer comme guérisons de perforations intestinales, toutes les guérisons de plaies pénétrantes de l'abdomen. Passant ensuite en revue les signes physiques de perforation viscérale, tels que le melæna, l'hématémèse, la sortie du projectile par l'anus, l'émission de gaz par la plaie, M. Reclus fait observer que l'hématémèse, pas plus que le siège épigastrique de la plaie, n'indiquent qu'il y a eu seulement perforation de l'estomac. On sait que ces perforations sont généralement multiples, et qu'une perforation de l'estomac s'accompagne presque toujours d'une perforation intestinale; témoin les faits de Berger, de Nélaton, de Peyrot, etc.

Pour s'en rapporter au siège de la plaie, comme moyen de diagnostiquer s'il existe ou non une perforation stomacale ou intestinale, il faudrait admettre que la balle ne dévie jamais, et que l'intestin et l'estomac occupent toujours une situation fixe dans la cavité abdominale. Il est donc à peu près impossible d'admettre qu'une balle ne blesse qu'un seul viscère, et il faut toujours compter sur des perforations multiples.

M. Reclus a pu réunir 114 cas de plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver, dans lesquels il n'y a pas eu d'intervention, et, sur ce nombre, il y a 94 guérisons et 20 décès, soit 18 p. 100 de mortalité. Sur 59 cas de plaie de l'abdomen par instrument tranchant, il compte 49 guérisons et 10 décès, soit 17 p. 100 de mortalité. Il a 5 cas personnels, 3 par balle de revolver, 2 par coup de couteau. Sur ce nombre il n'a qu'une seule guérison, dans un cas où il s'en est tenu au traitement médical. Il a été moins heureux dans le cas suivant où il a cru devoir intervenir.

Un jeune homme de vingt ans se donne un coup de couteau dans le flanc gauche, à 12 centimètres en dehors de l'ombilic. M. Reclus est appelé quatorze heures après l'accident. La température est à 37, le pouls à 120; le malade est refroidi, il y a une petite hernie de l'épiploon et une hémorrhagie abondante qui continue. Pas de tympanisme. M. Reclus fait une première incision, allant de la plaie à l'ombilic, et une seconde incision, de l'ombilic à quelques centimètres au-dessus du pubis. Il trouve d'abord un énorme caillot sanguin, nettoie la cavité abdominale du sang épanché, trouve sous l'épiploon l'artère qui donne le

sang et en fait la ligature. Le ventre étant ouvert, il va à la recherche des perforations intestinales, dévide l'intestin, trouve trois perforations dont deux sur le jejunum, il fait la suture de ces perforations. Il avait constaté sur chacune d'elles un bouchon muqueux déterminant une obturation absolue ; il n'y avait, du reste, ni gaz ni matières épanchées dans la cavité abdominale. Il y avait déjà des adhérences établies qu'il a dû rompre en dévidant l'intestin. Le résultat fut déplorable. Le lendemain le malade avait de l'ictère et de l'anurie et il succombait cinquante-cinq heures après l'opération. A l'autopsie, on put s'assurer que les sutures avaient bien tenu, qu'il y avait peu de matières épanchées dans la cavité péritonéale et qu'il y avait seulement un léger degré de péritonite. M. Reclus est intervenu dans ce cas pour parer à l'hémorrhagie ; mais en se plaçant purement au point de vue des lésions intestinales, il est convaincu qu'il aurait mieux fait de s'abstenir, puisqu'il y avait déjà des adhérences. A ce point de vue, en effet, l'intervention n'a fait que hâter la mort.

Sans mettre en doute la valeur des statistiques américaines, invoquées par M. Chauvel, M. Reclus les trouve défectueuses à plusieurs égards, et préfère s'en tenir aux faits de la Société de chirurgie. Or, sauf dans un cas de M. Vallin, tous les cas dans lesquels on a pratiqué la laparotomie sont des insuccès.

Tandis que les laparotomistes voient se continuer la série de leurs déceptions, les abstentionnistes voient s'augmenter le nombre des guérisons. M. Reclus reste donc abstentionniste et n'interviendra que devant une indication formelle.

M. TERRIER veut qu'on soit interventionniste ou non, mais il n'admet pas qu'on intervienne dans un cas et pas dans l'autre. Il ne comprend pas, à ce point de vue, la conduite recommandée par M. Reclus. Il le comprend encore moins quand il dit qu'on doit laisser des perforations intestinales dans le ventre, sans les fermer : M. Reclus soutient que toute perforation abdominale entraîne une ou plusieurs perforations intestinales ; M. Terrier n'accepte pas cette manière de voir. Il ajoute que les expériences sur le cadavre ne signifient rien. Il faut, en pareille matière, s'en tenir aux faits de chirurgie et non aux faits expérimentaux. Sans doute, les chirurgiens ne savent pas toujours à quelles lésions ils ont affaire dans ces cas, mais M. Terrier étant d'avis qu'il faut toujours intervenir, il importe peu, pour lui, que ce soit l'estomac, le gros intestin, l'intestin grêle, qui soit lésé ; toute lésion intestinale étant très grave, devant presque fatalement entraîner la mort, il faut faire la laparotomie et chercher les indications à remplir, sans compter sur le bouchon muqueux, auquel M. Reclus attache plus d'importance qu'il ne mérite ; car, ainsi que l'a déjà soutenu M. Terrier, ce bouchon muqueux est généralement septique. Parmi les malades donnés par M. Reclus comme guéris sans intervention, on ne peut être sûr qu'il y a eu véritablement lésion traumatique de l'intestin, puisqu'on n'y a pas regardé. M. Reclus prétend que, dans ces cas de guérison, il ne s'est pas fait d'épanchement dans la cavité péritonéale, ou du moins qu'il s'en est fait très peu, grâce au fameux bouchon muqueux. Mais tous les ovariotomistes savent combien il faut peu de matière épanchée dans le péritoine pour amener une péritonite septique.

M. Terrier ne peut donc accepter les conclusions de M. Reclus. Les résultats ont été mauvais en France jusqu'ici, à cause des conditions déplorables de septicité dans lesquelles se trouvent nos hôpitaux. C'est dans ce sens qu'il faut chercher le remède, car on doit intervenir, la logique est d'intervenir dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. Quant aux résultats, quels qu'ils soient, ils sont encore insuffisants pour étayer une opinion sérieuse, la question n'étant pas encore jugeable à l'heure actuelle.

M. KIRMISSON rappelle que M. Reclus a mis les chirurgiens au défi de diagnostiquer le siège exact de la lésion intestinale dans une plaie pénétrante de l'abdomen. A cela M. Kirmisson répond qu'il est généralement admis que le siège de la plaie d'entrée du projectile étant au voisinage de l'ombilic, il y a tout lieu de penser que c'est le petit intestin qui est atteint ; quand le siège est à la région épigastrique ou dans l'hypochondre, c'est l'estomac ou le gros intestin qui est atteint. M. Reclus a tort, suivant M. Kirmisson, d'invoquer le cas de M. Nélaton qui a déclaré lui-même que sa suture était mal faite. Enfin, M. Kirmisson rappelle des statistiques américaines et anglaises qui prouvent que le chiffre des succès augmente à mesure qu'on fait plus de laparotomies.

M. PÉRIER cite l'exemple d'un jeune garçon qui reçoit un coup de couteau dans le ventre. Il est amené à l'hôpital, l'interne suture la plaie extérieure. Quelques jours après, alors que tout semblait fini, apparaît la péritonite. On trouve à l'autopsie deux anses intestinales perforées et adhérentes.

M. BERGER cite un exemple qui prouve, contrairement à l'assertion émise par M. Terrier, qu'une perforation intestinale par balle de revolver, avec issue de gaz et de matières au dehors, peut guérir. Il ajoute que, dans son service, tout est prêt et disposé pour faire ces opérations d'urgence.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE proteste contre cette idée, soutenue par M. Reclus, que toute trace de coup de feu dans le ventre entraîne une perforation intestinale. Il veut, comme M. Terrier, qu'on soit interventionniste ou non et, si on l'est, qu'on intervienne le plus tôt possible.

M. TRÉLAT dit que, quand un intestin est ouvert dans la cavité péritonéale, dans quelque circonstance que ce soit, traumatique, pathologique ou opératoire, la situation est très grave, et généralement la mort s'ensuit. Il ne faut pas compter sur les bouchons muqueux, sur les adhérences ; jamais, dit M. Trélat, le contenu de l'intestin n'est versé impunément dans le péritoine.

M. RECLUS rappelle plusieurs des arguments qu'il a présentés; jusqu'à présent il a été non interventionniste, puisque, ainsi qu'il l'a prouvé, il y a plus de guérisons sans laparotomie qu'avec laparotomie. Il défend, contre M. Terrier, les renseignements précieux fournis par ses expériences sur le cadavre. M. Reclus s'engage à porter devant la Société quarante observations de perforations intestinales, terminées par la guérison. Dans nos cas, ajoute M. Reclus, le nombre des guérisons est plus considérable que dans les vôtres. Le bouchon muqueux, tant méprisé par M. Terrier, qu'il soit septique ou non, provoque une péritonite locale et adhésive très favorable.

M. TERRIER dit que, quand on lèse l'intestin dans le cours d'une laparotomie pour tumeur, c'est toujours une chose grave, et il s'empresse de faire tous ses efforts pour bien suturer l'intestin lésé, car il n'a aucune confiance dans les propres efforts de la nature.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Résection de la clavicule. — M. DESPRÉS présente une clavicule atteinte d'un ostéo-sarcome central, clavicule dont il a fait, le matin même, la résection totale, chez une jeune fille de quatorze ans. Il a eu recours au procédé de Chassaignac : section de la clavicule à sa partie moyenne avec la scie à chaîne et désarticulation des deux moitiés.

M. SEGOND a pratiqué la même opération chez un homme de quarante-cinq ans, pour une énorme tumeur qui a également nécessité la résection totale de la clavicule. Il croyait avoir eu affaire à un cancer primitif de la clavicule. Le malade étant mort le huitième jour, on vit, à l'autopsie, qu'il était porteur d'un cancer très étendu du rein gauche. Celui de la clavicule n'était donc que secondaire.

M. MARCHAND a fait la résection presque totale de la clavicule, chez un homme de cinquante ans, atteint d'un carcinome de cet os. Le malade était complètement guéri, lorsqu'il eut une hématémèse foudroyante, à laquelle il succomba. Là encore, évidemment, le carcinome de la clavicule était secondaire.

M. POLAILLON a enlevé la clavicule pour un ostéo-sarcome, chez un sujet qui est mort, quelque temps après, d'un ostéo-sarcome du fémur.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le registre d'inscription des candidats au concours, pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, est clos. Les candidats, au nombre de soixante-six, sont :

MM. Achard, Barbe, Babinski, Barthélémy, Béclère, Belin, Blocq, Bourcy, Bourdel, Bruchet, Capitan, Cayla, Charrin, Chéron, Dalché, Darier, Delpeuch, Deschamps, Despréaux, Dreyfous, Dubief, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Florand, Galliard, Gallois, Gauchas, de Gennes, Gilles de la Tourette, Giraudeau, Girode, Havage, Hirtz (Hippolyte), Hischmann, Jeanselme, Launois, Lebreton, Leduc, Le Gendre, Lermoyez, Leroux, Liandier, Marfan, Martin de Gimard, Martinet, Mathieu, Ménétrier, de Molènes, Morel-Lavallée, Œttinger, Petit, Polguère, Poupon, Queyrat, Raymond, Ribail, Richardière, Robert, Roger, Sapelier, Siredey, Thibierge, Thoinot, Variot et Weber.

— *Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements).* — La liste des candidats est arrêtée de la manière suivante :

Paris. Chirurgie (3 places) : MM. Barette, Bazy, Beurnier, Broca, Castex, Clado, Hartmann, Marchant, Ménard, Michaux, Nélaton, Phocas, Picqué, Polosson, Ricard, Rochard, Routier, Tuffier, Verchère, Villar, Walther; — Accouchements (1 place) : MM. Auvard, Bar, Boissard, Bonnaire, Bureau, Doléris, Lepage, Olivier, Planchard, Potocki, Tissier. — *Bordeaux.* Chirurgie (1 place) : M. Courtin; — Accouchements (1 place) : MM. Chambrelent, Rivière. — *Lille.* Chirurgie (1 place) : MM. Carpentier, Coppens; — Accouchements (1 place) : M. Turgard. — *Lyon.* Chirurgie (1 place) : MM. Gangolphe, Genevey-Montaz, Rochet, Vallas. — *Montpellier.* Chirurgie (1 place) : MM. Estor, Février.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 22. — JEUDI 21 FÉVRIER 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 21 FÉVRIER 1889. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Péan a présenté à l'Académie un malade, ou plutôt un guéri, qui a vivement intéressé toute l'assistance, aussi bien les chirurgiens que les médecins et les physiologistes. On ne sait ce que l'on doit le plus admirer, dans cette observation, de la précision du diagnostic ou du succès de l'opération. Au point de vue du diagnostic, en effet, ce fait peut être considéré comme le triomphe des localisations cérébrales; au point de vue de l'intervention chirurgicale, il montre que la chirurgie antiseptique ne connaît plus de limites, puisqu'elle peut impunément pénétrer jusque dans la substance cérébrale elle-même.

C'est la première fois, en France, qu'est pratiquée cette opération qui fait le plus grand honneur aux médecins qui l'ont conseillée aussi bien qu'au chirurgien qui l'a exécutée. Que pourront dire à cela les adversaires des localisations cérébrales? Est-il un argument plus topique en faveur de ces localisations, une plus belle application pratique de leur doctrine, une plus heureuse association de la finesse diagnostique et de l'habileté opératoire? Nos lecteurs nous sauront gré de leur donner *in extenso* la communication de M. Péan.

La discussion sur le tétanos suit son cours; M. Trasbot a successivement examiné ces trois points : la nature infectieuse du tétanos, l'origine de l'agent infectieux, son mode d'introduction dans l'organisme. Si, pour M. Trasbot, le premier point est aujourd'hui un fait démontré, les deux autres sont à l'étude et ne reposent encore que sur des hypothèses. M. Verneuil est venu apporter de nouveaux faits à l'appui de la transmission inter-humaine du tétanos. Il doit, dans la prochaine séance, aborder la seconde partie de son étude, l'origine équine de cette affection, déjà combattue d'avance par les vétérinaires qui ont pris part à la discussion.

M. Guyon a communiqué deux cas de néphrorrhaphie pour des reins mobiles douloureux. Il a formulé, à cette occasion, les indications et le manuel opératoire. A ce dernier point de vue, il insiste sur la nécessité de fixer le rein en passant les sutures à travers le parenchyme lui-même; les succès durables n'appartiennent qu'aux cas où l'on a ainsi procédé.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

I. Pneumonie bilieuse. — II. Albuminurie gravidique. — III. Déterminations de la scarlatine sur les reins et sur le cœur.

I. Nous avons, au n° 7 de notre salle des femmes, une malade atteinte de pneumonie et dans un état extrêmement grave. Cette femme, âgée de trente-neuf ans, n'avait jamais été malade, lorsqu'elle fut prise subitement, dans la nuit de vendredi à samedi de la semaine dernière, d'un point de côté, mais sans le moindre frisson, contrairement à ce que l'on observe d'habitude. Le lendemain matin, elle avait de la fièvre, un peu d'oppression; la peau était chaude, l'expectoration n'avait rien encore de caractéristique.

Le lundi, on la conduit à la consultation de cet hôpital, mais, faute de lit, elle est renvoyée avec une ordonnance lui prescrivant des badigeonnages de teinture d'iode. Enfin, hier matin, elle revient ici où enfin elle est admise et placée dans mes salles.

A la visite du soir, on constate une température de 40 degrés, une assez vive oppression, de la matité et du souffle, enfin, tous les symptômes d'une inflammation du parenchyme pulmonaire.

Or, ce qui fait la gravité de sa pneumonie, ce n'est pas seulement l'étendue de sa lésion, mais bien plutôt l'ensemble de l'état général. Ce matin nous constatons, en arrière et à droite, de la matité dans toute la hauteur de la poitrine, une matité absolue ainsi qu'un souffle tubaire énorme, sans crépitation, mais avec de la bronchophonie. La pneumonie en est-elle arrivée à la période de l'hépatisation rouge ou à celle de l'hépatisation grise? Je ne puis pas me prononcer en toute certitude, mais je serais très porté à croire à l'hépatisation grise.

De plus, la malade crache très peu, ce qui est un mauvais signe; il n'y a pas de crépitation, ainsi que je viens de le dire, le pouls est très fréquent (128 pulsations) et déjà quelque peu défaillant, et l'on sent des pulsations qui paraissent s'évanouir (preuve d'un certain degré d'adynamie cardiaque); enfin, la dyspnée est extrême.

Mais ce n'est pas tout et nous avons constaté ce matin, à

la visite, de l'ictère, bien que l'organe hépatique ne soit ni très gros, ni très congestionné, ni douloureux. D'où il suit que nous sommes en présence d'une pneumonie bilieuse; de là, une excessive gravité.

J'ajoute à cela que, fait insolite, cette femme n'a pas eu de frisson initial — je l'ai dit en commençant et je crois devoir insister là-dessus, — mais la pneumonie a débuté par un point de côté. Enfin, les crachats sont rares et sont surtout des crachats salivaires, mêlés parfois d'un peu de bile. De même, les urines sont très bilieuses, très fortement teintées de brun par la matière colorante de la bile.

En résumé, la situation est très grave, cette femme est très malade; voici maintenant le traitement auquel j'ai recours en raison même de son extrême gravité. J'ai fait appliquer douze ventouses scarifiées, j'ai prescrit un julep gommeux de 120 grammes renfermant 20 centigrammes de kermès et 40 grammes de rhum, et j'ai recommandé de lui faire prendre dans la journée une infusion de café de 250 grammes et du vin, c'est-à-dire que le traitement que j'ai institué a pour but de combattre la fièvre, la fluxion, l'inflammation et l'adynamie.

II. Le n° 2 de notre salle des femmes est une nouvelle victime de la grossesse. C'est une femme, primipare, qui est accouchée, à six mois, d'un enfant mort et qui avait déjà depuis un certain temps de l'œdème des membres inférieurs et de l'albuminurie. D'ailleurs, la mort de l'enfant est la conséquence de son albuminurie, de même que celle-ci est la conséquence de sa grossesse; si bien que si, dès le début, on avait songé à la possibilité de l'albuminurie, on aurait cherché à déceler la présence de l'albumine dans les urines, et on aurait pu immédiatement enrayer ces premiers accidents par un traitement approprié. Par suite, on aurait probablement empêché la mort de l'enfant et, ultérieurement, la mort de cette femme qui, vu l'état dans lequel elle se trouve, est appelée à mourir à son tour dans un temps peu éloigné.

C'est ce matin que j'ai vu cette malade pour la première fois; elle est entrée, nous a-t-elle dit, pour une bronchite. Mais son cas est des plus intéressants, parce qu'il est de pratique quotidienne, et aussi parce que l'obstétrique moderne méconnaît beaucoup trop, à mon sens, les conditions pathologiques de la grossesse.

En effet, avant-hier, nous avions encore dans nos salles une femme, qui nous était arrivée quelque temps auparavant, pour des attaques d'éclampsie. Hier, elle a voulu partir, malgré tous nos efforts pour la garder encore pendant un certain temps; elle est partie très pâle, sans œdème des membres inférieurs, il est vrai, mais rendant seulement 12 grammes d'urée par jour, c'est-à-dire la moitié de la quantité normale, par conséquent effectuant une décharge quotidienne absolument insuffisante, et, de plus, ses urines contiennent encore chaque jour 2 grammes d'albumine.

La diète lactée, à peu près universellement employée aujourd'hui dans le traitement de l'albuminurie, est un bon moyen comme lessivage du rein, mais elle n'a aucune action contre la lésion même de l'organe rénal, de sorte que ces femmes deviennent, plusieurs mois après leur accouchement, de véritables brightiques incurables. Il n'est donc pas indifférent, comme vous le voyez, de laisser une hyperhémie rénale, faisant pisser de l'albumine, persister pendant plusieurs mois, puisqu'elle entraîne à un moment donné de la phlogose, la désorganisation des reins, laquelle continue après l'accouchement et devient alors une lésion irrémédiable.

C'est ce qui est arrivé chez cette femme entrée hier, la lésion durant chez elle depuis dix mois, et l'on avait oublié — comme on le fait beaucoup trop aujourd'hui — le point de départ du trouble fonctionnel, de sorte qu'on donne le lait pour faire disparaître l'albumine, oubliant qu'on ne traite pas ainsi la lésion des reins.

J'ai vu une femme mourir un an après un accouchement, bien qu'elle ait été traitée par les accoucheurs les plus éminents de notre époque, mais par la diète lactée et non pas par les révulsions et les émissions sanguines qui l'eussent sauvée; elle est morte des suites d'un acte physiologique, c'est-à-dire de la grossesse.

III. Maintenant je voudrais, à l'occasion d'un autre malade entré ces jours-ci pour une scarlatine, vous parler de cette affection et de ses dangers, qui sont inversement proportionnels à l'éruption. C'est ainsi que, dans le cas de scarlatine à éruption peu prononcée, il y a généralement danger plus grand de lésions parfois mortelles. Ce danger est de deux sortes : danger du côté des reins, danger du côté du cœur.

Du côté des reins, le scarlatineux est exposé à une fluxion allant jusqu'à l'albuminurie, c'est-à-dire au passage du sérum du sang dans l'urine, mais pouvant aller aussi, suivant son intensité, jusqu'à l'hématurie.

Or, si on a l'habitude, dans la scarlatine, d'examiner les urines, par contre on ne se préoccupe généralement pas assez souvent du cœur. Ainsi, chez le jeune homme dont la présence dans ma salle me fait traiter cette question, nous avons constaté un souffle systolique tenant à un certain degré d'endocardite, laquelle reconnaît absolument pour origine la scarlatine, car, jusqu'en ces derniers jours, il avait toujours été parfaitement portant, son cœur avait toujours été sain. Mais chez lui, la scarlatine a été des plus modérées et, pour ainsi dire, sans desquamation, et le voilà atteint actuellement d'une lésion du cœur, d'une insuffisance mitrale, à laquelle il succombera bien certainement dans quelques années.

Un vésicatoire a été appliqué sur la région précordiale, par acquit de conscience, car, que pouvait-il faire? Il n'a aucune prise sur l'endocarde, parce que celui-ci n'est pas à proprement parler un organe, et qu'il n'est pourvu ni de vaisseaux, ni de nerfs, tandis que sur le péricarde les vésicatoires agissent et interviennent avec succès. Je n'en veux pour preuve que les péricardites dans lesquelles nous voyons journellement l'épanchement diminuer sous l'influence d'une révulsion. Pourquoi? Parce qu'il s'agit d'un organe qui a des nerfs en lui et autour de lui, tandis que l'endocarde n'a rien du tout.

Mais je reviens à la scarlatine qui peut provoquer l'endocardite et je dis que, surtout lorsqu'elle est bénigne, elle a grandes chances de déterminer des accidents du côté des reins et du cœur.

Il existe également des rapports entre la scarlatine et le rhumatisme, dont elle peut provoquer aussi une attaque chez les sujets rhumatisants. Il en est d'elle comme de la blennorrhagie, affection spécifique de l'urèthre, qui chez les rhumatisants peut provoquer une attaque rhumatismale, avec cette particularité que, dans ce cas, celle-ci ne s'accompagne presque jamais de manifestations sur l'endocarde et sur le péricarde, car il n'y a jamais de phénomène fébrile.

Voici un fait très intéressant qui montre bien les dangers de la scarlatine. Un Autrichien, grand musicien, de passage à Paris avec sa femme, voit celle-ci atteinte d'une scarlatine très grave en raison des accidents nerveux qui l'accompagnent. On examine les urines et on ne trouve rien que des débris d'épithélium. Traitée par les lotions froides avec l'eau de Cologne, elle guérit complètement. Son mari contracte, à son tour, la même affection ; chez lui l'éruption est des plus légères, quelques rares plaques roses. Cependant, il existe un malaise général intense et, au bout de quarante-huit heures, les urines présentent un précipité albumineux énorme. La fluxion des reins est considérable. Le médecin qui le soigne le met au régime lacté exclusivement; les mêmes malaises persistent. Je suis appelé et, après avoir examiné le malade, je prescris une révulsion énergique (douze ventouses scarifiées sur la région des reins, six de chaque côté). Le lendemain l'albumine avait diminué de moitié. Je fais badigeonner la région des reins avec de la teinture d'iode, le surlendemain l'albumine avait presque complètement disparu et le troisième jour elle avait cessé tout à fait. Le fait s'est passé il y a trois ans et, depuis lors, grâce à ces révulsions, le malade se porte parfaitement.

Ce traitement de l'albuminurie scarlatineuse est aussi celui de l'albuminurie gravidique.

ÉPILEPSIE PARTIELLE

DÉTERMINÉE PAR UNE TUMEUR CÉRÉBRALE SIÉGEANT AU NIVEAU DE LA ZONE MOTRICE; TRÉPANATION ; ABLATION DE LA TUMEUR; DISPARITION DES ACCIDENTS.

Par M. le docteur PÉAN, chirurgien des hôpitaux.

Les travaux de M. Charcot et de ses élèves ont établi, comme on sait, l'existence dans l'écorce cérébrale d'une zone motrice, comprenant au moins trois centres, dont la localisation a été déterminée avec une suffisante précision : un centre pour la face, un centre pour le membre supérieur, un centre pour le membre inférieur.

Les observations anatomiques recueillies dans ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger, sont venues confirmer la réalité de ces localisations. Les objections qui ont été opposées par un certain nombre d'expérimentateurs, à ce qu'on a appelé plus ou moins justement « la doctrine » des localisations cérébrales, n'ont pu entamer cette « doctrine ». Les uns après les autres, les opposants se sont tus. Et, si l'interprétation des faits est encore l'objet de discussions entre les physiologistes, la réalité de ces faits, au moins en ce qui concerne l'homme, ne soulève plus guère de contestations.

Actuellement, la doctrine est sortie de sa phase spéculative, et, comme toute doctrine qui triomphe, elle en est arrivée à la phase des résultats pratiques.

La meilleure réponse qu'on puisse faire aux cliniciens adversaires des localisations motrices, s'il s'en trouvait encore, c'est la publication sans commentaires de faits analogues à celui que nous avons l'honneur de communiquer aujourd'hui à l'Académie, en notre nom et au nom de nos habiles confrères, MM. Gilbert Ballet et Gelineau.

Il s'agit d'un jeune homme, actuellement âgé de vingt-huit ans, qui fut pris, à vingt-deux ans, d'accidents épileptiformes. Les crises, dès cette époque, se reproduisirent avec une certaine régularité. Elles survenaient tous les huit ou dix jours environ. A différentes reprises, elles se rapprochèrent, et même, au mois de juillet 1886, elles arrivèrent à constituer une sorte d'état de mal ; ces crises, observées avec grand soin par M. Gelineau, présentaient, comme nous le verrons plus tard, tous les caractères de l'épilepsie partielle la plus typique. Pendant plus de cinq ans les attaques furent combattues, avec un certain succès, par le traitement bromuré. Mais, au mois de décembre 1888, en dépit de la médication instituée, les accès allèrent se rapprochant au point de constituer une menace pour la vie. C'est alors que M. Gelineau, constatant l'insuffisance du traitement médical, et se basant sur les travaux publiés dans ces derniers temps, pensa qu'il s'agissait d'une épilepsie jacksonnienne, causée vraisemblablement par une tumeur cérébrale, et qu'il y avait lieu d'agiter la question d'une intervention opératoire.

Le vendredi 7 décembre, nous nous réunissons en consultation, MM. Ballet, Gelineau et moi. Depuis quarante-huit heures, le malade était en proie à des accès rapprochés. La température s'était élevée au-dessus de 40 degrés. Sous nos yeux le malade eut plusieurs crises. Chacune était caractérisée de la façon suivante : en premier lieu, spasme douloureux du gros orteil droit, puis raideur du membre inférieur correspondant, convulsions toniques puis cloniques de ce membre, qui se propageaient ensuite au bras et à la face du même côté. La perte de connaissance ne survenait pas à chaque accès. Lorsqu'elle avait lieu, elle ne se produisait qu'à une période avancée de la crise, elle n'en marquait jamais le début. Dans l'intervalle des accès, qui se succédaient d'assez près, on constatait un état parésique très net du membre inférieur droit. D'après ces différents caractères, M. Ballet n'hésita pas à affirmer qu'on se trouvait, comme l'avait pensé M. Gelineau, en présence d'une lésion occupant le centre moteur du membre inférieur droit ou son voisinage immédiat.

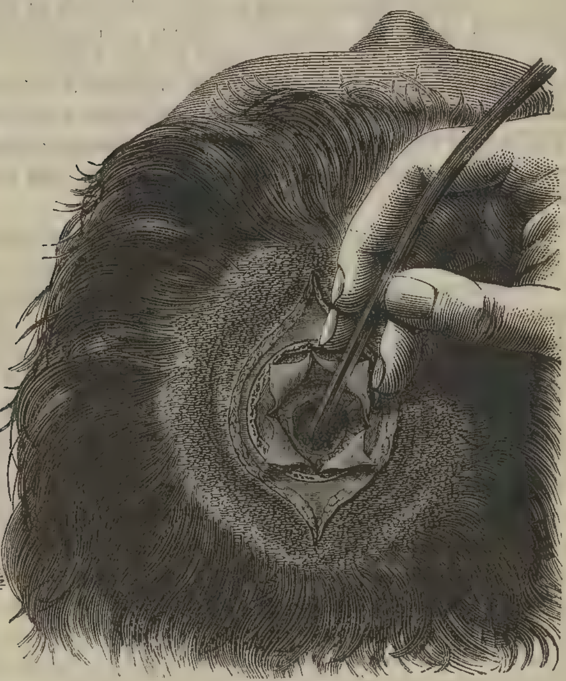
Quant à la nature de la lésion, en l'absence d'antécédents spécifiques ou tuberculeux, d'une part, étant donné, d'autre part, le jeune âge du malade, qui ne permettait guère d'admettre l'hypothèse d'un foyer de ramollissement cortical, il était à peu près certain qu'on avait affaire à une tumeur cérébrale. Dans ces conditions, M. Gilbert Ballet vint appuyer l'avis auquel nous nous étions préalablement rangés. Il fut décidé que nous pratiquerions la trépanation avec ouverture de la dure-mère, au voisinage du centre moteur du membre inférieur. L'opération, dans notre pensée, devait avoir pour résultat certain de déterminer la décompression de ce centre et, si les circonstances le permettaient, de nous amener à enlever la tumeur dont le siège avait été diagnostiqué.

Les symptômes autorisant à affirmer que cette tumeur siégeait au niveau ou au voisinage immédiat du centre moteur du membre inférieur, c'est-à-dire au niveau de la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendante gauche, il s'agissait de déterminer le point précis de la cavité crânienne sur lequel devait être appliqué le trépan. En s'en référant aux indications fournies par les données, actuellement acquises, de topographie cranio-cérébrale, M. Ballet délimita ce point de la façon suivante : une première ligne, horizontale, fut tracée, partant de l'apophyse orbitaire externe à 7 centimètres en arrière du commencement de cette ligne. Puis, de cette extrémité, une perpendiculaire, de 3 centimètres, fut élevée de façon à obtenir un premier point de repère qui fut marqué. Ce point, comme l'a indiqué M. Lucas-Championnière, correspondait à l'extrémité inférieure du sillon de Rolando.

Pour avoir la direction exacte de ce sillon, autour duquel sont localisés les centres moteurs, il restait à en déterminer la partie supérieure. Dans ce but, un ruban fut conduit verticalement d'un conduit auditif à l'autre, puis, sur la ligne médiane du crâne, à 47 millimètres en arrière du ruban, on marque le second point de repère. Celui-ci, comme on le sait, correspondait à l'extrémité supérieure du sillon rolandique.

Sur la partie gauche du crâne, en dehors de la suture sagittale, autour et au-dessous, de cette extrémité ainsi déterminée, M. Ballet traça une circonférence de la largeur d'une pièce de 2 francs environ, les téguments du crâne furent incisés, à ce niveau, en

ayant bien soin de conserver le périoste qui fut détaché en même temps qu'eux (voir la figure ci-dessous). La couche osseuse fut ensuite enlevée par morcellement au moyen du polytritome et de la pince emporte-pièce sur le point indiqué. La dure-mère ainsi mise à nu était saine; elle fut incisée crucialement.



A peine cette incision était-elle faite qu'une gouttelette de sérosité louche apparaissait mélangée au liquide céphalo-rachidien. Au-dessous de la dure-mère, la pie-mère se montra, parcourue par une grosse veine qui coupait en deux, dans le sens transversal, le champ opératoire. En examinant avec soin cette membrane, nous vîmes que, en avant, sa transparence était normale, tandis qu'en arrière elle était blanchâtre, jaunâtre, un peu bombée.

Elle recouvrait donc en avant une circonvolution manifestement normale, tandis qu'en arrière, il nous semblait qu'elle était soulevée par un néoplasme. Nous prîmes alors le parti de l'inciser à son tour, circulairement, autour de la portion jaunâtre et de chercher à la détacher. Nous vîmes de la sorte qu'elle adhérait à une tumeur reconnaissable à sa coloration blanc-jaunâtre.

Nous procédâmes aussitôt à l'ablation de cette dernière, reconnaissant que son tissu était friable et voulant de notre mieux ménager le tissu cérébral qui l'entourait, nous eûmes à nouveau recours à la méthode de morcellement, en procédant du centre à la périphérie.

Nous parvînmes de la sorte à enlever le néoplasme en totalité, sans que la substance cérébrale, dans laquelle celui-ci était comme enchâssé, fût intéressée d'une façon au moins notable. Ce temps de l'opération exécuté, nous pûmes constater la présence d'une cavité formée vraisemblablement par le refoulement de la substance grise. La tumeur, soit dit en passant, parut être pour M. Cornil, qui en examina les fragments, un fibro-lipome développé aux dépens de la pie-mère.

Un drain fut placé dans la cavité laissée par la tumeur, les quatre lambeaux de la dure-mère furent suturés au catgut et ceux du cuir chevelu au crin de Florence, puis le tout fut recouvert d'un pansement antiseptique, iodoformé, sublimé.

La plaie se comporta régulièrement sans suppurer; huit jours après l'opération, les fils et le tube étaient enlevés; le dixième jour, la cicatrisation était complète.

Dès le lendemain de l'opération, les crises épileptiques, qui, la nuit précédente, étaient au nombre de trente-sept, diminuèrent; le malade n'en eut plus que six. Les jours suivants, il eut encore quelques accès convulsifs, des phénomènes délirants et hallucinatoires, des manifestations parésiques du côté droit. Aucune complication, comme on vient de le voir, n'ayant eu lieu du côté de la plaie, nous pensons que ces divers phénomènes doivent être rattachés à l'irritation de la substance cérébrale, résultant des manœuvres nécessitées par l'opération. Elles ont d'ailleurs affecté les caractères qu'on attribue à ce qu'on a très justement appelé les équivalents de l'épilepsie partielle.

Actuellement, l'opération remonte à deux mois et demi. Le malade, depuis deux mois, n'a présenté aucune manifestation épileptiforme. Il se considère comme guéri. La plaie du tégument du crâne, cela va sans dire, est parfaitement cicatrisée. Il persiste une dépression au niveau du point trépané, mais cette dépression ne gêne nullement le malade et à l'inspection du crâne on ne constate rien d'anomal: c'est seulement à la palpation, comme les membres de l'Académie peuvent le vérifier, qu'on sent la dépression dont nous venons de parler.

Nous n'avons rapporté ici que les traits saillants de cette observation qui sera ultérieurement publiée avec tous les développements qu'elle comporte. C'est la première fois, croyons-nous, qu'en France, la trépanation a été pratiquée pour une tumeur cérébrale, sans qu'il existât de plaie, de cicatrice, de saillie des téguments ou des os du crâne.

Bien qu'à l'étranger, notamment en Angleterre, on se soit efforcé, depuis deux ans, d'utiliser, au point de vue chirurgical, les données acquises en matière de localisation corticale, la science compte très peu de cas analogues à celui que nous communiquons. A vrai dire, nous n'en voyons guère que trois qui soient, de près ou de loin, à rapprocher du nôtre. Ils appartiennent, un à Jackson, deux à Ferrier. Les malades ont été opérés par Horsley.

L'opération que nous venons de rapporter et ses résultats immédiats ou consécutifs démontrent :

1° L'innocuité de l'ouverture de la boîte cranienne lorsque l'on a soin de s'entourer de précautions antiseptiques rigoureuses.

2° La valeur des données récemment acquises sur les localisations cérébrales motrices et sur la topographie cranio-cérébrale. Grâce à ces données, il est permis de localiser avec une précision, en apparence surprenante, comme dans notre cas, le siège de certaines tumeurs et d'atteindre directement ces néoplasmes.

3° L'importance des résultats obtenus dans le cas particulier, puisqu'il semble prouver que l'intervention chirurgicale est appelée à rendre de réels services dans certains cas de tumeur du cerveau.

Elle démontre surtout que, grâce aux observations anatomo-cliniques, la médecine est aujourd'hui assez sûre d'elle-même pour ne pas hésiter à appeler la chirurgie à son aide, en présence d'affections qui, jusqu'à ces dernières années, semblaient se soustraire à toute tentative opératoire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 février 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Poncet (de Cluny), au titre de correspondant national;

2° Un pli cacheté de M. Crouzat (Accepté).

COMMUNICATIONS

Mortalité des soldats et des marins aux colonies. — M. ROCHARD, à propos de la communication de M. Lagneau dans la dernière séance, tient à dire que bien des fois le Conseil de

santé de la marine a insisté auprès des différents ministres pour obtenir la publication régulière d'une statistique de la mortalité dans les troupes de la marine.

Il existe cependant déjà des documents, et, en ce qui le concerne, M. Rochard a fait une statistique de la mortalité dans l'infanterie de marine. En comptant tous les décès, même ceux imputables à la fièvre jaune, dont les ravages sont parfois terribles, il est arrivé à une proportion de 44 p. 1 000 : ce chiffre est environ quatre fois plus élevé que celui de l'armée de terre, mais cependant plus faible qu'on ne pourrait le croire d'après la communication de M. Lagneau.

M. LAGNEAU dit que M. Rochard ne conteste pas l'exactitude des chiffres qu'il a donnés, et c'est le point essentiel. Il ajoute que l'Académie devrait insister auprès de M. le ministre de la Marine pour que les statistiques soient publiées par ce département, ce qui n'a pas lieu, faute, dit-on, des fonds nécessaires. On est donc sans documents de ce côté.

Épilepsie partielle déterminée par une tumeur cérébrale siégeant au niveau de la zone motrice; trépanation; ablation de la tumeur; disparition des accidents. — **M. PÉAN**, en son nom et au nom de MM. Gilbert Ballet et Gélineau, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 199.)

Deux cas de néphrorrhaphie. — **M. GUYON** croit que l'intervention opératoire, pour remédier aux troubles occasionnés par les déplacements rénaux, est rarement nécessaire; cependant elle est indiquée dans certains cas, il a eu l'occasion d'en observer deux. Chez ces deux malades, les douleurs étaient intolérables et empoisonnaient l'existence ; l'opération donna, autant qu'on peut l'affirmer après plusieurs mois écoulés, des résultats excellents ; non seulement la fixation du rein paraît définitive, mais encore les douleurs ont disparu, et il semble qu'on a rempli complètement les indications thérapeutiques.

Dans ces deux cas, le choix de la néphrorrhaphie semblait indiqué. M. Guyon s'appuyait non seulement sur l'utilité de la conservation d'un organe sain, mais encore sur la bénignité relative des néphrectomies secondaires, que démontrent des observations récentes et les statistiques. On ne saurait donc s'autoriser d'un échec opératoire, pour préférer la néphrectomie à la néphrorrhaphie. L'ablation du rein ne doit être qu'une opération de nécessité, sa fixation est l'opération de choix ; c'est à elle qu'il faut s'adresser quand la mobilité du rein détermine des accidents qui ne sont justiciables ni du traitement médical, ni de l'emploi des appareils.

Les succès durables appartiennent tous aux opérations dans lesquelles on a fixé le rein en passant les sutures à travers le parenchyme lui-même. Il a agi par ce procédé et il doit dire qu'à aucun moment, la composition des urines n'a été modifiée. M. Guyon croit également qu'une condition de succès était, ainsi qu'il l'a fait, de suspendre, par les sutures, le rein à la dernière côte, et d'employer des fils résorbables, pour empêcher la section du tissu rénal par les points de suture.

DISCUSSION SUR LE TÉTANOS

M. TRASBOT dit que trois points sont en discussion dans cette question du tétanos : 1° la nature infectieuse de la maladie ; 2° son origine ; 3° le mécanisme de pénétration de l'agent infectieux.

Sur le premier point, des faits nombreux ont établi la nature infectieuse de la maladie. Contre cette opinion, on a bien invoqué, il est vrai, la raideur qui se produit chez les animaux forcés. Mais si cette raideur est d'aspect tétaniforme, elle n'est cependant pas tétanique. Elle diffère du tétanos en cela surtout qu'elle n'est pas durable. En mettant l'animal forcé au repos et à la chaleur, en pratiquant une petite saignée, on voit cette raideur disparaître rapidement. Elle s'explique par une auto-intoxication due au surmenage.

Sur le second point : l'origine du tétanos, M. Trasbot doute beaucoup que cette origine soit équine.

Quant à l'agent de transmission, la pathologie comparée, de nombreuses observations vétérinaires ne s'accordent pas avec la supposition que la maladie est inoculée presque toujours par les instruments du chirurgien. Il y a là une grosse exagération. Pour son compte, M. Trasbot a observé trois cas de tétanos sur une série d'une trentaine d'animaux qu'il venait de castrer par le procédé du fouet, qui, comme on sait, n'a rien à voir avec un instrument tranchant.

Dans cinq cas de tétanos plus récents encore, il lui a été impossible de découvrir la moindre plaie, le plus léger traumatisme. Si donc la maladie a souvent cette porte d'entrée, on ne saurait cependant dire que c'est une loi. Il est possible que l'agent infectieux pénètre par d'autres voies, l'alimentation par exemple.

M. VERNEUIL annonce, tout d'abord, qu'il a recueilli depuis sa dernière communication de nouveaux faits très probants.

Un maçon, dont l'histoire est rapportée dans la thèse récente de M. le docteur Ollivera, ayant reçu des blessures multiples, fut pansé et visité chaque jour par un élève qui soignait en même temps un autre blessé atteint de tétanos. Le dix-septième jour, le maçon fut pris de tétanos et finit heureusement par guérir.

Une autre observation, communiquée à M. Verneuil par M. le docteur Leroy-Desbarres, est celle d'un individu qui fut criblé de plaies contuses par des malfaiteurs. Transporté à l'hôpital, il y fut placé à côté d'un sujet tétanique. Quelques jours après il était pris de tétanos.

M. Verneuil rapporte ainsi quelques faits analogues aux deux précédents, et qui lui paraissent démontrer la réalité de la transmissibilité interhumaine du tétanos.

Répondant aux objections qui lui ont été faites par M. Guérin, M. Verneuil affirme que le tétanos est inoculable, que le bacille pathogène a été cultivé. Il explique l'inefficacité des pansements antiseptiques par la résistance du microbe à ces agents ; ce fait a été nettement démontré par les expériences de M. Nocard. Et cependant, dit-il, depuis l'introduction des pratiques antiseptiques dans les services de chirurgie, la maladie est devenue extrêmement rare. Cela tient sans doute à ce que le microbe du tétanos s'associant généralement à celui de la septicémie, ce dernier se trouve détruit par l'acide phénique et l'action nocive du micro-organisme du tétanos est ainsi empêchée ou amoindrie.

M. Leblanc, dit M. Verneuil, se refuse à admettre qu'un cheval, qu'un animal sain puisse communiquer le tétanos à l'homme. Mais que faisaient donc les chirurgiens avant l'apparition de la méthode antiseptique, si ce n'est de donner tous les jours à leurs malades et la septicémie et les érysipèles qu'ils n'avaient pas? Est-ce qu'une sage-femme ne donne pas la fièvre puerpérale sans l'avoir? Ce sont là des faits de contagion médiate qui ne sauraient être récusés.

(La discussion continuera dans la prochaine séance.)

La séance est levée.

CONCOURS

POUR L'ADMISSION A QUATRE EMPLOIS DE MÉDECIN-ADJOINT DU DISPENSAIRE DE SALUBRITÉ.

Le Préfet de police,

Vu les articles 1, 2, 3 et 4 de l'arrêté du 1er mars 1888 ;

Vu la vacance de quatre emplois de médecin-adjoint du Dispensaire de salubrité;

Sur la proposition du secrétaire général,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Un concours est ouvert pour quatre emplois de médecin-adjoint du Dispensaire de salubrité.

ART. 2. — Il s'ouvrira à la Préfecture de police (salle du conseil d'hygiène), le lundi 25 février, à midi, et se continuera les jours suivants, soit à la Préfecture de police, soit à la Maison de correction de Saint-Lazare.

ART. 3. — Il sera procédé à ce concours conformément à l'ar-

rêté du 1er mars 1888. Les conditions du concours seront portées à la connaissance du public sous forme d'avis et par voie d'affiches.

ART. 4. — Le secrétaire général est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 12 février 1889.

Le Préfet de police,
Signé : H. LOZÉ.

Conditions du concours.

MM. les docteurs, qui désireront prendre part au concours, se feront inscrire à la Préfecture de police (cabinet du secrétaire général), de dix heures à midi, et y déposeront leurs pièces et titres.

Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 14 février et clos le jeudi 21 à midi.

Les candidats admis à concourir recevront, le 24 février, avis de la décision les concernant.

Tout candidat devra justifier de la qualité de Français et de moins de trente-cinq ans d'âge, et du diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'État. Il devra joindre à sa demande l'extrait de son acte de naissance, ses diplômes, l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

Le concours consistera en :

1° Une épreuve de titres scientifiques et hospitaliers ;

2° Une épreuve écrite, de deux heures, sur un sujet relatif aux affections vénériennes et à la gynécologie ;

3° Deux épreuves orales de diagnostic, de dix minutes chacune, après dix minutes de préparation.

Pour chacune des épreuves de diagnostic, le maximum sera de trente points. Il sera de vingt points pour les autres épreuves.

Vu pour être annexé à l'arrêté du 12 février 1889.

Le Préfet de police,
Signé : H. LOZÉ.

Par le Préfet :
Le Secrétaire général,
Signé : L. LÉPINE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 7 février 1889, l'ouverture d'un concours pour dix places d'agrégés des Facultés de médecine (section de chirurgie et accouchements), précédemment fixée au 1er mars 1889, est ajournée au jeudi 7 du même mois.

— Par arrêtés ministériels, en date du 19 février 1889, des concours s'ouvriront :

1° Le 4 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Grenoble ;

2° Le 5 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Limoges ;

3° Le 6 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Rennes ;

4° Le 6 novembre 1889, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Dijon.

— Le jury du concours pour trois places de médecin au Bureau central est définitivement constitué, comme suit :

MM. Desnos, Dreyfus-Brisac, Dujardin-Beaumetz, Ferrand, Guéniot, Labadie-Lagrave et Lacombe.

— M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre de la commission consultative des souscriptions scientifiques et littéraires.

— La Faculté de médecine de Paris vient de décerner le prix Lacaze (10 000 fr.), à M. le docteur Malassez, directeur du laboratoire d'histologie au Collège de France, pour ses travaux sur la tuberculose.

— Sur les 44 candidats admis à prendre part au concours qui doit s'ouvrir à Paris le 7 mars 1889, pour dix places d'agrégés de chirurgie et accouchements, on en compte :

1 né en 1847 ; 2 en 1850 ; 2 en 1851 ; 3 en 1852 ; 5 en 1853 ; 6 en 1854 ; 3 en 1855 ; 2 en 1856 ; 4 en 1857 ; 3 en 1858 ; 4 en 1859, 6 en 1860, et 3 en 1861.

Si nous recherchons les lieux de naissance des candidats, nous constatons qu'à l'exception de la Seine, qui est représentée par 7 candidats, la Gironde par 4, le Nord par 4, l'Isère, Loir-et-Cher et le Rhône, chacun par 2, nous ne trouvons plus qu'un seul candidat pour chacun des autres départements ci-après désignés : Ain, Allier, Ariège, Calvados, Charente-Inférieure, Corrèze, Finistère, Haute-Garonne, Hérault, Indre, Lot-et-Garonne, Manche, Moselle, Orne, Basses-Pyrénées, Sarthe, Seine-et-Oise, Seine-Inférieure et Yonne.

Enfin quatre candidats, originaires de Cuba, Grèce, Suisse et Turquie, sont naturalisés français.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Vignard (Edmond-Louis-Marie), interne des hôpitaux, est chargé des fonctions de préparateur du laboratoire de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Hache, démissionnaire.

M. Variot, préparateur des travaux pratiques d'histologie, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, chef adjoint desdits travaux.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Pitres, professeur de clinique interne, est nommé, pour trois ans, à partir du 16 janvier 1889, doyen de ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Castan (André-Eugène-Théodore) est nommé, pour un an, aide de clinique des maladies des vieillards (emploi transformé).

— *École de médecine de Besançon.* — Les suppléants de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon dont les noms suivent sont chargés, en outre, pendant trois ans, des fonctions de chefs des cliniques ci-après désignées à ladite École :

MM. Roland, clinique médicale ; Heitz, clinique chirurgicale ; Bolot, clinique obstétricale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Ancelon, décédé à Nancy à l'âge de quarante ans. Notre sympathique confrère était le neveu du docteur Ancelon (de Dieuze), qui fut député de la Meurthe à l'Assemblée nationale en 1871 ; et celle de MM. les docteurs Connetable (de Pierrefonds) ; Gondran (de Viviers) ; Fleury (de Villenave-d'Ornon) ; Moitessier (de Montpellier) ; Pancin (de Saint-Hippolyte-de-Montaigu) ; Reboul (de Lisieux).

— M. Humbert, agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera, à cet hôpital, des leçons sur les maladies vénériennes et les maladies des organes génito-urinaires, le mardi 26 février, à neuf heures et demie, et les continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, le samedi 23 février, à huit heures et demie très précises du soir : « Les phénomènes optiques de l'atmosphère », par M. A. Cornu, membre de l'Institut, professeur à l'École polytechnique, vice-président de l'Association.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

16

ANALYSE DE FÉVRIER DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de février, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1033.00
	gr.	
Beurre par litre	47.700	
Albumine	7.100	
Caséine	29.100	
Sucre de lait	53.400	
Sels	7.100	
Total des matières fixes	141.700	144.700
Eau		888.300

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.367
Acide sulfurique	0.120
Chaux	1.850
Magnésie	0.207
Potasse	1.716
Soude	0.837
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.303
Total	7.400

PRIX :

Dans les dépôts. . . . . 65 c. le litre.
— . . . . . 40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile. . . . . 70 c. le litre.
— . . . . . 45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

34

PIN D'AUTRICHE DE J. MACK

ESSENCE : contre maladies de la Gorge, — Angines, — Croup, — Coqueluche, — Asthme.

EXTRAIT : (*Bain antirhumatismal de Mack*) contre Rhumatisme chronique et Goutte.

SOLUTION : pour frictions antirhumatismales et pour vaporisations antiseptiques.

CELLULES : contre Toux opiniâtre, Oppression, Bronchite chronique, Engorgements pulmonaires; et contre Rhumatismes, Goutte, Maladies des reins et de la vessie.

SIROP ET PATE : contre Rhumes, Toux, Coqueluche, Bronchite chronique et Phthisie naissante.

Dépôt général : Phie TALLON, 49, avenue d'Antin, Paris, et toutes pharmacies. — Envoi gratis et franco d'échantillons à MM. les Docteurs, sur demande adressée au Dépôt général. Joseph Mack

4

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876; première médaille pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et Vin de Pepsine Boudault. — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

56

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

25

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et Absorption.

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons, etc., etc., dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements, selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques, et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire l'*emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que, parmi les multiples produits pyrogénés qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel, s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Giron, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation. Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1 fr. 50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur **A. GÉRAUDEL**, pharmacien à *Sainte-Menehould* (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîte d'échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

46

THE DE CHINE ET DES INDES

MARQUE DÉPOSÉE. **LE DÉLICIEUX** MARQUE DÉPOSÉE.

de **E. THIBAULT**, importateur, NANTES.

Le **Thé LE DÉLICIEUX** est exclusivement composé de thés noirs de qualités extra-supérieures et choisies avec le plus grand soin. Il mérite d'être recommandé :

A toutes les personnes soucieuses de leur santé, si elles doivent en faire usage comme tonique, stimulant ou stomachique;

A toutes les personnes en général faisant un usage journalier de cette boisson et qui peuvent, plus que toutes les autres, en apprécier la finesse et le parfum délicat;

Enfin à toutes les maîtresses de maison ayant à cœur de bien traiter leurs invités.

Dépôt général : A Nantes, E. THIBAULT, 15 et 19, r. Saint-Léonard. — *Gros* : A Paris, MICHELAT et LESUEUR, 9, r. des Guillemites. — *Détail* : Tles phies.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (caféine iodoformée). Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

42

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR MARINE ET LES HÔPITAUX DE PARIS.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Phie, 64, r. Basse-du-Rempart.

N° 23. — SAMEDI 23 FÉVRIER 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 23 FÉVRIER 1889. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'apophyse mastoïde et de sa trépanation.

Par M. le docteur A. Ricard,
Ancien prosecteur des hôpitaux, chef de clinique de la Faculté de médecine.

(*Mémoire couronné par l'Académie, Prix Meynot 1888.*)

I

Il peut sembler étrange qu'il y ait encore quelque chose de nouveau à dire sur un point quelconque de l'anatomie normale.

Les dissections sont devenues tellement nombreuses, les recherches spéciales si fréquentes, qu'on penserait volontiers que tout est dit, et qu'il ne reste plus qu'à enregistrer et à apprendre des faits définitivement acquis.

Il n'en est malheureusement rien. Nous avons pu maintes fois, à l'amphithéâtre des hôpitaux, constater que, pour l'apophyse mastoïde, nous vivions, en France du moins, sur des données souvent inexactes, et cela, sur la foi de nos meilleurs auteurs. Un concours, fait en 1884, nous fit vérifier le bien fondé de notre opinion. Depuis, des recherches spéciales, longtemps continuées, nous ont permis d'acquérir des notions plus certaines et plus précises sur la topographie de l'apophyse mastoïde, sur sa structure et ses rapports.

Il ne faudrait pas croire que cette étude soit une recherche vaine et une simple satisfaction donnée à la curiosité d'un anatomiste. Il y a, derrière cette question purement théorique, des conséquences essentiellement pratiques, et de haute importance.

Chacun sait combien fréquentes et dangereuses sont les inflammations des cellules mastoïdiennes. Presque constamment, l'unique remède à ces suppurations profondes est la trépanation de l'apophyse.

Tour à tour vantée et décriée, cette intervention nécessaire, urgente quelquefois, est enfin définitivement, et à juste titre, entrée dans le domaine de la pratique, et son utilité n'est plus contestée par personne. Mais, malheureusement, on ne se fait pas une idée exacte des dangers qu'elle comporte. Réputée autrefois très dangereuse, et par suite abandonnée, les chirurgiens en ont rappelé de cette condamnation; et aujourd'hui, les faits et les statistiques semblent se donner la main pour prouver l'innocuité presque absolue et la parfaite bénignité de l'opération.

C'est contre cette idée que nous protestons : l'opération, en général bénigne, peut être immédiatement mortelle, du fait même de l'opérateur. Trois exemples récents nous ont été communiqués. L'un appartenant à un de nos maîtres les plus estimés de la province, l'autre à l'un des chirurgiens les plus éminents de l'étranger. Un troisième fait vient d'être présenté à la Société anatomique, et la perforation du sinus a pu être manifestement constatée. En nous en tenant aux seuls faits publiés, le cas doit être exceptionnel. Cela est possible; mais cela ne tient-il pas, d'abord, à ce que le chirurgien pratique le plus souvent une opération insuffisante, et s'arrête dans les couches osseuses superficielles, redoutant, à juste titre, les couches profondes qu'il sait être dangereuses? Cela ne tient-il pas aussi « au peu d'empressement que mettent certains chirurgiens à publier les fautes qu'ils commettent et les cas malheureux de leur pratique » (1)?

Notre but est de rectifier certaines notions anatomiques, de préciser les rapports de l'apophyse mastoïde, de montrer que, dans certaines conditions, la trépanation est dangereuse et qu'il est nécessaire d'établir un manuel opératoire plus précis et différent de celui qui est actuellement adopté, sans quoi, la trépanation de l'apophyse restera ce qu'elle est, c'est-à-dire une opération parfois dangereuse et trop souvent inefficace.

Nous avons été amené à faire ces recherches par la pratique habituelle de l'amphithéâtre qui nous permit de constater combien étaient erronées les descriptions classiques. Sans aucune idée préconçue, sans avoir été influencé par la lecture préalable de traités spéciaux qui n'eût peut-être pas laissé entière notre liberté d'appréciation, nous avons voulu savoir quelle était la vérité. On verra, par la lecture de notre travail, que tout ce qui a été écrit jusqu'à ces derniers temps, dans nos classiques français, doit être regardé comme souvent inexact, et que notre opinion est, à quelque chose près, celle qu'Hartmann, Bezold, Zuckerkandl et Politzer ont depuis longtemps adoptée; nous voyons, en outre, que le procédé opératoire, conseillé par

(1) S. Duplay. De la trépanation de l'apophyse mastoïde, Revue critique, *Archives générales de médecine*, 1888, p. 722.

Hartmann, est le seul qui puisse être recommandé à l'exclusion de tous les autres.

En Allemagne, cependant, l'accord est loin d'être fait, et bien que presque tous les chirurgiens suivent la pratique d'Hartmann (de Berlin), d'autres, comme Lucke, Schwartze, Urbantschitsch, dont les noms font autorité, s'en écartent plus ou moins, et il règne encore dans la pratique de la trépanation une technique indécise que ne saurait comporter une opération où la précision et la rigueur nous paraissent constituer les conditions indispensables d'innocuité et d'efficacité.

En France, la technique opératoire paraissait peu avoir été influencée par les recherches de l'étranger connues à peine de quelques-uns. L'article de M. Poinsot du *Dictionnaire de médecine pratique* n'en fait pas mention; l'article plus récent du *Dictionnaire encyclopédique* est également muet à cet égard. M. le professeur Duplay (1) dans une fort judicieuse revue critique parue dans les *Archives générales de médecine*, adopte pleinement les opinions de Hartmann et de Politzer; il donne de l'opération une description minutieuse et détaillée qui ne saurait laisser place au doute. On verra que nos recherches anatomiques confirment l'opinion de ce savant maître, et qu'elles établissent d'une façon indiscutable, nous l'espérons du moins, la conduite que doit tenir le chirurgien qui se propose d'ouvrir des cellules mastoïdiennes.

II

DE L'APOPHYSE MASTOÏDE.

L'apophyse mastoïde est située à la base du crâne, derrière le conduit auditif externe, à la partie postérieure et inférieure de l'os temporal. Nous n'insisterons pas sur la description de cette région que chacun connaît. Nous signalerons seulement l'existence de quelques ganglions situés dans les mailles du tissu cellulo-aponévrotique de la région, et la présence de l'artère auriculaire postérieure, fixée dans le sillon auriculo-mastoïdien, ainsi que deux petites artérioles secondaires.

Mais nous mentionnerons particulièrement la présence d'une veine; c'est la *veine mastoïdienne*. Elle est très variable de volume et de siège; souvent volumineuse, chez le vieillard elle est parfois fort petite. Elle vient du sinus latéral et traverse la paroi cranienne, le plus souvent perpendiculairement, pour sortir par le trou mastoïdien. Quelquefois avant d'émerger au dehors, elle suit dans la paroi un trajet d'un ou de deux centimètres, et constitue ainsi *un véritable canal veineux, susceptible d'être blessé dans la trépanation de l'apophyse*. C'est un exemple de cette disposition que nous trouvons figure 15.

Du trou mastoïdien, la veine descend en général à la partie postérieure de l'apophyse, contourne le bord postérieur du sterno-mastoïdien et se jette dans la veine jugulaire interne ou dans l'un de ses affluents, constituant ainsi un véritable canal de sûreté, pour la circulation veineuse de l'encéphale.

Un point nous reste à relever dans la description des parties molles extérieures à l'apophyse mastoïde. Nous voulons parler des rapports du pavillon de l'oreille avec la face externe de l'apophyse.

Quelques auteurs sont absolument muets à cet égard, d'autres se bornent à signaler rapidement que le pavillon de l'oreille recouvre une partie de l'apophyse, mais ils n'en tirent aucune conséquence.

Le fait mérite, cependant, d'être étudié de très près. Car, en réalité, le chirurgien n'intervient que sur la partie de l'apophyse non recouverte et laissée libre par le pavillon de l'oreille.

Si l'on veut bien réfléchir à la situation exacte de l'apophyse, immédiatement derrière le conduit auditif externe, si l'on veut bien considérer à ce niveau la saillie postérieure de la conque et la situation précise du sillon auriculo-mastoïdien, on se rendra parfaitement compte qu'une notable partie de l'apophyse est recouverte par l'oreille.

Il suffit d'ailleurs, pour se convaincre, de pratiquer une coupe transversale et horizontale passant par le conduit auditif. Si l'on a soin préalablement de fixer la peau sur l'os, afin d'éviter le déplacement du sillon auriculo-mastoïdien, on reconnaîtra facilement que la moitié antérieure de l'apophyse mastoïde est recouverte par le cartilage de la conque.

Une des figures du livre de M. Tillaux est bien démonstrative, à cet égard (1). On peut la comparer à celles que nous donnons plus loin.

Ce rapport n'existe toutefois qu'au niveau du conduit auditif, car, plus bas, l'apophyse présente son sommet absolument découvert. Cela tient à la direction verticale de l'apophyse et à l'obliquité en bas et en avant du sillon auriculaire.

Nous n'insisterons pas sur la continuité du périoste de l'apophyse avec celui du conduit auditif externe. Ce point et les conséquences qui en découlent ont été fort bien étudiés par M. Tillaux dans ses différents ouvrages auxquels nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer.

III

CELLULES MASTOÏDIENNES.

L'accord est loin de se faire dans nos livres classiques, au sujet des cellules mastoïdiennes. La description est un peu différente suivant les auteurs, et il est difficile de trouver un type qui puisse être adopté à l'exclusion de tout autre.

Nos recherches nous en ont montré la raison. C'est que les cellules mastoïdiennes sont essentiellement variables : elles peuvent manquer et exceptionnellement on a pu trouver une apophyse compacte [Murray (2)]. Sur un sujet adulte, il fallut à M. Richet « une térébration profonde pour arriver à quelques anfractuosités celluleuses, qui n'avaient de débouché nulle part ».

M. Sappey nous dit que les cellules peuvent présenter le nombre et le petit volume des aréoles du tissu spongieux.

Enfin, souvent et principalement chez le vieillard, elles peuvent creuser le temporal de manière à n'être plus séparées de la cavité encéphalique que par une lamelle d'un demi-millimètre d'épaisseur — *as ordinary writing paper* (Buck) — semblable à une feuille de papier ordinaire (3).

Cette diversité dans la disposition des cellules n'existe

(1) Duplay. *Archives générales de médecine*, mai et juin 1888.

(1) Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*, t. I, fasc. I, fig. 6, p. 93.

(2) Murray, cité par Delaissement. Thèse de Paris, 1868.

(3) Cette augmentation de cellules mastoïdiennes s'accompagne d'atrophie et d'usure des deux tables de l'os, usure qui peut aller jusqu'à la perforation (pneumatocèle). La minceur des parois de l'apophyse était remarquable dans la pièce représentée fig. 2 et 3.

pas seulement d'un sujet à l'autre, mais d'une apophyse à l'autre chez le même sujet. C'est ce qui fait que les cellules mastoïdiennes échappent à toute description régulière. Il nous a été complètement impossible de trouver un ensemble de faits qui pût légitimer la description de M. le docteur Delaissement et de M. Poinsot.

Le véritable caractère des cellules mastoïdiennes, c'est l'irrégularité dans la forme et les dimensions. Certains auteurs ont cependant voulu classer en différents groupes les diverses variétés d'apophyse mastoïde que le chirurgien peut rencontrer. M. Duplay, dans la revue à laquelle nous avons déjà fait allusion, résume ainsi les travaux des auteurs allemands :

« Des recherches de Hartmann, de Bezold, Politzer, Zuckerkandl, il résulte que tantôt les cellules pneumatiques prédominent sur le tissu spongieux de l'os, tantôt le tissu spongieux tend à l'emporter sur les cellules pneumatiques, tantôt, enfin, ces dernières ayant presque complètement disparu, l'apophyse mastoïde est à peu près exclusivement constituée par un tissu diploïque ordinaire ou même, dans certains cas, par un tissu compact, sclérosé, dur comme l'ivoire. Ces trois variétés de structure de l'apophyse mastoïde ont été désignées par quelques auteurs sous les noms d'*apophyses pneumatiques, diploïques et scléreuses*, dénominations qui méritent d'être adoptées et que nous aurons l'occasion d'employer dans la suite » [Duplay] (fig. 1, 2, 3).

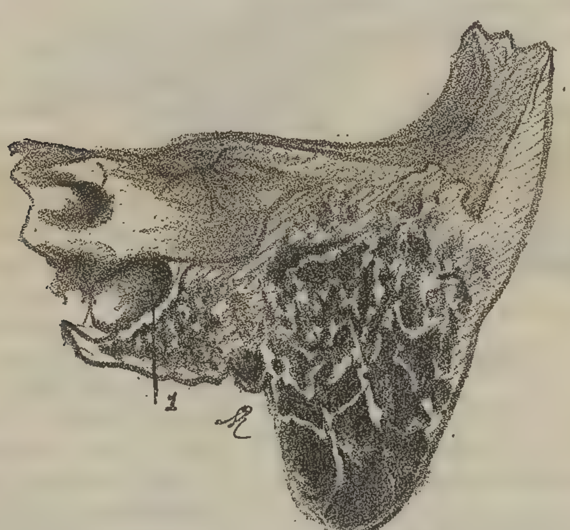


Fig. 1. — L'apophyse est volumineuse. Le sinus est fort éloigné en *1*. C'est le type de l'apophyse pneumatique. La coupe est faite dans la moitié antérieure de l'apophyse.

Ces épithètes conviennent bien pour caractériser certains types d'apophyse mastoïde ; mais elles sont loin de répondre à tous les cas, et, bien souvent, telle apophyse, qui est pneumatique en avant, est scléreuse ou diploïque en arrière. C'est même là, comme nous le verrons, la règle habituelle.

« Il est intéressant de savoir dans quelles proportions relatives se rencontrent ces trois variétés de mastoïdes. Or, sur 250 temporaux, Zuckerkandl (1), en a trouvé seulement 36,8 p. 100 avec des apophyses pneumatiques, 43,2 p. 100 avec apophyses en partie pneumatiques et en partie diploïques, et 20 p. 100 avec apophyses entièrement diploïques ou scléreuses. Dans les deux dernières variétés, les cellules pneumatiques sont plus particulièrement groupées au voisinage du conduit auditif osseux et parfois réduites à l'antre mastoïdien, qui souvent même présente une étroitesse extrême.

Outre ces variétés de structure de l'apophyse mastoïde individuelles, on peut observer encore des modifications plus ou moins profondes, produites par des altérations pathologiques. Ainsi, même dans une apophyse mastoïde pneumatique normalement développée, les communications des diverses cellules entre elles, des cellules avec l'antre mastoïdien, de celui-ci avec la cavité tympanique, peuvent être interrompues, soit par des excroissances fongueuses, soit par des masses osseuses de nouvelle formation, soit, enfin, par suite d'une hyperplasie des parois, des cellules ou d'une sclérose du tissu diploïque de la mastoïde » (Duplay).



Fig. 2 (coupe verticale). — Apophyse diploïque.

Mais l'étude plus attentive de ces cellules mastoïdiennes, quel que soit leur volume, nous a montré qu'il y avait dans leur disposition quelque chose de constant, quelques points toujours les mêmes qu'il importait de relever, car ils doivent seuls guider l'opérateur.

Tout le monde est d'accord pour dire qu'à une apophyse saillante et volumineuse correspondent des cellules larges et nombreuses ; et chacun sait que, chez l'enfant, les cellules mastoïdiennes, comme les autres sinus de la face, n'existent que peu ou point. On trouvera représentée (fig. 1)



Fig. 3 (coupe verticale). — Apophyse scléreuse.

l'apophyse mastoïde d'un vieillard de soixante-quinze ans ; son volume extérieur n'est pas très considérable, mais les cellules qui la creusent sont volumineuses. On y voit de larges cellules inférieures, de nombreuses petites cellules supérieures, et l'apophyse était tellement creusée par ces cavités, qu'il eût été facile de l'écraser avec les doigts.

A côté de ce premier point admis par tous, il en reste un

(1) Zuckerkandl. *Monatschrift. f. Ohrenheilk.*, 1879.

autre également établi, c'est l'existence de ce que M. Sappey appelle le canal pétro-mastoïdien.

Sous ce nom, il faut entendre un conduit large de 3 à 4 millimètres, s'ouvrant à la partie postérieure de la caisse du tympan, juste en face l'ouverture de la trompe d'Eustache, sur la paroi opposée (Tillaux), et se dirigeant horizontalement vers le processus mastoïdien.

C'est ce que d'autres auteurs désignent sous le nom d'*antre mastoïdien.* Ce conduit est très court, prismatique et triangulaire ; sa paroi supérieure est concave et rugueuse, sa paroi externe plane et plus régulière, sa paroi interne convexe et lisse. Cette dernière paroi correspond au canal demi-circulaire externe (Sappey).

Voici donc un deuxième point bien établi, savoir la communication de la caisse avec les cellules mastoïdiennes. Il suffit de lire la description si nette et si précise de M. Sappey, pour l'admettre du moins chez l'adulte. Nous verrons plus loin qu'il en est de même chez l'enfant.

Un troisième point est bien connu, mais a besoin d'être précisé, à cause de son importance ; nous voulons parler du rapport des cellules avec le sinus latéral.

Pour nous il convient de dire : « Le sinus latéral correspond dans le crâne à la face interne, et surtout à la moitié postérieure de l'apophyse. » C'est, en effet, la disposition de beaucoup la plus fréquente, au niveau de la base de l'apophyse.

Ce rapport est démontré par une série de coupes faites, soit verticalement, soit transversalement, et que l'on trouvera rapportées et dessinées dans ce travail.

Mais pour bien affirmer notre opinion et démontrer que c'est la moitié postérieure et non la moitié antérieure de l'apophyse qui est en rapport avec le sinus, nous n'avons qu'à nous reporter aux figures qui sont dans le livre d'anatomie de M. Tillaux : l'une, horizontale, que nous avons déjà signalée (voir fig. 16), et l'autre, verticale, à peu près analogue à la figure 10 (1).

La coupe porte verticalement et transversalement à 2 centimètres derrière le méat auditif externe, c'est-à-dire à 10 millimètres derrière le sillon auriculaire ; elle atteint seulement le bord postérieur de l'apophyse, ainsi qu'on peut le constater, car le sommet est respecté par la coupe et se trouve sur un plan antérieur. Cependant, le sinus latéral est ouvert dans toute sa hauteur.

Nous sommes donc autorisé à dire que la moitié postérieure de l'apophyse mastoïde est la moitié dangereuse ; cependant exceptionnellement, il n'en serait pas ainsi, et, dans certains cas, le sinus latéral, situé plus en avant, s'avancerait plus loin à la face interne de l'apophyse, et s'approcherait de la paroi postérieure du conduit auditif. Dans ces cas, nulle trépanation n'est pour ainsi dire possible, car si le sinus plus antérieur n'est plus en rapport avec la moitié postérieure de l'apophyse, c'est la cavité cranienne qui vient à sa place et qui, maintenant, se trouve en dedans de l'os. Dans ces cas, le danger est d'autant plus grand qu'une telle disposition s'observerait surtout sur les apophyses minces et scléreuses ; ces cas, que le chirurgien ne peut malheureusement pas prévoir, sont heureusement rares. M. Hartmann a constaté que, sur cent préparations, la trépanation aurait atteint sûrement deux fois le sinus latéral. Dans les nombreuses coupes que nous avons faites, nous n'avons trouvé qu'une fois cette disposition. Elle coïncidait également avec une apophyse petite, scléreuse, presque tout entière cachée par le pavillon de l'oreille ; mais, dans ce cas extrême, une distance de 12 millimètres séparait encore le sinus de la paroi postérieure du conduit auditif externe, qui, comme on le sait, se trouve sur le même plan que le bord antérieur de l'apophyse mastoïde (voir, fig. 8, les dimensions habituelles de cet intervalle). En dehors de ces cas exceptionnels et dont la proportion ne dépasse pas 2 p. 100, le sinus correspond à la moitié postérieure de l'apophyse.

La situation du sinus étant déterminée par rapport à la face interne de l'apophyse, il nous fallait maintenant chercher quelle était la distance qui séparait le canal veineux de la couche superficielle de l'os, pour connaître quelle épaisseur un instrument, agissant dans la moitié postérieure de l'apophyse, pourrait perforer sans danger.

Comme il était facile de le prévoir, d'après ce que nous avons dit plus haut, cette épaisseur est extrêmement variable. Elle tient en effet à la présence, au nombre, au volume ou à l'absence de cellules et à la hauteur du point que l'on envisage.

Au niveau du bord supérieur du conduit auditif, l'épaisseur de l'apophyse dépasse rarement 1 centimètre ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle atteint 2 centimètres, chez le vieillard dont l'apophyse est volumineuse et les cellules mastoïdiennes très larges. Mais en général, dans cette moitié postérieure de l'apophyse, on ne rencontre que de rares et petites cellules, et l'épaisseur de l'os peut ne pas dépasser 2 ou 3 millimètres. — Voici, entre autres (fig. 4), un exemple de cette extrême minceur, coïncidant avec une absence de cellules :



Fig. 4 (coupe horizontale). — 1. Sinus latéral ; 2. Apophyse mastoïde ; 3. Conduit auditif externe ; 4. Cellules pétro-mastoïdiennes.

Tels sont les rapports du sinus envisagés au niveau du bord supérieur du méat auditif, mais plus l'on descend, plus la distance du sinus et de la table externe augmente, le sinus se dirigeant très obliquement en dedans pour atteindre le golfe de la veine jugulaire. Entre la face externe de l'apophyse et la gouttière du sinus, on peut voir une distance de 2 et même 3 centimètres.

Nous pouvons traduire cette donnée nouvelle en disant : *la moitié postérieure de l'apophyse mastoïde est dangereuse, à cause de son voisinage avec le sinus latéral, mais le danger diminue au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la base pour se rapprocher du sommet de l'apophyse.*

Envisageons maintenant quel est le rapport des cellules avec la partie antérieure de l'apophyse, c'est-à-dire avec la paroi osseuse du conduit auditif. S'il faut en croire M. Poinsot, ce n'est qu'une lamelle mince et transparente qui sépare les cellules mastoïdiennes de la cavité du conduit auditif. C'est sur ce rapport étroit que Toynbee s'est fondé pour avancer, avec une évidente exagération, que le point de départ des maladies des cellules mastoïdiennes est le plus ordinairement dans le conduit auditif externe.

Nous sommes loin d'admettre une pareille opinion, nous avons toujours vu les cellules séparées du conduit auditif

(1) Tillaux. *Traité d'anatomie*, p. 129.

par une lame de tissu compact, très dense, de 2 millimètres d'épaisseur.

Il n'en est pas de même pour la paroi supérieure du conduit auditif qui est, en général, plus mince ; son tissu plus spongieux est creusé de cellules en rapport avec les anfractuosités de l'apophyse mastoïde.

Nous venons de voir les rapports des cellules mastoïdiennes avec les parois de l'apophyse, mais il nous reste à étudier un point généralement négligé, c'est le rapport des cellules mastoïdiennes avec l'apophyse mastoïde elle-même.

On s'est, jusqu'à présent, trop occupé de la forme, de la direction, du volume des cellules, on les a trop examinées par le détail et pas assez dans leur ensemble ; c'est cette étude que nous nous proposons de faire maintenant.

Quand on examine, sans idée préconçue, les dessins que nous fournissent les coupes horizontales de la région mastoïdienne, on reconnaît que la base du rocher est creusée d'une série de cellules qui sont établies entre la caisse du tympan et la table externe du temporal, et que, si la coupe porte au-dessus du conduit auditif externe, on peut voir que ces cavités existent aussi bien en avant qu'en dehors et en arrière de la caisse tympanique (voir fig. 5).



Fig. 5 (coupe horizontale passant au-dessus du conduit auditif externe). — 1. Canaux semi-circulaires; 2. Conduit auditif interne; 3. Antre mastoïdien; 4. Cellules pétreuses.

Ces cellules n'ont rien qui puisse là leur faire mériter le nom de mastoïdiennes, elles sont bien mieux appelées *cellules pétreuses*, car elles appartiennent entièrement au rocher, c'est-à-dire à la portion pétreuse du temporal.

Nous insistons sur la situation de ces cellules qui sont constantes et au milieu desquelles se trouve le conduit pétro-mastoïdien, c'est-à-dire une cellule plus large, ouverte d'une part dans la caisse, d'autre part dans les cavités cellulaires du processus mastoïdien. Lorsqu'on envisage ce conduit avec quelque attention, on peut le considérer comme un véritable prolongement de la caisse. L'étude que nous ferons chez le nouveau-né nous montrera qu'il en est bien ainsi.

Or, la situation de cette cavité cellulaire est importante à déterminer, car c'est évidemment elle qui est la première atteinte par la suppuration de la caisse, et c'est elle, par suite, qu'il faudra ouvrir pour donner au pus un facile écoulement au dehors.

Si une deuxième coupe vient à porter sur la partie supérieure du conduit auditif, on voit alors un changement se produire.

Les cellules, qui étaient entre la caisse du tympan et la table externe de l'os, se partagent maintenant en deux groupes, séparés par le conduit auditif externe : le groupe antérieur plus petit mérite le nom de groupe *pétreux antérieur* ; le groupe postérieur, formé de cellules en général plus nombreuses et plus larges, mérite le nom de *cellules pétreuses postérieures* (fig. 6).

Nous ne tenons pas autrement à ces deux dénominations; elles n'ont dans notre esprit que ce simple but : faire voir



Fig. 6. — 1. Conduit auditif externe; 2. Partie postérieure de l'apophyse peu celluleuse; 3. Cellules pétreuses postérieures; 4. Cellules pétreuses antérieures; 5. Caisse du tympan; 6. Veine mastoïdienne et canal veineux; 7. Sinus latéral.

que les cellules, que l'on a décrites sous le nom de cellules mastoïdiennes, appartiennent plus au rocher qu'à l'apophyse mastoïde elle-même.

Les autres coupes ne font que confirmer cette opinion.

Nous constatons encore un nouveau changement si nous examinons une troisième coupe, c'est-à-dire une coupe plus inférieure; les cellules pétreuses antérieures ont complètement disparu et sont remplacées par la cavité glénoïde du temporal.

La paroi antérieure du conduit auditif est mince et en rapport avec cette cavité glénoïde (fig. 7).



Fig. 7. — 1. Apophyse mastoïde; 2. Conduit auditif externe; 3. Sinus latéral; 4. Veine mastoïdienne; 5. Cellules pétro-mastoïdiennes.

Les cellules postérieures, au contraire, sont nombreuses et larges, elles forment comme une jetée qui s'avance dans le rocher entre le conduit auditif externe en avant, et la fosse cérébelleuse en arrière.

Ces cellules peuvent être de formes et de dimensions

très variables, mais leur situation est toujours la même, elles se trouvent encaissées entre deux lames de tissu compact les séparant du conduit auditif en avant, de la cavité crânienne en arrière.

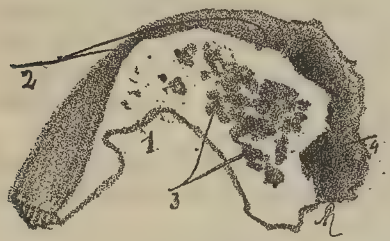


Fig. 8 (coupe horizontale). — 1. Sinus latéral; 2. Apophyse mastoïde; 3. Cellules pétro-mastoïdiennes correspondant à la moitié antérieure de l'apophyse; 4. Conduit auditif externe.

Pourquoi, dès lors, appeler ces cellules : mastoïdiennes ? Elles sont dans l'épaisseur du rocher et méritent le nom de *pétro-mastoïdiennes* et non pas simplement de mastoïdiennes.

Multiplions nos recherches et nous verrons que, si quelques-unes de ces cellules viennent à manquer, que s'il y en a d'inconstantes, ce seront toujours les cellules appartenant exclusivement à l'apophyse mastoïde. Nous constatons, en effet, que, dans le cas où l'apophyse est presque compacte, il y existe cependant cette jetée de cellules s'avançant dans le rocher.



Fig. 9.

Ces trois coupes verticales (fig. 9, 10, 11) ont été faites sur la même apophyse : la 1re, derrière le conduit auditif externe, dans le 1/3 antérieur; la 2e, 1 cent. plus en arrière, au niveau du point habituel de trépanation, montre l'épaisseur moindre de l'apophyse, la rareté des cellules; le sinus latéral, invisible dans la première coupe, est ouvert dans toute sa hauteur; la 3e coupe est faite dans le tiers postérieur de l'apophyse.



Fig. 10.



Fig. 11.

Il convient donc de considérer les cellules mastoïdiennes non comme un groupe distinct qui part de l'apophyse pour gagner le rocher et atteindre la caisse du tympan, mais bien comme une annexe, et un simple prolongement des cellules pétreuses.

L'histoire du développement de l'os ne fera que confirmer cette opinion.

Nous avons donc établi que les cellules dites mastoïdiennes, mais mieux appelées pétro-mastoïdiennes, forment une jetée s'avançant dans le crâne parallèlement à la paroi postérieure du conduit auditif. Nous avons fait voir que ces cellules étaient constantes dans le rocher et qu'elles envahissaient secondairement l'apophyse mastoïde, il nous reste à établir quelle est la portion de l'apophyse qui se trouve creusée par les cellules.

L'examen attentif des figures va nous répondre, et il est facile de constater sur les coupes que la partie antérieure de l'apophyse est presque toujours seule celluleuse et que, lorsque les cellules atteignent le bord postérieur de l'apophyse, ce n'est qu'après avoir traversé sa partie antérieure.

Ce n'est guère que chez le vieillard que l'on trouve une apophyse entièrement creusée; chez l'enfant, chez l'adulte, c'est dans la moitié antérieure que se trouve circonscrite la partie celluleuse de l'apophyse.



Fig. 12. — 1. Veine mastoïdienne; 2. Sinus latéral; 3. Apophyse mastoïde; 4. Conduit auditif externe; 5. Cellules pétro-mastoïdiennes.

Nous avons établi plus haut que la moitié postérieure de l'apophyse mastoïde était dangereuse par son voisinage avec le sinus; nous venons de démontrer qu'elle était, en général, peu épaisse et peu celluleuse, il nous sera facile, dans la seconde partie de ce travail, de tirer des conclusions opératoires précises.

La trépanation étant généralement faite à la partie postérieure et peu celluleuse de l'apophyse, il est généralement



Fig. 13 (coupe verticale antéro-postérieure dédoublant l'apophyse mastoïde). — 1. Sinus latéral; 2. Conduit auditif externe; 3. Cellules pétreuses; 4. Apophyse mastoïde.

dit, dans ces observations, que l'apophyse a été trouvée sclérosée. Cela ne doit point nous étonner, car à ce niveau c'est un état normal et non point pathologique.

Nous avons représenté deux coupes, vues obliquement

(fig. 7 et 12), de façon à montrer à la fois les cellules mastoïdiennes et l'apophyse mastoïde elle-même.

Il est facile de constater que, dans l'une comme dans l'autre, les cellules ne dépassent pas la moitié antérieure du processus mastoïdien, que les cellules pétreuses et les cellules mastoïdiennes proprement dites ne forment qu'un tout unique, situé à la partie antérieure de l'apophyse mastoïde, immédiatement derrière le conduit auditif externe.

Ces dessins confirment les premiers, il suffit de les étudier avec soin pour être convaincu.

Le dessin ci-dessus (fig. 13) est obtenu sur une coupe verticale antéro-postérieure, dédoublant l'apophyse mastoïde en deux parties.

Sur cette coupe, il est facile de constater l'absence de cellules dans la moitié postérieure de l'apophyse et leur localisation en avant, près et autour du conduit auditif externe.

On peut également remarquer qu'au-dessus de l'apophyse mastoïde, il existe des cellules pétreuses.

Nous aurions pu présenter une autre coupe analogue, faite entièrement en dedans de l'apophyse mastoïde; cette coupe nous montrait toutes les cellules pétreuses en avant, au-dessus et en arrière du conduit auditif, mais l'absence de l'apophyse mastoïde enlevait une partie de son intérêt à cette deuxième coupe. C'est pour cette raison que nous ne l'avons pas représentée.

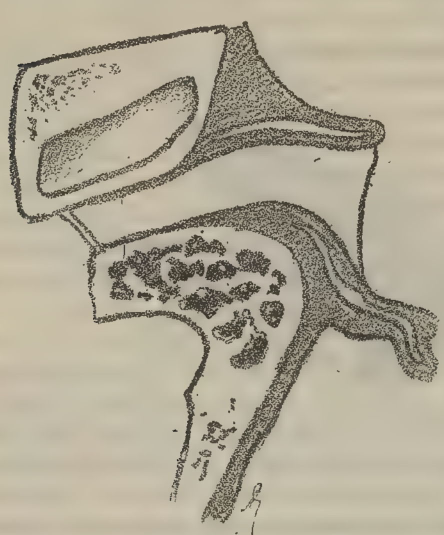


Fig. 16 (d'après Tillaux, *Traité d'anatomie topographique*, 2e édit., p. 91).

Il nous reste à faire voir deux figures fort intéressantes à plusieurs points de vue (fig. 14 et 15). On peut remarquer, sur l'une et sur l'autre de ces deux figures, qu'au niveau du bord supérieur du conduit auditif, là où a été pratiquée la coupe, il n'existe aucune cellule mastoïdienne et que l'apophyse est entièrement formée de tissu compact. Mais les cellules pétreuses existent et communiquent avec la caisse.

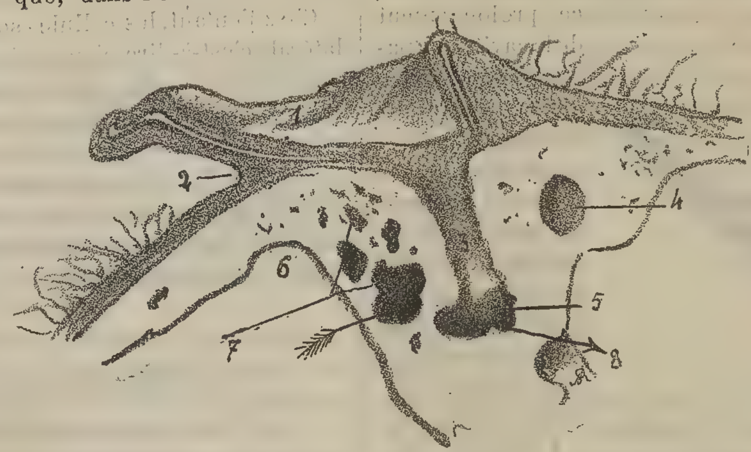


Fig. 14. — 1. Pavillon de l'oreille; 2. Sillon auriculo-mastoïdien; 3. Paroi supérieure du conduit auditif externe; 4. Cavité glénoïde; 5. Caisse du tympan; 6. Sinus latéral; 7. Cellules pétreuses postérieures; 8. Antre pétro-mastoïdien.

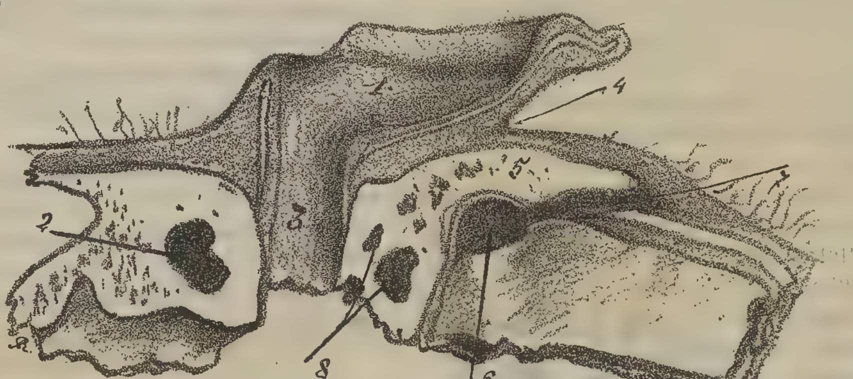


Fig. 15. — 1. Pavillon de l'oreille; 2. Cavité glénoïde; 3. Conduit auditif externe; 4. Sillon auriculo-mastoïdien; 5. Apophyse mastoïde; 6. Sinus latéral; 7. Canal veineux mastoïdien; 8. Cellules pétro-mastoïdiennes.

[Nous attirons, d'une façon toute particulière, l'attention sur ces deux figures. La trépanation faite derrière le sillon auriculo-mastoïdien eût été inefficace et dangereuse.]

Sur l'une des coupes, la perforation de l'apophyse eût fatalement amené la déchirure de la veine mastoïdienne ou du sinus.

Enfin, ces deux dessins prennent un intérêt tout particulier, par la conservation des parties molles : ce qui permet de constater que la moitié antérieure de l'apophyse est recouverte par le pavillon de l'oreille.

La figure 16, empruntée au livre de M. Tillaux, ne fait que confirmer les deux précédentes.

Il nous sera permis de conclure de ce long exposé et de ces nombreux dessins, que la *moitié postérieure de l'apophyse mastoïde est dans un voisinage rapproché du sinus. Elle constitue la portion dangereuse de l'apophyse.*

La moitié antérieure est non seulement moins dangereuse, mais c'est elle seule qui, presque toujours, renferme les véritables cellules mastoïdiennes communiquant avec la caisse. C'est la portion chirurgicale de l'apophyse.

Malheureusement elle est recouverte par le pavillon de l'oreille.

IV

CELLULES MASTOÏDIENNES CHEZ L'ENFANT.

Comme nous l'avons mentionné à plusieurs reprises, l'étude du développement de l'apophyse ne fait que nous confirmer dans les opinions précédemment émises.

Nous avons prétendu que les cellules aériennes, qui constituaient les cellules de l'apophyse mastoïde, n'étaient qu'une annexe de celles développées autour de la caisse et que le processus cellulaire débutait par le rocher, pour gagner consécutivement l'apophyse.

Chez le nouveau-né, les cellules pétreuses postérieures existent déjà, le conduit pétro-mastoïdien est tout entier, et il se présente comme un véritable diverticule de la caisse. C'est ce que M. Poinsot décrit sous le nom d'antre mastoïdien et que MM. Barety et Renaut (1) ont dénommé diver-

(1) Barety et Renaut. Anatomie pathologique de l'otite interne nouveau-nés, *Archives de physiologie*, 1869, vol. VI, p. 376.

ticule prémastoïdien. Si l'on suit le développement de ce diverticule, on voit qu'à son extrémité postérieure et externe se forment les cellules pétro-mastoïdiennes et que ce prolongement de la cavité tympanique n'est autre chose que le futur conduit pétro-mastoïdien.



Fig. 17 (coupe horizontale au-dessus du conduit auditif externe). — 1. Conduits demi-circulaires; 2. Sinus latéral; 3. Antre mastoïdien; 4. Caisse tympanique où se voit la partie supérieure du marteau; 5. Cellules pétreuses.

Chez le nouveau né, cette cavité est remplie, comme la caisse, par des produits de desquamation épithéliale qui disparaissent rapidement.

L'examen minutieux des figures nous a suffisamment montré la façon dont se sont formées les cavités cellulaires.

A la naissance, en dehors des cellules pétreuses postérieures, ou diverticule pétro-mastoïdien, on ne rencontre que du tissu spongieux : « Celui-ci, dans le cours de la première année, commence à être résorbé et quelques cellules aérifères apparaissent. A deux ans, le groupe des cellules aérifères s'étend jusqu'à la base de l'apophyse mastoïde; de deux à trois, il se prolonge dans toute l'épaisseur de cette apophyse qui commence à se dessiner. Plus tard, les cellules augmentent de capacité; elles communiquent plus largement, elles se confondent même en partie. Plus tard encore, la table externe de l'apophyse mastoïde s'éloigne de l'interne, et le volume de celle-ci s'accroît considérablement. »



Fig. 18 (coupe transversale, enfant de huit mois). — 1. Caisse tympanique; 2. Flèche indiquant la communication avec l'antre mastoïdien (3); 4. Apophyse spongieuse.

C'est ainsi que s'exprime M. Sappey. On ne peut pas plus nettement faire marcher le processus cellulaire du rocher ers l'apophyse mastoïde.



Fig. 19 (coupe antéro-postérieure passant en dedans de l'apophyse mastoïde). — 1. Sinus latéral; 2. Conduit auditif externe; 3. Apophyse mastoïde; 4. Antre pétro-mastoïdien.

On voit combien il est illogique de rattacher le développement des cellules au développement de l'apophyse mastoïde, puisque les cellules sont apparues avant que l'apophyse existât.

Chez l'enfant, les cellules sont situées au-dessus du sinus latéral, c'est-à-dire bien au-dessus de l'apophyse (fig. 19), il n'y a donc pas lieu de les appeler cellules mastoïdiennes.

Elles sont complètement indépendantes de l'apophyse mastoïde et sont exclusivement dans l'épaisseur du rocher.

L'étude du développement des cellules aérifères de l'oreille nous montre donc, une fois de plus, qu'il faut envisager ces cavités, non comme un système mastoïdien, mais comme un système pétreux.

V

DE LA TRÉPANATION DE L'APOPHYSE MASTOÏDE.

Notre intention n'est pas de reprendre en son entier la question de la trépanation de l'apophyse mastoïde, et de répéter aujourd'hui l'histoire bien connue de cette intervention. Actuellement, la nécessité de cette opération n'est même plus discutée et les indications sont nettement posées (1). Nous voulons élucider un seul point, c'est celui de la médecine opératoire.

Tout le monde est d'accord sur l'utilité, l'urgence même de l'opération, mais chacun diffère dans l'application de la méthode.

Le but que le chirurgien se propose en général, en trépanant l'apophyse mastoïde, c'est de donner issue au pus, qui infiltre les cellules et qui s'y trouve enfermé : que ce pus soit primitivement né dans les cellules de l'apophyse, ou qu'il provienne d'une suppuration de l'oreille moyenne, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent.

Le but à atteindre est donc d'ouvrir une cavité suppurée communiquant avec les cellules de la caisse.

Quels sont les moyens mis en œuvre pour arriver à ce résultat ?

Voici le manuel opératoire conseillé par M. Poinsot.

« Le malade, soumis à l'anesthésie, est couché, la tête appuyée sur un oreiller un peu dur, et fixée par un aide. On fait alors avec le bistouri une incision cruciale ou en T, qui divise les parties molles jusqu'à l'os et met la surface externe de l'apophyse à nu dans une étendue de 5 à 6 centimètres.

L'incision verticale commence au niveau de la ligne temporale pour se terminer à la partie inférieure de la région mastoïdienne, *elle est parallèle à la conque de l'oreille dont la sépare un intervalle de* 10 *à* 15 *millimètres.* L'incision horizontale doit être parallèle à la paroi supérieure du conduit auditif. Ce premier temps de l'opération peut être marqué par une hémorrhagie considérable provenant de la branche mastoïdienne de l'auriculaire postérieure. Il suffit alors de saisir le vaisseau divisé et d'en pratiquer la ligature.

Après avoir disséqué les lambeaux résultant de l'incision, le chirurgien examine l'état de l'os. Si, dans un point l'os a perdu de sa résistance, ce lieu sera choisi pour la perforation ; il en serait de même pour un trajet fistuleux faisant communiquer avec le dehors les cellules mastoïdiennes. Quand l'os présente son aspect normal, le chirurgien se trouve dans l'obligation de se décider pour un lieu d'élection. En général, comme il s'agit d'ouvrir les grandes cellules aériennes qui se trouvent constamment derrière et

(1) S. Duplay. *Archives générales de médecine*, mai et juin 1888.

au-dessus de la caisse et qui constituent le groupe horizontal ou antre mastoïdien, l'instrument destiné à ouvrir l'apophyse doit être appliqué à la hauteur de la paroi postérieure du conduit auditif.

Quel que soit l'instrument pour lequel on se décide, la direction à lui imprimer sera toujours la même : en dedans, en avant et un peu en haut, c'est-à-dire parallèle au conduit auditif.

L'os une fois attaqué, le chirurgien devra ne faire pénétrer l'instrument qu'avec les plus grandes précautions. Quand les cellules ont été mises à découvert, les cloisons qui les séparent et retiennent le pus peuvent être brisées et enlevées avec une forte pince. »

En résumé, M. Poinsot conseille de trépaner à 10 ou 15 millimètres en arrière du sillon, au niveau du bord supérieur du conduit auditif. Son procédé peut être considéré comme le procédé classique habituellement suivi.

La plupart des auteurs trépanent d'ailleurs à la base ; cependant M. Delaissement, dont nous avons cité le travail partout reproduit, arrive, à la suite de ses recherches sur le cadavre, à rejeter comme dangereuse cette trépanation à la base, et il conseille de perforer l'os le plus près possible de son sommet.

Il donne, pour expliquer son choix, les raisons suivantes :

1° Parce que l'on doit ouvrir les abcès au point le plus déclive ;

2° Parce que, en se rapprochant du sommet de l'apophyse, on s'éloigne du sinus latéral ;

3° Parce que c'est à ce niveau que se trouvent les cellules les plus vastes.

Voilà les deux procédés habituels. Comme il est facile de le prévoir, nous ne saurions adopter ni l'une ni l'autre de ces deux méthodes.

Nous reconnaissons, qu'à la base de l'apophyse, l'opérateur se met au niveau des cellules pétreuses, mais en trépanant, comme il le fait d'ordinaire à la partie postérieure de cette base, il pratique une opération souvent dangereuse et presque toujours inefficace.

Souvent dangereuse, car le sinus est là à une distance de 4 à 10 millimètres, et la première cavité que rencontrera le perforateur sera souvent la cavité cranienne (voir toutes nos figures et en particulier les fig. 19 et 20). Dans ces deux derniers cas, il suffit de regarder pour admettre qu'alors la pénétration dans le crâne et dans le sinus eût été absolument fatale.

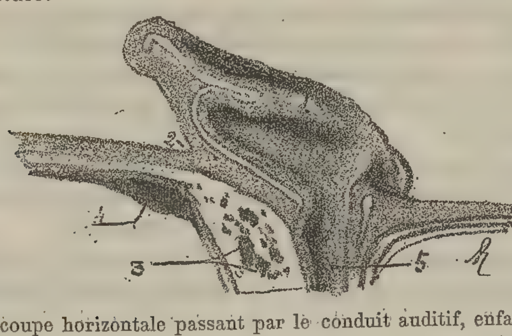


Fig. 20 (coupe horizontale passant par le conduit auditif, enfant de 2 à 3 ans). — 1. Pavillon de l'oreille ; 2. Sillon auriculaire ; 3. Cellules pétro-mastoïdiennes ; 4. Sinus latéral ; 5. Conduit auditif externe.

Nous avons surtout envisagé les rapports sur l'adulte ; mais chez l'enfant de quatre à six ans, chez qui la trépanation de l'apophyse est si souvent indiquée, le danger est beaucoup plus terrible. Dans la pièce figurée ci-dessus, la perforation du sinus eût été inévitable (fig. 20).

Chez l'enfant, cette disposition est malheureusement la règle.

La trépanation faite, chez l'adulte, à la partie postérieure de l'apophyse, c'est-à-dire à 1 centimètre derrière le pavillon, est donc essentiellement dangereuse, mais elle est, en outre, souvent et presque toujours inefficace ; car, nous avons démontré que cette partie postérieure de l'apophyse était, dans bien des cas, dépourvue de cellules aériennes.

Nous dirons même plus : dans la plupart des cas *la trépanation à la partie postérieure de la base n'est pas dangereuse qu'à la condition d'être très superficielle et par suite inefficace.*

Est-ce à dire que nous adoptions le procédé proposé par M. Delaissement ? Nullement. Mais, comme lui, et nos recherches confirment les siennes, nous considérons la trépanation à la base (et en arrière), comme infiniment plus dangereuse qu'au sommet. L'ouverture du sommet de l'apophyse est certainement sans danger : mais elle a bien des chances d'être inutile, car elle ouvre des cellules fort éloignées de celles où siègent les lésions principales, et jamais les injections détersives ne parviendront jusqu'à la caisse ou jusqu'aux cellules pétreuses profondes.

En résumé, nous ne pouvons adopter ni l'une ni l'autre de ces deux méthodes qui sont cependant généralement employées.

Cependant la statistique ne condamne pas ces procédés. Celle de Poinsot, qui est la plus importante que nous possédions, et qui concorde d'ailleurs à peu près avec les autres, donne 17 p. 100 de mortalité et 21 p. 100 d'insuccès. Ce sont là des chiffres qu'il convient d'examiner.

La mortalité telle que la fournit la statistique est déjà considérable, mais les auteurs ont fait voir avec un soin jaloux, que l'opération n'était en rien coupable et que dans ces cas la mortalité voulait dire seulement que l'opération n'avait pu empêcher les accidents d'évoluer. De sorte qu'à l'exception de quelques cas, courageusement publiés, il faudrait admettre que la mortalité est presque nulle.

Est-ce là l'expression sincère de la vérité ? Nous laissons à d'autres le soin de se prononcer, mais anatomiquement, nous devons dire que l'*opération pratiquée à la base de l'apophyse, en arrière de la conque, est une opération qui peut être mortelle entre les mains du meilleur chirurgien.*

On cite quelques cas bien rares où le chirurgien a pénétré dans le crâne, et dans presque tous ces cas, il est dit que le chirurgien s'est arrêté à la surface de la dure-mère.

Qu'on nous permette seulement de nous étonner de l'exceptionnelle rareté de ces cas, et du bonheur qui a limité l'action de l'opérateur à la surface externe de la dure-mère.

L'opération pratiquée à la base est souvent inefficace : dans un quart des cas de la statistique. Ce fait n'a rien qui puisse nous surprendre, nous avons suffisamment démontré que, dans cette partie de l'apophyse, il y avait rarement de grandes cavités cellulaires, et que les vraies cellules étaient situées plus en avant.

C'est à cause de ces deux écueils : danger et inefficacité, que l'on a conseillé de perforer l'os en se dirigeant en avant, en haut et en dedans. Cette manière de faire est déjà, sans aucun doute, un perfectionnement, mais un perfectionnement encore insuffisant. Une telle manière de procéder peut, avec un danger moindre, mais réel encore (voir fig. 15), amener l'instrument près des cellules pétreuses, mais il lui sera impossible d'aller plus loin. La porte sera entrebâillée et non largement ouverte à la suppuration.

On a dit qu'il fallait agir parallèlement au conduit auditif; Lucœ (de Berlin) a proposé, pour le cas où l'on se sert du trépan, une modification instrumentale, destinée à prévenir toute erreur de direction : il adapte au trépan une branche parallèle à la mèche, et qui doit pénétrer dans le conduit auditif. Cette branche est fixée à l'aide d'une vis sur une tige perpendiculaire à l'instrument et peut être déplacée suivant la distance nécessaire, de telle façon qu'elle entre dans le conduit auditif, lorsque la couronne du trépan est en place sur l'apophyse mastoïde.

Il y a, dans cette façon de procéder, un danger absolu. Si l'on applique une couronne de trépan à 15 millimètres derrière le sillon de la conque et que l'on fasse pénétrer l'instrument parallèlement au conduit auditif externe, c'est aller au sinus latéral par le plus court chemin.

La seule manière d'atténuer le danger, si l'on applique le perforateur à la partie postérieure de la base, c'est de se diriger *très obliquement en avant*, comme s'il s'agissait d'atteindre le conduit auditif dans la moitié profonde de son trajet.

D'ailleurs, les dessins, mieux que tous les raisonnements, ont prouvé d'une façon irréfutable la véracité de nos assertions.

C'est donc à tort que Poinsot, Lucœ et d'autres, conseillent de trépaner parallèlement au conduit auditif externe.

Il faut, au contraire, diriger l'instrument très obliquement en avant comme pour atteindre le conduit auditif. Cette nécessité de manier l'instrument dans une direction très oblique est une mauvaise condition d'application pour le trépan, aussi avec MM. Duplay, Tillaux et d'autres, pensons-nous que la gouge et le ciseau sont de beaucoup préférables aux instruments perforateurs quels qu'ils soient, forets, poinçons ou trépans. Avec la gouge, il est facile d'abraser l'os, de l'enlever par copeaux et d'arriver ainsi aux cavités cellulaires. En procédant ainsi, il n'y aura pas à redouter d'échappée, et l'opérateur ne craindra pas de voir son instrument tout à coup pénétrer dans le crâne.

C'est ce qui est arrivé à Buck (1) dans un cas, l'instrument plongea tout à coup (*suddenly plunging*), heureusement il s'arrêta à la paroi externe du sinus sans pénétrer dans sa cavité. Il faut avouer que c'est là un rare bonheur.

D'ailleurs, il existe des cas, absolument imprévus, où le sinus est tellement rejeté en avant et où l'apophyse est tellement mince que l'opérateur, quoi qu'il fasse, pénétrera dans la cavité cranienne. Une telle disposition, nous le répétons, qui ne se révèle extérieurement par aucun signe, doit toujours faire craindre, au chirurgien qui trépane l'apophyse, d'ouvrir la cavité cranienne. Aussi en prévision de ces cas, convient-il de *proscrire, d'une façon absolue, les perforateurs* et de recommander l'usage de la gouge et du ciseau, en conseillant même de les manœuvrer, comme une rugine, *parallèlement* et non perpendiculairement à la surface de l'os.

Pour nous, nous pensons qu'il faut opérer à la partie antérieure de l'apophyse et pour cela inciser derrière la conque et décoller le pavillon de l'oreille (2). Le seul inconvénient sera la blessure de l'artère auriculaire dont l'hémostase régulière est difficile au milieu des tissus enflammés.

(1) Buck. In one of any cases it managed to lay bare the fibrous wall of the lateral sinus, *New-York Med. Journ.*, 1886, p. 228.

(2) C'est là le procédé conseillé par Hartmann, adopté par Politzer, M. Duplay, etc.

« Le meilleur moyen (si l'on ne peut ni isoler l'auriculaire et ses branches, ni les tordre, ni les lier) sera de saisir, entre les mors d'une pince à arrêt, toute l'épaisseur de la peau et de laisser l'instrument en place quelques heures » (Tillaux).

En incisant très peu en arrière de l'angle, on peut éviter ce petit inconvénient, d'ailleurs bien minime. Mais une fois l'incision cutanée faite, l'opérateur doit se diriger en avant, découvrir la portion antérieure, c'est-à-dire la portion celluleuse de l'apophyse. Ce n'est qu'en agissant de la sorte, qu'il pourra atteindre le véritable foyer pathologique et faire pénétrer ses instruments jusqu'à l'antre mastoïdien. Là est le mal, c'est là qu'il convient de l'attaquer. Il convient, toutefois, de ne pas pénétrer à plus de 12 à 15 millimètres de profondeur, sous peine de léser quelque organe de l'oreille interne, et en particulier les canaux demi-circulaires. Le nerf facial plus profond est rarement exposé.

Voici donc le manuel opératoire que nous proposons, en le basant entièrement sur les données de l'anatomie :

Inciser la peau verticalement près ou au niveau du sillon, détacher le pavillon de l'oreille *et le reporter en avant*, découvrir ainsi la moitié antérieure de l'apophyse.

Là, on peut abraser l'os, sans danger, avec la gouge ou le ciseau, mais la gouge paraît l'instrument de beaucoup préférable. Lorsque la table externe de l'os a été enlevée, l'opérateur a devant lui cette longue jetée de cellules qui le mène droit et sans danger aux cellules profondes et il peut, sans crainte, avec une gouge, une forte curette, manœuvrer sûrement et directement en dedans, garanti contre tout écart, protégé contre toute déviation par les deux lames de tissu compact qui encadrent les cellules.

En d'autres termes, ce que nous proposons, c'est d'aller chercher les cellules là où elles sont, c'est-à-dire sous le pavillon de l'oreille, et de les poursuivre là où elles se dirigent, c'est-à-dire directement en dedans et parallèlement au conduit auditif externe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 février 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserves :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Pison, Breuils, Bertoye, Garnault, Daspres, Maurel, Gascuel, Paillard, Sattler, Cuillé, Belous et Trevoux.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Gautrelet, ancien directeur de l'École, est nommé directeur honoraire de ladite École.

M. Deroye, professeur de clinique interne, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite École, en remplacement de M. Gautrelet, démissionnaire.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Cournaud (Émile-Jules) est chargé des fonctions de préparateur de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Coreil, démissionnaire.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Brossard (Jules-René-Martial), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. Chrétien (Henri-Joseph-Auguste), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Reims.* — M. Pozzi, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

M. Topsent, docteur ès sciences, est chargé d'un cours d'histoire naturelle, en remplacement de M. Lemoine, démissionnaire.

— M. le docteur Firmin est nommé membre de la commission consultative des bibliothèques populaires, communales et libres.

— La bibliothèque médico-psychologique de M. le docteur Morel va être mise en vente aux enchères, à Paris, du 18 au 22 mars.

Cette importante collection comprend plus de dix mille ouvrages sur le système nerveux, le somnambulisme, les maladies mentales, les asiles d'aliénés, l'hygiène, la médecine et la chirurgie.

MM. J.-B. Baillière et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille, enverront gratis le catalogue aux personnes qui leur en feront la demande et se chargeront des commissions qu'on voudra bien leur confier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 24. — MARDI 26 FÉVRIER 1889. 62e ANNÉE. MARDI 26 FÉVRIER 1889. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

I

Responsabilité de l'officier de santé. Opération ayant entraîné la mort.

Le Tribunal correctionnel de Saint-Quentin, dans son audience du 6 février 1889, vient de rendre, contre un officier de santé, le jugement dont nous reproduisons les considérants :

« Attendu que le prévenu a fait, le 6 janvier, une opération intempestive, hâtive et brutale, à l'aide d'instruments qu'il ne devait employer qu'en cas de force majeure, que tel n'était pas le cas ;

« Attendu qu'il a refusé l'aide de confrères et qu'il a ainsi engagé sa responsabilité ;

« Attendu qu'il a commis une faute lourde en usant du concours de gens incapables ;

« Attendu, enfin, qu'il y a lieu de tenir compte du grand âge et de l'affaiblissement moral du prévenu ;

« Le Tribunal condamne G... à trois mois d'emprisonnement, 50 francs d'amende et aux dépens. »

II

Homicide par imprudence. Le médecin qui, éloigné d'un centre pharmaceutique, est autorisé à délivrer des médicaments, doit tenir dans une armoire fermée à clef les substances dangereuses. L'oubli de cette précaution peut donner lieu à des accidents, et conséquemment à des poursuites.

Le Tribunal correctionnel de Digne vient de statuer sur les poursuites pour homicide par imprudence, intentées contre la sœur du docteur R... qui, en l'absence de son frère, délivra un gramme d'atropine au lieu d'un gramme d'antipyrine, et occasionna ainsi la mort d'un malade.

Mlle R... est condamnée à 30 francs d'amende.

La même peine est prononcée contre M. le docteur R..., poursuivi également pour avoir négligé de tenir sous clef les substances vénéneuses.

M. et Mlle R... sont en outre condamnés solidairement à payer 10000 francs de dommages-intérêts à Mme veuve J..., et 8000 francs à chacun des deux enfants laissés par le défunt.

III

Honoraires des médecins.

La 5e chambre du Tribunal civil de la Seine vient de rendre un jugement aux termes duquel :

Un médecin, comme toute autre personne, ayant droit à une rémunération, est lié en principe par le taux qu'il a lui-même déterminé. S'il a fixé le prix de ses visites à 10 francs, il ne peut réclamer plus tard un chiffre supérieur, sous prétexte qu'il aurait appris ultérieurement que la fortune du malade permettait une demande d'honoraires plus élevée.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Symptomatologie générale des cérébro-syphiloses.

I

Si, avec les notions de physiologie du cerveau que nous possédons actuellement, on essayait de mettre en œuvre les matériaux fournis par l'anatomie pathologique, et de construire, sans le secours de la clinique, la symptomatologie des cérébro-syphiloses, y réussirait-on ? Oui, dans une large mesure. Assurément, ce ne serait pas un portrait achevé dans toutes ses parties, poussé jusqu'aux plus petits détails des lignes et des teintes, que nous aurions en procédant ainsi. Mais l'ensemble des traits, l'expression générale, les larges touches caractéristiques, en un mot, la physionomie, seraient reproduits, dans cette esquisse de toutes pièces, avec un relief et une couleur capables d'en donner une idée satisfaisante.

Remarquez d'abord que tous les départements de l'encéphale, même ceux qui restent le plus habituellement indemnes dans les cérébropathies vulgaires, sont susceptibles d'être attaqués par la syphilis. Il en résulte que tous, absolument tous les troubles fonctionnels qui proviennent d'une lésion quelconque de cet organe et de ses enveloppes, peuvent figurer dans la symptomatologie. N'est-ce pas ce que prouve l'observation ? Depuis la parésie la plus légère et la plus circonscrite, jusqu'à la déchéance, l'anarchie, l'incohérence, la ruine progressive ou l'abolition rapide, ne voyons-nous pas toutes les fonctions se troubler, se pervertir et se perdre ? Convulsions épileptiformes et paralysies soit partielles, soit étendues, et en général monolatérales, troubles sensoriels, névralgies, affaiblissement de la

mémoire, embarras et perte de la parole, obtusion de l'intelligence, divagation, délire, manie, démence, etc., etc., rien n'y manque. Ne vous attendez pas cependant à trouver tout cela chez le même sujet, encore moins d'emblée et dès le début. Non. Chaque cérébropathie syphilitique semble choisir ce qui lui convient dans cette multiplicité des phénomènes morbides. C'est ce qui explique la diversité des syphiloses encéphaliques, diversité d'autant plus grande qu'il y a une infinité de degrés dans les symptômes par lesquels elles s'expriment et qu'elles ne s'astreignent point irrévocablement au même syndrome.

L'anatomie pathologique nous donne la raison de cette sorte de spécificité dans l'expression phénoménale. J'ai insisté sur ce fait que les lésions syphilitiques sont extrêmement communes dans les méninges et dans l'écorce, beaucoup plus qu'au centre et dans la couronne rayonnante. Or, n'est-ce pas dans l'écorce qu'existent les grands foyers où s'élaborent les fonctions cérébrales ? Qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'une plaque scléro-gommeuse méningo-encéphalique suscite des convulsions, des troubles intellectuels, de l'aphasie, des paralysies très partielles ou étendues ? Et si au lieu d'une plaque il y en a plusieurs, disséminées, inégalement réparties des deux côtés, le complexus phénoménal ne deviendra-t-il pas inextricable ? En outre, la lésion n'aboutit pas du premier coup à son complet développement. Non seulement elle est partielle, mais elle est aussi progressive. De là tous les degrés que parcourt le trouble fonctionnel, peu à peu ou par soubresauts, depuis une altération presque insaisissable d'abord, mais s'accentuant de plus en plus, jusqu'à l'abolition brusque, momentanée ou définitive.

Des particularités sans nombre que présentent les lésions des méninges, de l'écorce, de la couronne rayonnante et des artères cérébrales, on peut donc déduire *a priori* les grands traits de physionomie des cérébro-syphiloses. Dans l'ensemble, il y a, au premier abord, quelque chose qui choque et qui déroute par l'imprévu, la bizarrerie des associations phénoménales, l'extrême circonscription ou la multiplicité infinie des symptômes. Mais on s'explique aisément qu'il en doive être ainsi. L'étude clinique confirme ce que faisait prévoir l'anatomie pathologique. Bien que toutes les deux ne soient pas constamment d'accord ou du moins qu'elles ne nous paraissent pas l'être, elles nous conduisent aux propositions suivantes :

1° La symptomatologie des cérébro-syphiloses comprend tous les troubles fonctionnels, sans exception, qu'est susceptible de produire le cerveau, quand il devient malade pour une cause quelconque. Aussi la multiplicité des phénomènes qui la constituent est-elle un de ses principaux caractères.

2° Par contre, cette symptomatologie, malgré sa multiplicité, peut être et est habituellement, à une certaine période, extrêmement partielle, chacun de ses phénomènes restant très circonscrit.

3° La gamme de ses manifestations est fort étendue, depuis le trouble fonctionnel unique, jusqu'à la multiplicité et à la complexité les plus étonnantes.

4° La diversité et la dissémination doivent aussi être comptées au nombre de ses attributs les plus significatifs.

Il en résulte des combinaisons étranges qui contrastent avec les syndromes définis, logiques, qu'on trouve dans beaucoup de cérébropathies d'ordre commun. Des symptômes qu'on a l'habitude de voir se développer isolément, qui ne sont point solidaires les uns des autres, qu'aucun lien pathologique ne semble devoir réunir, s'associent aussi d'une façon inattendue, quoiqu'ils aient souvent leur foyer sur des points très éloignés du cerveau. Tirez, comme au hasard d'une loterie, tel nombre de symptômes qu'il vous plaira et n'importe lesquels, parmi tous ceux que produisent les cérébropathies d'une provenance quelconque. Eh bien ! soyez sûrs que cet assemblage aussi fortuit, aussi capricieux qu'on peut le supposer, a été réalisé ou sera réalisé par la syphilose cérébrale. Ne vous étonnez donc pas si les combinaisons symptomatiques sont souvent insolites, extraordinaires et d'une inépuisable variété qui déjoue toute prévision. Et quelle complexité plus inextricable encore, plus surprenante, quand la symptomatologie ne reste pas circonscrite dans la boîte cranienne, quand elle embrasse, comme cela lui arrive souvent, tout le névraxe, et de méningo-encéphalique devient cérébro-médullaire !

TYPHLITE ET PÉRITYPHLITE

TRAITEMENT PAR LE FROID.

Par M. le docteur Aimé Guinard, chef de clinique chirurgicale à la Pitié.

Nous avons observé, dans le service de M. Verneuil à la Pitié, un cas de typhlite et de pérityphlite dont la cure a présenté d'intéressantes particularités.

Une cuisinière, âgée de trente ans, nommée Anna P..., entre le 19 octobre 1887, au n° 27 de la salle Lisfranc, à la Pitié. Depuis trois ans, cette malade qui, jusque-là, s'était toujours très bien portée, a commencé à souffrir dans la fosse iliaque droite. Les douleurs, habituellement sourdes, prenaient de temps en temps un caractère aigu et s'accompagnaient de ballonnement du ventre avec nausées et vomissements bilieux. Ces phénomènes se sont accentués de plus en plus, et depuis six mois « les crises aiguës » se reproduisent toutes les trois semaines environ. Renseignement important, la malade nous dit qu'elle est toujours très constipée et qu'elle reste parfois huit et dix jours sans pouvoir obtenir une selle, malgré des lavements répétés. Il y a trois mois environ, elle a remarqué, dans une de ses garde-robes, une notable quantité de pus, et elle a eu, à la suite de cette évacuation, une diarrhée assez abondante qui a duré plusieurs jours. Elle arrive à l'hôpital absolument courbée et marchant péniblement. Le ventre paraît souple et indolent du côté gauche. Mais toute la fosse iliaque droite et le flanc droit sont occupés par une tumeur, qui va jusqu'à la ligne blanche en avant et jusqu'à l'ombilic en haut. Il est d'ailleurs tout à fait impossible de se rendre un compte exact du volume, de la forme et de la consistance de cette tumeur ; car le moindre attouchement provoque des douleurs intolérables. M. Verneuil remet alors son diagnostic au lendemain et se propose de chloroformer la malade, pour pouvoir explorer suffisamment la région. Sur ces entrefaites, M. le docteur Bailly, qui s'occupait alors de propager sa méthode d'anesthésie locale par le stypage, demanda à M. Verneuil de lui permettre d'anesthésier la paroi abdominale de la malade avec ses tampons au chlorure de méthyle.

Le 24 octobre, l'anesthésie locale par le froid est pratiquée. L'exploration est alors facile et ne provoque pas la moindre douleur. M. Verneuil constate que la fosse iliaque droite est remplie par une masse bosselée, très dure, remontant jusqu'au bord inférieur du foie. Il n'y a pas de fluctuation, mais le tissu cellulaire péri-cæcal est enflammé. La malade n'a pas eu de selles depuis quatre jours ; elle a la langue blanche et une inappétence absolue : enfin elle a eu 38°2 de température la veille. Le diagnostic de typhlite et pérityphlite s'imposait.

Le 25 octobre, la malade a une véritable débâcle. Elle rend une quantité extraordinaire de bols fécaux noirs, très durs, mar-

onnés, qui devaient séjourner depuis longtemps dans le gros ntestin.

M. Verneuil, pensant que l'application du froid sur la région avait dû provoquer les contractions des fibres musculaires de l'intestin, nous engage alors à renouveler le stypage. C'est ce que nous faisons sans recourir cette fois aux porte-tampons spéciaux de M. Bailly, mais en nous servant simplement d'un tampon d'ouate entouré de tarlatane et fixé sur une pince à forcipressure. La même manœuvre est renouvelée le 26 et le 27 octobre, et la tumeur diminua avec une rapidité extraordinaire, après des débâcles répétées.

Le 30, on administre à la malade un peu d'huile de ricin pour achever la cure et, le 8 novembre, tout avait disparu. La malade quitte la Pitié, complètement guérie, le 9 novembre.

On voit, en somme, que c'est bien par hasard que le traitement par le froid a été institué ici. C'était simplement pour faciliter l'exploration qu'on l'employait : mais le résultat thérapeutique obtenu doit engager les praticiens à se servir de ce moyen, non plus comme anesthésique local et par suite comme un accessoire, permettant d'explorer la région et de porter le diagnostic avec précision, mais comme stimulant de la tunique musculeuse de l'intestin. Il ne s'agit pas là du froid, tel qu'on l'obtient par l'application sur le ventre d'une vessie de caoutchouc remplie de glace. Il ne faut pas oublier que les tampons, sur lesquels on a pulvérisé du chlorure de méthyle, ont une température de 50 à 60 degrés au-dessous de zéro en moyenne. Quant au mode de l'application, nous pensons qu'il faut simplifier l'opération le plus possible, pour la mettre à la portée de tous.

Dans la séance du 14 novembre 1888 de la Société de thérapeutique, M. Bardet décrit un nouveau procédé pour faire usage du chlorure de méthyle. Au lieu de se servir des tampons du docteur Bailly, il recouvre la peau d'une couche de glycérine. Il arrive ainsi à surveiller et à limiter son action. La glycérine se prend en glace grâce à l'eau qu'elle renferme et on voit exactement les parties qu'on refroidit : on peut à volonté, avec un peu d'ouate, enlever les parties du mélange réfrigérant qui débordent la région à révulser. Tout cela nous semble presque aussi compliqué que les instruments de M. Bailly ; et c'est pourquoi nous ne cesserons pas d'employer tout simplement un tampon d'ouate plié dans de la gaze et saisi latéralement par une pince ordinaire. Assurément, les différents modèles d'instruments décrits par M. Bailly doivent être plus précis et plus commodes ; mais ils ne sont pas dans les mains de tous les médecins et nous croyons qu'on peut obtenir très bien l'anesthésie locale sans en faire usage. Cela nous est arrivé bien des fois pour des ablations de papillomes des organes génitaux, pour des cautérisations au thermocautère d'hémorrhoïdes, etc. On voit, en résumé, que le chlorure de méthyle, ainsi appliqué sur la paroi abdominale, peut provoquer de violentes contractions intestinales et faire disparaître ces véritables tumeurs fécales, qu'on rencontre si fréquemment dans la fosse iliaque droite. L'anesthésie locale, obtenue par la même occasion, permet de faire une exploration minutieuse sans provoquer la moindre douleur. Ajoutons, enfin, que cette pratique est tout à fait innocente et ne peut, dans aucun cas, présenter le moindre danger. A ce titre, on pourra toujours l'employer dans les cas de typhlite et de pérityphlite accompagnés de rétention stercorale dans le côlon.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE

ÉLECTROLYSE LINÉAIRE.

Par M. le docteur J. Chapiet (de Bordeaux).

J'ai cinquante-trois ans, fils et petit-fils d'hémorrhoïdaires, devenus très vieux, j'ai eu une forte constitution, et n'ai eu d'autre maladie que celle qui fait le sujet de cette observation.

En 1863, après une violente cystite *a frigore*, j'éprouvai tous les symptômes d'un rétrécissement uréthral consécutif à une blennorrhée ancienne mal guérie.

J'essayai de la dilatation, mais l'hyperesthésie du canal était telle, que je ne pouvais garder les bougies que quelques minutes et presque toujours il survenait des spasmes et de la rétention. J'arrivai ainsi jusqu'au n° 12, et pus aller assez bien pendant environ quatre ans, lorsque, en décembre 1868, une rétention complète se manifesta.

Je recommençai les séances de dilatation, toujours même irritabilité du canal arrivé au n° 11 ; une épididymite me fit suspendre le traitement. La dilatation ne se maintint que très peu, et de temps à autre il fallait passer quelque petite bougie.

En 1870, la rétention reparaît. Un violent accès de fièvre force, de nouveau, à interrompre les séances après le n° 13.

Pendant sept ans, j'allai tant bien que mal, dilatant de temps à autre et presque toujours forcé d'interrompre par quelque accident.

En 1878, nouvelle rétention, nouveaux essais. Épididymite à gauche (la première avait été à droite), après la guérison de laquelle je continuai la dilatation et, à force de patience, arrivai au n° 15.

En 1881, après une longue marche, nouvelle rétention. N'étant pas chez moi, je ne pus me sonder qu'après treize heures d'efforts inutiles. Il s'ensuivit une nouvelle cystite qui, malgré tous les soins, passa à l'état chronique. Les urines ne pouvaient être gardées plus de deux heures et ne sortaient qu'avec de grandes difficultés ; elles devinrent fétides et déposaient une grande quantité de mucus. Les tumeurs hémorrhoïdales sortaient à chaque miction et ne rentraient plus spontanément.

Je continuai toujours, de loin en loin, l'introduction des bougies, lorsqu'en mars 1886, je fis une fausse route avec une bougie conique trop dure. Il survint une infiltration d'urine avec un abcès qui mit ma vie en danger et me laissa un rétrécissement cicatriciel beaucoup plus difficile à vaincre que les autres. Quelques mois plus tard, une hémorrhagie anale se manifesta. Le flux, activé par les contractions, ne s'arrêtait, sous l'influence des astringents, que pour reparaître quelques jours plus tard. Je dus cesser mes visites. Les besoins d'uriner venant toutes les deux heures, au plus tard, me privaient de sommeil ; la stagnation de l'urine amena une dyspepsie des plus tenaces, l'anémie augmenta progressivement, ma vie ne fut plus qu'un long supplice.

J'avais beau essayer de dilater, le tissu cicatriciel se rétractait très rapidement. Je traînai ainsi jusqu'en août 1888. Mes amis auraient voulu me faire uréthrotomiser, mais ma disposition aux hémorrhagies les rendait fort perplexes ; d'ailleurs, je redoutais cette opération, que je ne regarde que comme un palliatif très dangereux.

Forcé de garder le lit par une aggravation du catarrhe vésical, nous essayâmes à nouveau la dilatation par des sondes à demeure, qui, en facilitant la sortie des urines, me soulagea beaucoup, mais ce ne fut que passagèrement, car les opérations forcément suspendues par une nouvelle épididymite, la rétraction fit des progrès si rapides, qu'en dix jours, du n° 15 nous revînmes au n° 7.

Désespéré de tourner indéfiniment dans ce cercle vicieux et ayant lu les articles des 15 mars et 8 mai 1884, et en dernier lieu celui du 16 mai 1888, de la *Gazette des hôpitaux*, sur l'électrolyse, appliquée au traitement des rétrécissements uréthraux, je me décidai à appeler M. le docteur Fort pour me faire opérer par sa méthode.

Avec une bienveillance, dont je ne saurai trop le remercier,

notre confrère se hâta de se rendre à mon appel et me pratiqua l'électrolyse de manière à pouvoir passer de suite une bougie n° 15.

M. Fort, n'ayant que quelques heures à passer à Bordeaux, jugea prudent de ne passer qu'un électrolyseur de petite dimension, pour ne pas augmenter l'inflammation de la muqueuse. Il repartit le lendemain, après avoir constaté que tout allait bien, et il fut convenu que, dès que ma santé le permettrait, j'irais à Paris pour faire procéder à la destruction totale du tissu pathologique.

Dès le lendemain de cette opération, je commençai à aller de mieux en mieux. Les besoins d'uriner s'éloignèrent, la vessie se vidant mieux le catarrhe diminua rapidement, le sommeil et l'appétit revinrent et, au bout de quinze jours, je pus reprendre mes occupations.

Deux mois après je partais pour Paris. M. Fort me pratiqua de nouveau l'électrolyse, mais avec une lame de fort calibre. L'opération très prudemment faite dura sept minutes. Les quatre rétrécissements furent attaqués et détruits sans la moindre douleur, un simple fourmillement au niveau des points rétrécis. Pas une goutte de sang, et l'introduction d'une bougie n° 18 fut très facile.

Pas le moindre accident consécutif.

Deux jours après, je repartis pour Bordeaux, et voici mon état après cinq semaines.

Les besoins d'uriner ne se manifestent que toutes les quatre heures, jet très gros et arqué. Le catarrhe vésical a disparu entièrement, le sommeil et l'appétit sont bien vite revenus et ma santé générale s'est tout à fait rétablie, j'ai déjà bien engraissé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 février 1889. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

COMMUNICATIONS

Rapports du tabes dorsal et du goitre exophthalmique. — M. Barié, en réponse à la critique faite par M. Ballet, de la théorie pathogénique applicable, suivant lui, aux cas d'association du tabes et de la maladie de Basedow, théorie qui admet l'existence d'un travail morbide dans le centre bulbo-protubérantiel, fait observer qu'elle repose cependant sur les trois ordres de faits suivants :

1° Fréquence relative des complications d'origine bulbaire dans le cours du tabes ; ce qui permet de penser que le goitre exophthalmique peut bien être une complication de même ordre ;

2° Développement expérimental d'une exophthalmie, et même d'une hypertrophie thyroïdienne, à la suite de la section des corps restiformes ;

3° Constatation de lésions hyperhémiques de la zone bulbaire dans une autopsie de maladie de Basedow, rapportée par Chealde, et dans un cas inédit qui lui est personnel.

Il reconnaît parfaitement, d'accord en cela avec M. Ballet, l'influence de l'hérédité nerveuse, mais il ne voit pas pourquoi et comment cette hérédité s'opposerait à la production d'un travail morbide dans la zone bulbo-protubérantielle.

M. Guyot signale, en passant, la guérison, par la teinture de veratrum viride, d'un cas type de maladie de Basedow, observé par M. le professeur Potain et par lui. La maladie existait depuis trois ans à l'état complet, quand on essaya de ce traitement, et la guérison se maintient depuis trois ans.

Sur le mode de transmission de la rougeole et de la diphthérie. — M. Sevestre rappelle qu'il n'y a pas longtemps encore on croyait que la rougeole n'est contagieuse que pendant et après l'éruption. On sait aujourd'hui que la contagion peut s'exercer pendant l'invasion et, à son avis, c'est surtout dans cette période qu'elle se fait. Il en a observé des cas absolument probants. Enfin, la maladie est également contagieuse pendant la période d'éruption, au moins dans les premiers jours de cette période, car le pouvoir contagieux ne tarde pas à s'affaiblir.

Mais quel est le mécanisme de cette contagion ? Se fait-elle par l'air ou bien par un contact direct ou indirect ? La question est capitale, puisqu'elle tient sous sa dépendance presque toute la prophylaxie.

Pour M. Grancher, le contact direct ou indirect devrait être surtout, sinon exclusivement, incriminé. M. Sevestre pense, au contraire, que l'air atmosphérique est le véhicule habituel des germes morbilleux, que ces germes proviennent des bronches, et qu'ils sont projetés, au moins jusqu'à une certaine distance, avec l'air expiré, spécialement pendant les secousses de toux. Ce qui justifie cette manière de voir, c'est que la maladie est contagieuse dès le début de la période prodromique, alors qu'il n'y a encore rien sur la peau. Autre raison : le microbe de la rougeole perd très rapidement ses propriétés nocives, car si on fait entrer des enfants sains dans une chambre qu'un enfant rubéoleux aura quittée depuis deux ou trois heures seulement, la contagion ne se produira pour ainsi dire jamais. De cette brièveté de la durée de la virulence, il résulte nécessairement que le contage ne doit que très rarement être transporté par des personnes ou par des objets.

Pour la diphthérie, au contraire, le plus souvent l'infection est médiate ; le contage est transporté, par un objet quelconque, de l'individu malade à un individu sain. Tout le monde est d'accord sur ce point. Il semble aussi que les objets contaminés gardent longtemps, voire même plusieurs années, leur virulence.

D'où il résulte, au point de vue pratique, que, pour circonscrire les épidémies de rougeole, il faut chercher à isoler sérieusement les malades, et cela dès les premiers débuts de la maladie, dès que le diagnostic est possible ou simplement probable. Plus tard, il est trop tard. Les mesures de désinfection ne viennent donc qu'en deuxième ligne. C'est l'inverse pour la diphthérie.

M. Grancher se trouve en parfait accord avec M. Sevestre sur plusieurs points importants. Comme lui, il pense que la rougeole est surtout contagieuse à la période d'invasion ; que son germe a une existence fragile et courte, à l'inverse de la diphthérie, et que la contagion exercée par une personne restée indemne est chose rare. Il irait peut-être moins loin que M. Sevestre sur la brièveté de la contagiosité du microbe rubéoleux. Il est possible que sa virulence persiste non pas quelques heures seulement, mais un ou deux jours, peut-être même plus. Quant à la durée de la virulence du germe diphthérique, elle est considérable, et M. Worms citait dernièrement un cas dans lequel tout porte à penser qu'une angine simple est devenue diphthéritique à la suite de badigeonnages avec un pinceau dont on s'était servi quatre ans auparavant dans un cas de diphthérie.

Là où commence le désaccord avec M. Sevestre, c'est sur le mode de contagion de la rougeole. Pour M. Sevestre, elle se transmet surtout par l'air expiré ; pour M. Grancher elle se transmet surtout par les objets souillés, qui, à leur tour, peuvent infecter l'air ambiant. Il ne nie donc pas la possibilité du contage indirect par l'air, mais il le croit plus rare que le contage direct.

M. Sevestre invoque, à l'appui de son opinion, ce fait que la contagion a lieu généralement dans les salles d'hôpital par voisinage de lits, qu'elle ne saute pas, si on peut ainsi parler. Or, il ne semble pas que la rougeole soit aussi cantonnée que cela, et M. Grancher a vu maintes fois, dans la même salle, des contagions sur des points fort éloignés l'un de l'autre.

Pour M. Sevestre, le germe rubéoleux proviendrait de l'air expiré par le malade et se mélangerait ensuite à l'air ambiant. Cette manière de voir est en opposition avec les expériences récentes de M. Straus et avec les expériences de M. Grancher relatives à la tuberculose. Il n'a, en effet, jamais pu déceler le bacille de Koch dans l'air expiré par des tuberculeux, et il semble que l'analogie permette de supposer qu'il doive en être de même dans la rougeole. Cette supposition est, en outre, corroborée par ce fait d'expérience que l'atmosphère ne se charge des germes qu'autant qu'ils ont été préalablement desséchés et rendus plus légers par cette dessiccation.

M. Grancher croit donc que, dans la rougeole, comme dans la tuberculose, l'air extérieur est infecté, non pas directement, par l'expiration même du malade, mais bien indirectement, par l'intermédiaire des objets (linges, mouchoirs, etc.) que les produits d'expectoration ou les parcelles épidermiques détachées ont pu souiller, infecter.

La divergence d'opinions entre M. Sevestre et M. Grancher est capitale, au point de vue pratique. Si M. Sevestre est dans le vrai, si l'air expiré par les rubéoleux est directement infectieux, la prophylaxie de la rougeole est — présentement du moins — impossible. Si, au contraire, la contagion se fait par les objets, par les vêtements, par le linge, le problème change considérablement, car l'étuve à vapeur sous pression peut rendre les plus grands services, comme dans la diphthérie.

Quant à l'isolement, auquel M. Sevestre tient surtout, M. Grancher partagerait sa manière de voir si cet isolement pouvait être sévère, parfait, si on pouvait disposer de véritables lazarets, et pour les malades, et pour ceux qui les soignent ou les servent. Mais c'est chose difficile, sur laquelle on ne peut pas compter présentement.

M. SEVESTRE dit que la rougeole est contagieuse, dès la période de l'invasion, c'est-à-dire plusieurs jours avant l'éruption. Cela est certain. C'est pour expliquer ce fait qu'il a cru pouvoir dire que le germe de la rougeole vient des bronches ou de la gorge — points où l'éruption existe déjà à la période d'invasion — et que ce germe est projeté avec l'air expiré. Mais il reconnaît que c'est là une simple hypothèse.

En tout cas, et sans repousser la propagation par le contact direct, il persiste à croire que la rougeole peut se transmettre par l'air atmosphérique. Cela ne veut pas dire qu'il ne faille pas employer les mesures de désinfection, et, pour sa part, il se sert largement de l'étuve à désinfection pour la literie, le linge, etc., mais ces précautions ont beaucoup moins d'importance que dans la diphthérie.

Quant à l'isolement, il le croit très efficace, à la condition qu'on le pratique dès la période d'invasion. Il ajoute qu'il partage entièrement l'opinion de M. Grancher sur les inconvénients de l'isolement quand ce dernier aboutit à l'entassement des malades dans une pièce où le cube d'air est insuffisant.

M. GRANCHER ajoute que le micro-organisme de la rougeole existe, évidemment, dans le mucus nasal, dans le mucus bronchique, dans les larmes. La contagion, antérieurement à l'exanthème, est donc toute naturelle; seulement, il croit qu'elle a pour véhicules les objets (linge, vêtements, etc.), sur lesquels les mucosités nasales, bronchiques, etc., ont déposé les germes contagieux, et non l'air expiré par les malades.

PRÉSENTATION DE MALADE

De la syringo-myélie. — **M. DEBOVE** présente un malade atteint de syringo-myélie, affection qui passait pour une simple curiosité anatomique, il y a peu d'années, mais dont on connaît aujourd'hui un assez grand nombre de cas, et qui a une symptomatologie bien définie.

On sait qu'elle est caractérisée anatomiquement par une destruction plus ou moins étendue de la substance grise de la moelle épinière; cliniquement, par des troubles de la sensibilité à la douleur et à la température (alors que la sensibilité au tact est presque indemne), et par des troubles trophiques intéressant les muscles, les os, etc.

Tout cela se rencontre chez ce malade. La sensibilité à la douleur a disparu des pieds à la tête. La thermo-anesthésie, elle, est moins complète, mais néanmoins très marquée dans certaines régions. La sensibilité tactile est intacte. Les troubles trophiques consistent surtout dans une atrophie musculaire de la main et de l'avant-bras droit (type Duchenne-Aran). De là, résulte une main en griffe, mais sans contracture. Même atrophie, mais beaucoup moins marquée, de la main gauche. Enfin, il y a une scoliose de la région dorso-lombaire. Rien du côté des sens spéciaux. Pas de panaris, pas d'eczéma, mais un peu de cystite, comme cela s'observe dans les myélites. Réflexes pupillaires, pharyngés et crémastériens normaux. Réflexes tendineux abolis aux membres supérieurs. Réflexe rotulien disparu à gauche, exagéré à droite. Il n'y a jamais eu de douleurs.

Le malade a trente-cinq ans. Pour lui, l'affection remonte à cinq ou six ans seulement, époque à laquelle il remarqua de l'atrophie musculaire; mais le début doit être reporté à une fièvre typhoïde grave, survenue à l'âge de quinze ans. Ce qui confirme cette opinion, c'est que, deux ans après cette dothiénentérie, la scoliose — très fréquente dans la syringo-myélie — était déjà prononcée.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter si la syringo-myélie et la parésie analgésique de Morvan sont deux maladies distinctes, ou bien une seule et même maladie. La question est controversée, mais une autopsie récente de MM. Monod et Reboul porte à croire à la non-identité des deux affections.

M. DÉJERINE présente, à son tour, un malade absolument semblable à celui de M. Debove, mais qui offre cette particularité que l'affection date certainement de quarante ans (le sujet en ayant soixante-cinq) et que les troubles sensitifs sont aujourd'hui ce qu'ils étaient en 1848.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

117. M. ROUBY. Contribution à l'étude de l'hystérie toxique, de l'apoplexie hystérique dans la syphilis. — 118. M. EYMERY. Contribution à l'étude de l'athérome pulmonaire. — 119. M. VALETTE. Tuberculose primitive de la trachée. — 120. M. CONCHON. Étude sur les abcès du cerveau consécutifs à certaines lésions pulmonaires. — 121. M. GUINON. Les agents provocateurs de l'hystérie. — 122. M. CANTIN. Des lymphangites péri-utérines non puerpérales et de leur traitement. — 123. M. COFFIN. Étude sur les complications des fibro-myomes de l'utérus. — 124. M. DUCURTIL. De la ténotomie à ciel ouvert, comme traitement du torticolis musculaire chronique. — 125. M. BESANÇON. Néphrite liée à l'aplasie artérielle. — 126. M. MÉRY. Anatomie pathologique de la sclérodermie. — 127. M. SIMON. La langue névropathique. — 128. M. DAUTHUILLE. Étude sur le sulfonal. — 129. M. JOUVE. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du prolapsus utérin. — 130. M. LOUVET. Pathogénie et formes cliniques de l'ophthalmie sympathique. — 131. M. DELBET. Pronostic et traitement des anévrysmes arthérioso-veineux. — 132. M. BAUDOIN. Contribution à l'étude des syphilis graves précoces. — 133. M. AZOULAY. De la pectoriloquie dans les maladies de poitrine, et comme signe de début de la tuberculose pulmonaire. — 134. M. BASTIDE. De la castration dans la tuberculose testiculaire. — 135. M. BENOIT. Étude sur le choix d'un traitement de l'ongle incarné. — 136. M. TERRAIL. De la morphine dans le traitement de l'hystérie chez les femmes. — 137. M. GIBOTTEAU. Essai sur le développement des fonctions cérébrales et sur les paralysies d'origine cérébrale chez l'enfant.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 février 1889, M. Fallières, député, est nommé ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en remplacement de M. Lockroy, dont la démission est acceptée.

— *Armée active.* — Par décret, en date du 22 février 1889, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Viry, maintenu à son poste actuel de sous-directeur de l'École du service de santé militaire de Lyon, en remplacement de M. Manoha,

retraité; il exercera les fonctions de médecin-chef de l'hôpital Desgenettes.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Boiland, en remplacement de M. Poulet, décédé; maintenu au 51e d'infanterie. — Vautrin, en remplacement de M. Lelorrain, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu au poste de professeur agrégé au Val-de-Grâce. — Gerbault, en remplacement de M. Viry, promu; désigné pour le 10e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Desprez, en remplacement de M. Ledoux; maintenu au 59e d'infanterie; — Ferra, en remplacement de M. Boiland, promu; désigné pour le 134e d'infanterie; — Cassel, en remplacement de M. Vautrin, promu; désigné pour le 31e d'infanterie; — Bernard, en remplacement de M. Gerbault, promu; maintenu aux hôpitaux du Tonkin et de l'Annam.

— *Réserve.* — Par décret, en date du 22 février 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

3e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Gouy, médecin-adjoint des hôpitaux du Havre.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. Froger et Dugardin, médecins-adjoints des hôpitaux du Havre.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Chaudron, Bollet, Gauthier et Trésoret.

9e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Ernous et Brazier.

11e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Porson.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe Perrier.

13e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Fesq.

— Par décret, en date du 23 février 1889, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Lardy, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— *Armée active.* — Par décision ministérielle, en date du 22 février 1889, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin-principal de première classe Albert, pour les fonctions de directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée.

MM. les médecins-majors de première classe Pons, pour le 20e d'artillerie; — Benoit, pour l'hôpital du Gros-Caillou; — Willigens, pour l'hôpital Villemanzy, à Lyon; — Mestrude, pour le 29e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Gaubert, pour le 26e d'infanterie; — Bounaix, pour le 5e escadron du train des équipages militaires; — Salètes, pour le 28e d'infanterie; — Riff, pour le 18e chasseurs à cheval; — Simon, pour le 28e d'infanterie; — de Santi, pour le régiment de sapeurs-pompiers, à Paris; — Morer, pour le 126e d'infanterie; — Camus, pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Robert, pour le 112e d'infanterie; — Bouvier, pour le 141e d'infanterie; — Duroux, pour le 94e d'infanterie; — Petit, pour les hôpitaux de la division d'Oran; — Grognot, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Namin, pour les hôpitaux de la division de Constantine.

M. le médecin aide-major de première classe Olivier, pour le 16e dragons.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 février 1889, l'ouverture du concours pour l'emploi de chirurgien suppléant à l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare (désignation éventuelle de trois candidats) a été reportée du lundi 4 mars au lundi 11 mars, à midi. Il continuera les jours impairs suivants.

L'ouverture du concours pour l'emploi de médecin suppléant à la même infirmerie (désignation éventuelle d'un candidat) a été reportée du mardi 5 mars au mardi 12 mars, à midi. Il continuera les jours suivants.

La date de la clôture du registre d'inscription des candidats (direction de l'administration pénitentiaire, cabinet du conseiller d'État directeur) est reportée du samedi 23 février au samedi 2 mars, à 4 heures.

Les candidats qui seront admis à concourir recevront, avant le 7 mars, avis de la décision les concernant.

— A la suite du concours ouvert à l'asile Sainte-Anne, le 10 décembre 1888, sont nommés dans les asiles publics d'aliénés de la Seine :

1° *Internes titulaires en médecine:* MM. Roubinowitch, Béchet, Berbez, Rieder, Marie, Blin, Bernard et Ravé.

2° *Internes provisoires en médecine :* MM. Guérin, Vigouroux, Barazer et Targowla.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 février 1889, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1889, à la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine d'Amiens.

— Les cours et les conférences de la Faculté de médecine de Paris seront suspendus le lundi 4 et le mardi 5 mars. Ils reprendront le mercredi 5.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Specker est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Parisot, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le professeur Texier est nommé directeur de l'École.

— *École de médecine de Tours.* — M. Révol, chef des travaux anatomiques et physiologiques, est chargé des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie.

— *École pratique des Hautes-Études.* — M. Delage (Marie-Yves), professeur de zoologie, anatomie et physiologie comparée à la Faculté des sciences de Paris, est nommé directeur adjoint du laboratoire de recherches de zoologie expérimentale (section des sciences naturelles).

— La médecine lyonnaise vient de perdre une de ses illustrations, M. Teissier, ancien professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Lyon. Son fils, qui faisait partie du jury d'agrégation de médecine, avait été rappelé en toute hâte.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Antoine Mougeot, décédé à Bruyères (Vosges), à l'âge de 74 ans. Naturaliste et surtout mycologue distingué, le docteur Mougeot était chevalier de la Légion d'honneur et ancien président du Conseil général des Vosges; — et celles de MM. les docteurs Claude (de Nomény), Jacques (de Sains), Masseloux (de Clussais), Pascaret élève du service de santé militaire; Régnier (de Blaye), Simon (de Caen), Truchot (de Lyon).

— La deuxième session du Congrès international d'hydrologie et de climatologie se tiendra à Paris, du 3 au 10 octobre 1889.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur de Ranse, à Paris, 53, avenue Montaigne.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, le samedi 2 mars, à huit heures et demie très précises du soir : « Science et Patrie », par M. Gaston Tissandier, rédacteur en chef de *la Nature*.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

77

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS.	LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES.	GASTRALGIE.
DYSPEPSIE.	GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES : **Pancréatine Defresne :** en poudre, 4 gr. 2 à 4 cuillerées.
Pilules digestives Defresne. . . . . 3 à 5 pilules.

Élixir et Sirop.

DÉPÔT : 2, rue des Lombards et tes pharmacies.
DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

35

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les

Affections aiguës et chroniques de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes

Phie PELISSE, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

46

THE DE CHINE ET DES INDES

MARQUE DÉPOSÉE. **LE DÉLICIEUX** MARQUE DÉPOSÉE.

de **E. THIBAULT**, importateur, NANTES.

Le **Thé LE DÉLICIEUX** est exclusivement composé de thés noirs de qualités extra-supérieures et choisies avec le plus grand soin. Il mérite d'être recommandé :

A toutes les personnes soucieuses de leur santé, si elles doivent en faire usage comme tonique, stimulant ou stomachique;

A toutes les personnes en général faisant un usage journalier de cette boisson et qui peuvent, plus que toutes les autres, en apprécier la finesse et le parfum délicat;

Enfin à toutes les maîtresses de maison ayant à cœur de bien traiter leurs invités.

Dépôt général : A Nantes, E. THIBAULT, 15 et 19, r. Saint-Léonard. — *Gros :* A Paris, MICHELAT et LESUEUR, 9, r. des Guillemites. — *Détail :* Ttes phies.

55

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.)

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

58

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

62

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote, la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

25

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

74

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

62

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

23

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut nos **1, 2, 3, 4, 1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

40

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, phen à Paris, et toutes les phies de France et de l'étranger.

Paterson

96

VIN GUÉRIN

PEPSI-PHOSPHATÉ,

Digestif, Reconstituant,

Ferments physiologiques, Amers, Analeptiques.

Convalescences, Anémie, Palpitations
Dyspepsies, Anorexie, Débilité

1 verre à madère avant le repas. Envoi fo d'échus.

PRIX : **4** FRANCS

Dépôt général : TRAPENARD, phen, 35, rue des Dames, Paris, et toutes pharmacies.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la **seule** boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

41

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

47

NI GASTRALGIES, NI ENTÉRALGIES!

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé.	0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . . .	0 20
Extrait de salsepareille	0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, BORDEAUX, et phies.

21

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

Une innocuité complète, une efficacité parfaitement constatée dans les *Rhumes*, *Bronchites* et la *Grippe*, ont assuré au **Sirop d'Aubergier** une vogue immense.

(*Formulaire* BOUCHARDAT, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 26e édit.)

Ce **Sirop** est une des rares préparations qui pourront être employées dans la médication infantile.

(Drs GUBLER, DEBOUT, Jules SIMON.)

Paris, COMAR et Cie, 28, rue Saint-Claude, Paris.

N° 25. — JEUDI 28 FÉVRIER 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 28 FÉVRIER 1889. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été occupée presque entièrement par la lecture d'une partie seulement de la seconde moitié du travail de M. Verneuil sur le tétanos. L'éminent chirurgien, dont la verve et l'ardeur semblent croître avec les années, a occupé la tribune pendant plus d'une heure et a su se faire écouter, bien que son discours ne soit qu'une accumulation de faits à peu près semblables. Absolument convaincu de l'origine équine du tétanos, et voulant faire entrer cette conviction dans l'esprit de ses collègues, M. Verneuil s'est livré à une grande enquête, et il est arrivé à réunir un nombre considérable d'observations de tétanos, dans lesquelles il a toujours trouvé le cheval, ou tout au moins la voiture, le harnais, le fouet, le fumier. Une fois, au lieu d'un cheval, il a trouvé un lapin. Si l'on admet, sans conteste, les idées soutenues par M. Verneuil, l'histoire du tétanos est complètement à refaire, car il n'est plus question de tétanos spontané ou médical, de tétanos *a frigore*, de tétanos rhumatismal, etc. L'argumentation de M. Verneuil ne sera certainement pas le dernier mot de la discussion, et nous pensons que d'autres pathologistes se joindront aux vétérinaires pour faire tout au moins des réserves sur l'opinion qu'il soutient, relativement à l'origine de cette affection.

Signalons trois courtes lectures qu'on trouvera au compte rendu : un rapport de M. Cornil sur une observation de MM. Babès et Kalindéro, relative à un cas de maladie d'Addison, avec lésions des racines postérieures de la moelle ; un rapport de M. Hervieux, en réponse à plusieurs questions de la chambre consultative des Sociétés de secours mutuels, sur les vaccinations et revaccinations ; enfin, une courte note de M. Le Roy de Méricourt sur la médecine française dans l'Extrême-Orient. Nous attendrons la fin du travail de M. Verneuil pour en donner le résumé.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Cancer du pylore et de la première portion du duodénum; adénopathies du médiastin, du creux sus-claviculaire gauche et de l'aisselle du même côté, avec compression veineuse : consécutivement, œdème sous-cutané, unilatéral, et hydrothorax double ; sclérose du foie, peut-être d'origine syphilitique.

(Observation recueillie par M. HALLION, interne des hôpitaux.)

L'observation qui suit nous a paru intéressante à publier, aussi bien au point de vue anatomique, qu'au point de vue clinique. L'histoire clinique de ce malade figure déjà dans la thèse récente de notre ami M. Bertin (1), comme une nouvelle preuve de la valeur que présentent les hypertrophies ganglionnaires du cou, pour le diagnostic du cancer de l'estomac.

Le nommé D... (Auguste), âgé de quarante-neuf ans, entre le 29 février 1888, salle Saint-Jean, lit n° 21, dans le service de M. le professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu.

La mère du malade est morte à l'âge de soixante ans, d'un « rhume négligé ». Père inconnu. Lui-même a eu trois enfants, qui sont tous vivants et bien portants.

D... a joui d'une excellente santé jusqu'à l'année 1884. Vers la fin de 1884, il fut traité, à l'hôpital Saint-Louis, pour des accidents qui semblent relever nettement de la syphilis. Il portait sur le gland une ulcération qui guérit en trois semaines, et laissa une induration qui disparut peu à peu. Les ganglions inguinaux furent engorgés des deux côtés et ne suppurèrent point; on lui dit à l'hôpital qu'il avait la vérole ; on lui fit prendre par jour deux pilules d'un médicament qu'il ne se rappelle pas. Il suivit ce traitement pendant quatre à cinq semaines et l'abandonna ensuite, malgré la recommandation qui lui avait été faite de le poursuivre. On ne trouve rien dans les commémoratifs qui dénonce des accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires. Actuellement, D... ne présente pas de stigmates de cette maladie : les ganglions inguinaux sont seulement restés légèrement hypertrophiés depuis l'époque du chancre induré probable.

Quoi qu'il en soit, la santé générale, depuis le même temps, est devenue de plus en plus médiocre. D... se fatigue plus facilement, il éprouve, surtout le soir, une sensation de courbature ; il se plaint de douleurs rhumatoïdes dans les membres, il transpire la nuit. Les fonctions digestives, normales jusque-là, se sont altérées ; perte de l'appétit, vomissements pituiteux le matin, vomissements alimentaires survenant souvent après le repas du

(1) BERTIN. *Adénopathies cervicales dans le cancer de l'estomac,* Thèse de Paris, 1888.

soir. Les garde-robes sont restées régulières ; pas de douleurs de ventre, sauf dans ces derniers mois, jamais il n'y eut de sang ni de matières noires, dans les vomissements ni dans les selles. Nous devons dire que D... avait des habitudes d'alcoolisme, il buvait des quantités immodérées d'alcool ; au moment de son entrée à l'hôpital, on constatait un tremblement des mains et le malade se plaignait de fréquents cauchemars.

Depuis deux mois environ, il tousse, il crache abondamment, et, à plusieurs reprises, il a remarqué du sang dans ses crachats.

Le 9 janvier, il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Richet, pour un œdème du bras gauche, développé depuis quelques jours. Cet œdème, attribué par un médecin à une phlébite de la veine axillaire, fut facilement rattaché à la compression exercée sur ce vaisseau par des ganglions hypertrophiés de l'aisselle. D... fit dans le service un séjour de trois semaines, pendant lequel l'œdème, sous l'influence du repos, disparut à peu près complètement. Pendant ces trois semaines, il présenta quelques rares vomissements, et ne cracha pas de sang.

Il reprit son travail, mais, au bout de quelques jours, l'œdème ayant reparu, la toux étant devenue plus intense, il rentra dans le service de M. Richet, où nous l'examinâmes pour la première fois.

Le facies est d'une pâleur un peu jaunâtre ; on note de la maigreur, une dépression considérable des forces, et un certain degré de dyspnée.

Le membre supérieur gauche est occupé en totalité par un œdème très intense, que le doigt déprime aisément en laissant son empreinte et sans provoquer aucune douleur. Le thorax et l'abdomen présentent un œdème peu prononcé, limité à la moitié gauche, et ne dépassant la ligne médiane qu'en arrière, dans la région lombaire, région où il est le plus accentué. La cuisse gauche aussi est œdématiée, surtout sur sa face interne, mais seulement à la racine du membre, dans une étendue de quelques travers de doigt. Un examen attentif du cou et de la face révèle également un œdème qui passerait facilement inaperçu, surtout à la face : le creux sus-claviculaire gauche est effacé; la joue gauche, pincée entre deux doigts, est notablement plus épaisse que la droite.

Dans le creux sus-claviculaire gauche, on perçoit quelques ganglions durs, roulant sous le doigt, sans adhérence aucune, dont les plus volumineux, siégeant immédiatement au-dessus de la clavicule, ont les dimensions d'une noisette. Les ganglions axillaires hypertrophiés forment, par leur agglomération, une masse volumineuse. Nous avons parlé déjà de l'hypertrophie des ganglions inguinaux droits et gauches, hypertrophie que le malade fait remonter à plusieurs années.

L'appétit est presque nul : la langue est saburrale, la bouche pâteuse, la soif vive. La déglutition se fait sans aucune gêne. Depuis plusieurs jours, le malade n'a pas eu de vomissements, il présente un peu de diarrhée. Il ne se plaint d'aucune douleur de ventre, il accuse seulement une sensation de gêne dans la région de l'estomac. A l'examen de l'abdomen, on trouve un peu de ballonnement; la palpation au niveau de l'épigastre éveille une douleur légère : elle ne révèle aucune tumeur. L'estomac n'est pas dilaté; le foie ne dénonce à la percussion aucun changement de volume.

La dyspnée est considérable, la toux assez fréquente; les crachats, peu abondants, sont sanglants, d'une coloration rouge foncé et adhérent au vase. Les poumons ne présentent rien d'appréciable à la percussion; des râles sonores disséminés et des râles sous-crépitants, plus nombreux et plus fins aux deux bases, sont perçus à l'auscultation.

Rien au cœur.

Pas d'albumine dans l'urine.

En présence de ces phénomènes, le diagnostic qui parut le plus probable fut celui de dégénérescence cancéreuse des ganglions du médiastin. Cependant, étant donné la probabilité très grande de la syphilis chez le sujet, et d'autre part l'absence d'arguments bien nets en faveur d'un cancer, on prescrivit l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes par jour, et le sirop de Gibert. Régime lacté.

L'état du malade s'aggrava rapidement. L'œdème s'accrut en intensité sans s'étendre notablement en superficie, la moitié gauche de la face restait peu épaissie.

Les phénomènes digestifs s'accentuèrent peu. La déglutition n'était pas troublée. A peine y eut-il quelques vomissements alimentaires, qui, dans les derniers jours, cessèrent même complètement de se montrer, Il subsistait un peu de diarrhée, sans caractère spécial. Le ventre était ballonné. Le malade se plaignait d'une douleur épigastrique continue, assez prononcée, que la toux exaspérait et qui était augmentée par la pression.

Par contre, les phénomènes respiratoires prirent une grande intensité. La dyspnée devint extrême ; l'inspiration s'accompagnait, surtout à gauche, d'une dépression des espaces intercostaux, et aussi du creux sus-sternal. Les râles sous-crépitants fins devinrent de plus en plus abondants. Pendant les derniers jours, l'état de prostration du malade, l'intensité de l'œdème, empêchèrent de l'asseoir sur son lit, pour pratiquer l'auscultation.

La mort survint le 13 mars, dans un état de coma et d'asphyxie progressive.

L'*autopsie*, que nous pratiquons le lendemain, démontre qu'il s'agit d'un cancer de l'estomac avec adénopathies consécutives, et révèle les lésions suivantes.

Les parois de toute la première portion du duodénum, et celles de l'estomac dans la région pylorique, sur une étendue de 2 ou 3 centimètres, présentent un épaississement régulièrement réparti, un peu plus considérable au niveau du duodénum où il atteint un centimètre et demi, que du côté de l'estomac où il mesure un centimètre environ. Ainsi se trouve constitué un défilé assez long pour admettre presque toute la longueur de l'index, assez étroit pour que ce doigt s'y trouve serré, comme par un tube quelque peu élastique. A ce niveau, la séreuse présente sa coloration normale, elle est seulement distendue ; la première portion du duodénum présente à l'inspection une notable augmentation de volume. Les limites de la tumeur, vue par cette surface péritonéale, ne se dessinent pas nettement. Au contraire, elles sont très brusquement marquées du côté de la muqueuse, en haut, par un bourrelet circulaire, abrupt, surplombant même la partie saine de la muqueuse duodénale; en bas, au niveau de l'estomac, par une saillie un peu moins accentuée, mais très nette encore, un peu sinueuse. La muqueuse, au niveau de cet épaississement, est d'une coloration gris blanchâtre; elle présente quelques ecchymoses; il n'existe pas trace d'ulcération; sa surface est un peu inégale. Au palper, le néoplasme est résistant, comme coriace, mais n'est pas dur. A la coupe, on constate une consistance assez considérable; sur la tranche, les diverses couches apparaissent nettement : la séreuse est peu épaissie, la tunique musculaire, reconnaissable à sa coloration un peu plus foncée que le reste de la paroi, est fortement hypertrophiée, la muqueuse a subi un épaississement considérable; elle est blanchâtre, fournit peu de suc par le raclage.

Fait remarquable : l'estomac, loin d'être dilaté, est plutôt d'un volume médiocre ; ses parois sont notablement épaissies ; la muqueuse paraît saine, sauf une légère injection.

Les ganglions lymphatiques présentent l'état suivant. Ils sont fortement hypertrophiés dans la moitié supérieure du mésentère, au voisinage de la tête du pancréas, et dans l'épiploon gastro-hépatique. Le médiastin surtout, dans toute sa hauteur, est occupé par des ganglions hypertrophiés, qui forment un paquet volumineux intertrachéo-bronchique, et constituent, de chaque côté de l'œsophage et de la trachée, une chaîne se poursuivant jusqu'à l'extrémité supérieure du thorax. Tandis qu'à droite, la chaîne ganglionaire ne dépasse pas cette limite, à gauche, au contraire, elle se rattache : d'une part aux ganglions sus-claviculaires tuméfiés; d'autre part, le long des vaisseaux sous-claviers, au paquet de ganglions axillaires. Tous ces ganglions, dont quelques-uns atteignent le volume d'une noix, sont régulièrement arrondis ou ovalaires, sans adhérence avec les ganglions

voisins; leur couleur est d'un rouge foncé, aussi bien sur la surface de la coupe qu'à la superficie; leur consistance est ferme sans être dure; aucun d'eux ne présente de traces de ramollissement. Ils paraissent, en somme, gros et fortement congestionnés.

Leur situation, par rapport aux troncs veineux, explique parfaitement la compression de la veine axillaire, du tronc veineux brachio-céphalique gauche, des veines pulmonaires. Les veines iliaque externe et fémorale gauches ne sont ni comprimées ni thrombosées; il n'existe pas de thrombus non plus dans les vaisseaux précédemment cités.

Chacune des deux plèvres contient environ 750 grammes de liquide séreux, sans aucune fausse membrane, sans flocon fibrineux; l'épanchement est un peu plus abondant à gauche qu'à droite. Les poumons sont revenus sur eux-mêmes : ils présentent de l'atélectasie et une congestion intense, marquée surtout dans les lobes inférieurs. La crépitation ne fait complètement défaut en aucun point. Pas de tuberculose. Pas d'hydropéricarde. Athérome léger de la valvule mitrale; à peine un peu d'athérome aortique.

Pas d'épanchement dans le péritoine. L'intestin, la rate, les reins sont normaux.

La pie-mère de l'hémisphère cérébral gauche est injectée. A la coupe on constate un piqueté congestif de cet hémisphère. Rien de semblable dans la moitié droite du cerveau.

Le foie offre un aspect assez spécial. Sa surface est parcourue en tous sens par des sillons dont le fond est occupé par des tractus légèrement nacrés; ces sillons sont très peu prononcés, et limitent des saillies polygonales, très peu accentuées elles aussi. En quelques points, on trouve, sur la face supérieure de l'organe, des plaques nacrées, parfaitement planes, d'où rayonnent des tractus. Sur une coupe, on voit nettement à l'œil nu que ces plaques consistent dans un épaississement de la capsule de Glisson.

Les tractus qui occupent le fond des sillons envoient dans la profondeur des prolongements scléreux; des prolongements semblables émanent des plaques superficielles. Toute la surface de coupe est parcourue en divers sens par des tractus du même genre, lesquels, en s'entrecroisant sous des incidences variées, limitent des espaces polygonaux de dimensions diverses. Le volume et la coloration du foie sont d'ailleurs normaux.

Au microcospe, on constate les particularités suivantes, ainsi qu'il ressort de l'examen pratiqué par notre excellent ami et collègue M. Parmentier. Sur des coupes perpendiculaires à la surface de l'organe, on voit des tractus conjonctifs partant de la capsule et s'enfonçant dans l'épaisseur du parenchyme d'une façon assez régulière. Dans l'intérieur de ces bandes scléreuses, on retrouve les différents organes appartenant aux canaux portes; les parois de la veine porte sont légèrement épaissies; les canaux biliaires sont respectés. Pas de néo-canalicules biliaires. Ces différents canaux plongent au milieu d'un tissu conjonctif déjà adulte, renfermant des cellules rondes en faible quantité. Les bandes scléreuses semblent prendre pour guide les espaces portes d'un certain volume, et limitent ainsi des portions polygonales du territoire hépatique où l'on retrouve l'aspect normal.

Des coupes portant sur les parties profondes de la glande montrent les mêmes altérations : la sclérose des espaces portes est des plus manifestes, alors que les petits espaces périlobulaires sont parfaitement respectés, et que les cellules hépatiques ont conservé toute leur intégrité. En aucun point, on ne voit d'accumulation de cellules embryonnaires pouvant faire penser à des gommes en voie de développement. En résumé, on a affaire ici à un foie carrelé, à sclérose diffuse des grands espaces, sans trace de gommes.

L'examen histologique de la tumeur et des ganglions, fait par nos amis MM. les docteurs Toupet et Mathieu, prouva qu'il s'agissait d'un épithéliome cylindrique développé primitivement dans la muqueuse gastro-duodénale, et propagé aux glandes lymphatiques. Celles-ci montrent en outre une congestion intense et un grand nombre d'hémorrhagies interstitielles expliquant leur coloration rouge. Ainsi que M. Mathieu en fit l'intéressante remarque, l'épithélioma cylindrique typique du pylore ne s'est pas généralisé dans les ganglions sous forme d'épithélioma semblable : on y trouve des foyers de grandes cellules irrégulières, atypiques, supportées par un stroma assez lâche, c'est-à-dire des foyers de carcinome. C'est là un fait curieux qui plaide en faveur de l'origine épithéliale du carcinome.

Cette observation est intéressante au point de vue clinique. Elle prouve combien est grande la valeur des adénopathies sus-claviculaires, et en particulier de celles qui surviennent à gauche, pour établir le diagnostic du cancer de l'estomac. On se rappelle à ce point de vue les communications très intéressantes de M. Troisier à la Société médicale des hôpitaux et la discussion qui a suivi. Ainsi que le fait remarquer M. Bertin, il n'est pas sans intérêt de voir à quel point les symptômes propres au cancer gastrique peuvent être effacés, auprès des phénomènes dus à la dégénérescence secondaire des ganglions. Il était d'autant plus difficile de reconnaître, chez notre malade, la nature des lésions de l'estomac, que l'alcoolisme suffisait pleinement à expliquer tous les troubles digestifs.

Les lésions rencontrées à l'autopsie offraient plus d'une particularité curieuse. Elles expliquaient très bien les symptômes observés pendant la vie.

Il est vrai que toute la moitié gauche du tronc et la racine de la cuisse du même côté étaient œdématiées, sans qu'il y eût compression des troncs veineux correspondants. L'explication de ce fait est sans doute la suivante : le sang veineux du membre supérieur gauche et de la moitié gauche du thorax refluait, par les voies anastomotiques, vers les veines du membre inférieur, entretenant ainsi, dans la région qu'il parcourait, une tension veineuse exagérée, cause d'infiltration interstitielle.

D'un autre côté, à plusieurs points de vue, les lésions observées présentaient une apparence assez anomale. Il était assez singulier de trouver, avec un rétrécissement si prononcé et si étendu surtout du défilé gastro-duodénal, l'estomac plutôt petit que dilaté. Sans doute l'hypertrophie de la paroi de ce viscère était en rapport avec un rôle compensateur joué par la tunique musculaire, et ce fait expliquait à la fois l'absence d'ectasie gastrique et le défaut presque complet des phénomènes propres à la sténose du pylore.

La congestion de l'hémisphère cérébral gauche et de la pie-mère de ce côté, malgré l'importance des voies de dérivation du système veineux encéphalique, est à remarquer. Elle a contribué sans doute à l'état subcomateux des derniers jours; aucune prédominance marquée des symptômes nerveux dans une moitié du corps ne répondait à l'unilatéralité des lésions congestives dans le cerveau.

Mais le principal intérêt de l'autopsie réside d'une part dans l'aspect anomal des lésions cancéreuses, d'autre part et surtout dans une altération du foie que rien, dans le tableau symptomatique, n'avait pu faire soupçonner.

Suivant que M. Cornil en fit la remarque à propos de la communication que nous fîmes à la Société anatomique des pièces provenant de l'autopsie, l'examen au microscope était indispensable pour affirmer que cette plaque, non ulcérée malgré son étendue et d'une consistance quasi fibreuse, ne relevait pas d'un processus purement scléreux, d'une inflammation chronique de la muqueuse. Cela d'autant plus que les ganglions ne présentaient ni l'aspect, ni la consistance de ganglions cancéreux. Cependant l'examen

histologique ne laissait, pour les ganglions notamment, place à aucun doute.

Enfin, le foie se présentait sous un aspect assez particulier. A la Société anatomique, l'opinion prévalut qu'il s'agissait assez probablement d'une syphilis hépatique, à une période très peu avancée de son évolution. La précocité de cette sclérose syphilitique (le chancre remontant à trois ans et demi) nous semble pouvoir s'expliquer, dans une certaine mesure, par l'âge du malade et ses habitudes alcooliques, agissant comme causes prédisposantes à la sclérose.

L'examen microscopique ne donne aucun résultat concluant au point de vue du diagnostic étiologique. L'absence de gommes n'est pas pour faire rejeter la syphilis, cette dernière maladie pouvant produire une hépatite interstitielle simple ; mais, si l'on se reporte au travail de M. Lacombe sur la syphilis hépatique (Thèse d'agrégation, 1878), on voit qu'un des caractères les plus spéciaux à cette affection fait absolument défaut dans notre cas. « Les rubans fibreux, dit M. Lacombe, ne suivent pas, comme dans la cirrhose commune, la périphérie des lobules, mais outre qu'ils sont beaucoup plus épais, ils s'avancent *brutalement* à travers le tissu glandulaire, etc. » Ici, au contraire, nous trouvons des tractus scléreux peu épais, et les lobules ne sont nulle part envahis, ni traversés. L'âge peu avancé du processus suffit peut-être à expliquer pourquoi les lésions, quoique dues, suivant bien des probabilités, à la syphilis, s'écartent du type généralement observé. Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons prononcer le diagnostic : syphilis hépatique, qu'avec la plus grande réserve.

DE L'EMPLOI DU THERMOCAUTÈRE DE PAQUELIN

DANS LA PÉRIOSTITE DE L'APOPHYSE MASTOÏDE

Par M. le docteur E. Ménière (de Paris).

Il n'est pas très rare de rencontrer la périostite de l'apophyse mastoïde, comme complication d'une otite moyenne aiguë, ou d'une otorrhée purulente chronique, avec poussées suraiguës.

Cette forme de périostite se voit aussi dans les affections inflammatoires aiguës ou chroniques du conduit auditif externe, sans lésions de la caisse, et sans perforation du tympan.

En 1879, au Congrès d'Amsterdam, j'ai lu un travail sur neuf observations de périostites de ce genre que je n'avais vu décrites nulle part.

Dans les deux variétés, l'otologiste se trouve en présence d'un gonflement plus ou moins considérable de la région mastoïdienne, avec œdème variable, rougeur, etc., enfin de symptômes locaux et généraux contre lesquels il est urgent d'agir rapidement.

Je laisserai de côté la partie anatomo-pathologique et séméiologique, pour ne m'occuper que du traitement de la complication spéciale qui nous occupe. Je suppose, en outre, que les moyens ordinaires ont échoué.

Il est reconnu, depuis longtemps, que l'incision de Wilde, faite avec le bistouri, exerce une action favorable sur les manifestations inflammatoires de la région mastoïdienne. En maintes circonstances, j'ai pratiqué autrefois cette incision, et j'ai toujours obtenu un excellent résultat et une rémission très rapide dans les accidents.

Mais, depuis longtemps déjà, je remplace le bistouri par le petit couteau du thermocautère de Paquelin qui, à mon sens, présente de grands avantages. Le bistouri produit une plaie vive, saignante, ouvrant toujours une voie possible aux micro-organismes ; de plus, il est nécessaire de placer, soit des pinces hémostatiques, soit des ligatures ; la cicatrisation est lente. Enfin, il est presque absolument nécessaire de donner le chloroforme. L'ensemble de ce procédé opératoire oblige à une foule de précautions qui, toutes, ont leur importance.

Avec le thermocautère, on divise les téguments ; on va jusqu'au périoste, sans être gêné par l'écoulement du sang. Plus de ligatures, plus de pinces ; un pansement très simple. On obtient une eschare profonde, d'une largeur qu'on détermine à son gré, et finalement on obtient les mêmes modifications dans l'état local et général et une guérison plus prompte, et je dirai presque plus complète, en mettant, en même temps, le malade à l'abri de toute autre complication ultérieure.

Je ne doute pas que beaucoup de mes confrères n'aient eu déjà l'idée d'employer ce moyen. Mais j'insiste tout particulièrement sur ses avantages multiples.

J'apporte le relevé de 56 cas de périostite mastoïdienne, dont 11 sans maladies de la caisse.

Parmi ces observations, j'en ai choisi deux intéressantes, que j'abrégerai le plus possible.

Observation I. — M. X..., soixante ans, fort, vigoureux même et de bonne santé habituelle, est affecté d'otite moyenne aiguë, remontant à trois semaines. Depuis six jours, M. le docteur Savreux-Lachapelle, son médecin, a constaté que la région mastoïdienne était le siège d'un gonflement œdémateux assez considérable, avec rougeur, douleur, etc. C'est à ce moment que le malade me fut amené par mon confrère.

Après examen, je diagnostiquai une périostite, et je proposai de faire, le jour même, une incision avec le thermocautère, sur une longueur de 4 à 5 centimètres. L'opération fut pratiquée sans chloroforme, et nous appliquâmes un pansement antiseptique léger. Le lendemain, les phénomènes locaux et généraux étaient amendés, et, quelques jours après, je pus m'occuper de l'otite moyenne, accompagnée de bourgeons charnus polypiformes. Il ne fallut pas moins de trois mois pour arriver à la guérison de la maladie primitive.

Obs. II. — M. X..., seize ans, fils d'un confrère, a une santé ordinaire parfaite, otite externe, diffuse, à droite, remontant à quelques semaines.

A l'examen, je vois en haut et en arrière, au niveau de la réunion du conduit cartilagineux avec le conduit osseux, une petite ouverture fistuleuse, à bords déchiquetés. J'introduis un stylet, et j'ai la sensation d'un point osseux malade, mais sur une surface très limitée.

J'appliquai le traitement indiqué en pareille occurrence. Mais, un jour, les douleurs irradièrent dans la région mastoïdienne qui présenta bientôt du gonflement, de la rougeur, etc.

Les antiphlogistiques n'ayant amené aucune détente, nous eûmes une consultation avec mon maître et ami, M. le professeur Verneuil.

Il approuva le traitement que je proposai, à savoir : l'incision avec le thermocautère, qui fut faite le lendemain, sans chloroforme, et amena, en quelques jours, la résolution de la périostite.

L'otite externe ne fut guérie que bien plus tard, lorsque les parcelles osseuses nécrosées eurent été entraînées par la suppuration. On en retrouva quelques minimes fragments.

En résumé (et j'insiste sur ce point démontré par l'expérience), il y a de grands avantages à pratiquer l'incision des tissus de la région mastoïdienne, dans le cas de périostite, avec le thermocautère plutôt qu'avec le bistouri.

On obtient un effet plus rapide, qui se prolonge davantage, et la sécurité est absolument assurée à tous les points de vue.

En supposant qu'il existe, en même temps, une inflammation des cellules mastoïdiennes, et qu'il soit nécessaire de pratiquer l'ouverture de l'apophyse dans un délai assez rapproché (comme j'en ai vu quelques cas), la voie est toute tracée et le chirurgien n'a qu'à agrandir l'incision par le même procédé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 février 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

RAPPORTS

Maladie d'Addison avec lésions des racines postérieures de la moelle. — M. **CORNIL** lit un rapport sur cette observation envoyée par MM. Babès et Kalindéro :

Outre l'incertitude qui entoure encore les rapports des lésions des capsules surrénales avec la pigmentation de la peau, nous ignorons complètement la nature des troubles fonctionnels ou organiques de la moelle épinière ou des nerfs qui tiennent sous leur dépendance les symptômes nerveux trophiques si importants dans cette maladie. Sous ce rapport l'observation de MM. Babès et Kalindero présente un très sérieux intérêt.

Il y avait dans ce cas une sclérose chronique de la moelle, limitée surtout autour des racines postérieures des nerfs spinaux, et une névrite portant principalement sur les racines postérieures. Cette névrite, accusée surtout au niveau des anneaux, est caractérisée par le gonflement des cylindres d'axes, leur interruption par places, une multiplication des cellules. Ces lésions présentaient leur maximum à la partie inférieure de la moelle dorsale.

Les auteurs de ce mémoire n'ont pas la prétention de tirer de leur observation des conclusions générales, concernant la pathogénie de la maladie d'Addison. Ils ont voulu combler la lacune signalée par M. Jaccoud, le non-examen de la moelle dans la maladie en question. Ajoutons qu'il est possible que les symptômes d'asthme qu'on observe dans cette affection soient dus à des lésions secondaires de la moelle.

Vaccinations et revaccinations. — M. **HERVIEUX** présente un rapport sur les questions soumises à l'Académie par la Chambre consultative des Sociétés de secours mutuels, au sujet de la nécessité d'exiger la vaccination et la revaccination comme condition de l'admission dans ces Sociétés.

1° La première question est de savoir si une Société de secours mutuels doit exiger, par voie statutaire, que ses membres aient été vaccinés. M. Hervieux n'hésite pas à répondre par l'affirmative et il ajoute que l'Académie sera heureuse d'appuyer cette mesure qui sera un nouveau pas fait vers la vaccination obligatoire.

2° La seconde question est celle-ci : ces Sociétés doivent-elles exiger que leurs membres se soumettent à la revaccination, et, dans l'affirmative, après quel laps de temps?

M. Hervieux répond encore affirmativement, car la revaccination est aussi utile que la vaccination première; si la vaccination tend à amoindrir la fréquence et l'intensité des épidémies varioliques, la revaccination marche vers leur suppression.

3° Après combien de temps faut-il revacciner?

Hors le temps d'épidémie, le terme de dix ans peut être fixé, mais s'il y a menace d'invasion variolique, il n'y a pas à hésiter. il faut revacciner de suite tous les adhérents, si court que soit le temps écoulé depuis la dernière vaccination.

4° Enfin les Sociétés doivent-elles recourir au vaccin jennérien ou au vaccin de génisse?

Les deux sources de vaccin sont bonnes. L'Académie n'a donc pas à recommander l'une plutôt que l'autre.

(Les conclusions de M. Hervieux sont adoptées à l'unanimité.)

La médecine française dans l'Extrême-Orient. — M. **LE ROY DE MÉRICOURT** rend compte d'une lettre adressée le 18 février dernier, à l'Académie, par M. Radiguet, ancien gérant du consulat de France à Canton, et exprimant le désir que l'Académie fasse des efforts pour soutenir le prestige de la médecine française dans l'Extrême-Orient. M. Le Roy de Méricourt a pu constater, comme M. Radiguet, l'influence que la médecine et surtout la chirurgie exercent dans ces contrées. Il pense que si l'Académie ne peut directement intervenir dans l'installation des services médicaux, elle doit, du moins, affirmer ses sympathies pour ceux qui s'efforcent de grandir l'influence des races latines.

Cette conclusion du rapport de M. Le Roy de Méricourt est approuvée à l'unanimité.

M. **VERNEUIL** lit la seconde partie de son travail sur le tétanos, c'est-à-dire la question de l'origine équine de la maladie.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 février 1889. — Présidence de M. Polaillon.

COMMUNICATIONS

Tumeurs dermoïdes des régions sacro-coccygienne et sus-hyoïdienne. — M. **KIRMISSON** fait un rapport sur deux observations de tumeur dermoïde, adressées par M. Masse (de Bordeaux). Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, qui, depuis de longues années, portait une petite tumeur à la région sacrée. M. Masse l'a incisée et en a retiré un liquide jaune-blanchâtre, ayant l'apparence de l'huile, et présentant à la vue les caractères du contenu des kystes dermoïdes. Mais aucun examen histologique n'a été fait.

La deuxième observation se rapporte également à un jeune homme de vingt-cinq ans, qui avait dans la région du cou, du côté gauche, une petite tumeur, offrant tous les caractères des kystes dermoïdes. M. Masse en a pratiqué l'ablation, et le microscope a révélé la présence de poils dans le contenu de la poche. M. Kirmisson partage l'avis de M. Masse, sur les rapports de cette tumeur, au point de vue de la pathogénie, avec les fentes branchiales de la région; mais la même affirmation ne peut être soutenue au sujet de la première observation.

M. le rapporteur rend compte également d'une observation de tumeur dermoïde adressée par M. Chavasse (du Val-de-Grâce), ici le diagnostic ne peut être mis en doute.

L'examen histologique a fait reconnaître que les parois de la poche étaient formées de tissu conjonctif et d'une couche d'épithélium pavimenteux; quant au contenu, on n'a pas rencontré de poils. Ce n'est donc pas un vrai kyste dermoïde, mais un kyste branchial développé au niveau de la troisième fente branchiale. C'est un fait intéressant à ajouter aux tumeurs de même nature que l'on observe encore souvent.

M. **LANNELONGUE** rappelle que la présence des poils n'est pas absolument nécessaire pour affirmer la nature dermoïde d'une tumeur; et, quant à ce dernier fait, il est porté à le regarder comme un exemple de ces kystes qu'il a décrits sous le nom de kystes mucoïdes; il croit ce diagnostic d'autant mieux fondé que la structure de la troisième fente branchiale a lieu aux dépens de la muqueuse et de la peau.

Hernie crurale étranglée avec résection de l'intestin. — M. **TH. ANGER** fait un rapport sur une observation d'étranglement herniaire, compliqué de sphacèle, et suivi de guérison après résection d'une portion d'anse intestinale, par M. Martinet. Il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans qui portait une hernie crurale étranglée depuis quatre jours. On fit immédiatement la kélotomie; le sac fut trouvé gangrené; l'intestin était lui-même sphacélé et perforé. Après l'avoir détaché de son insertion mésen-

térique on en réséqua une longueur de 10 à 12 centimètres, et les deux fragments furent suturés; après la réduction de l'anse suturée, il s'écoula de l'abdomen un flot de liquide noirâtre, fécaloïde. Malgré la sortie de gaz et de matière liquide intestinale qui eut lieu le troisième jour, la guérison paraissait complète au bout de vingt jours, lorsque plus tard deux collections purulentes se développèrent dans les régions crurale et trochantérienne; elles furent incisées et la guérison définitive eut lieu.

M. Anger a eu l'occasion d'observer plusieurs fois, en dehors de l'épanchement contenu dans le sac, l'issue d'un liquide noirâtre provenant de la cavité abdominale : il lui paraît être le résultat des manipulations, qui ont lieu au moment du taxis. De pareilles conditions pour l'intervention ne peuvent que nuire au succès; aussi pense-t-il, avec la plupart des chirurgiens, que toute hernie étranglée doit être traitée immédiatement par la kélotomie, si la réduction n'a pas eu lieu sous l'influence de manœuvres légères de taxis.

Extirpation d'un anévrysme artério-veineux poplité. — M. TRÉLAT rappelle avoir présenté un anévrysme artério-veineux poplité, dont il avait fait l'ablation trois jours auparavant. Les suites de l'opération ont été excellentes, et la guérison a été complète, sans suppuration, en dix jours.

Le résultat de cette opération est un succès à ajouter aux 14 cas d'extirpation d'anévrysmes des membres, qui ont déjà été publiés. Si, dans les petits anévrysmes, la double ligature peut être favorable, l'extirpation du sac doit être pratiquée toutes les fois que l'anévrysme est volumineux, que l'on est forcé de poser les doubles ligatures à une distance assez éloignée l'une de l'autre, et qu'il y a lieu de prévoir des ligatures multiples de collatérales.

Statistique des opérations de l'hôpital Bichat. — M. TERRIER communique la statistique des opérations, au nombre de 357, qui ont été pratiquées, en 1888, dans son service.

Ces 357 opérations n'ont donné lieu qu'à 22 décès, soit 6,17 % de mortalité, et si l'on retranche quelques cas de mort presque inévitable, on arrive à ne plus compter que 13 décès, parmi lesquels 5 seulement sont imputables à des accidents septiques. Comme pour les années précédentes, il attribue cette faible mortalité à l'observation rigoureuse des règles antiseptiques et à la stérilisation des instruments soumis à une température de 180 degrés dans le stérilisateur imaginé à cet effet par son élève, M. le docteur Poupinel.

M. TERRILLON rappelle avoir, il y a deux ans, dans une communication relative à la stérilisation des instruments par l'eau bouillante, signalé les bons résultats qu'il en avait obtenus; il enregistre aujourd'hui avec plaisir ceux que M. Terrier vient de communiquer, bien qu'il ait employé un autre mode de stérilisation. Cependant il ne croit pas qu'il soit absolument nécessaire d'atteindre une température de 180 degrés pour se mettre à l'abri du péril. L'eau bouillante lui paraît bien suffisante comme agent stérilisateur.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'a pas fait encore usage de ces modes de stérilisation et jusqu'à ce jour il a continué d'avoir recours à l'ancienne méthode antiseptique; cependant ses résultats sont aussi bons; c'est pourquoi, tout en ne protestant pas contre cette tendance au progrès, il croit qu'il faut attribuer ces succès à l'amélioration apportée dans la pratique opératoire plutôt qu'aux modes différents de stérilisation; il ne croit pas que ces modes de stérilisation par la chaleur et par l'eau bouillante soient des procédés supérieurs à l'antisepsie que donnent les solutions phéniquées.

M. PERIER rappelle que différentes solutions ont la propriété d'altérer certains instruments, les bistouris en particulier; aussi, pour garder les tranchants intacts, il conserve ses bistouris dans du naphtol camphré; ils peuvent être ainsi utilisés assez longtemps sans présenter aucune altération.

M. TERRIER reconnaît que la méthode antiseptique, à laquelle il a été initié par M. Lucas-Championnière, lui a donné d'excellents résultats; mais, comme de jour en jour, on fait des opérations de plus en plus risquées, il croit qu'on ne peut s'entourer de trop de précautions antiseptiques.

Il reconnaît que la stérilisation par l'eau bouillante est en général suffisante; mais, dans certains cas, où il n'est rien moins question que de vie ou de mort, il lui paraît préférable de se montrer encore plus exigeant et d'avoir recours à l'usage du stérilisateur de M. Poupinel.

Il ne croit pas cette manière d'agir moins pratique que l'emploi de l'eau bouillante. Relativement à la conservation des instruments tranchants, il croit qu'il faut tout autant accuser les marchands d'instruments que les préparations antiseptiques, lorsque ces instruments ne coupent plus.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de l'armée territoriale en 1889.

A la date du 24 février 1889, le ministre de la Guerre a décidé que l'appel des médecins de l'armée territoriale aura lieu, en 1889, dans les conditions suivantes (le 19e corps d'armée excepté) :

300 médecins aides-majors seront convoqués pour une période de treize jours, savoir :

1° 228 en deux séries, en même temps que les bataillons territoriaux d'infanterie et les unités de l'artillerie territoriale, c'est-à-dire ceux de la première série, du 1er au 13 avril, et ceux de la deuxième série, du 29 avril au 11 mai;

2° 72 dans la cavalerie pendant la période d'automne, à une date qui sera fixée ultérieurement.

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile, et seront pris, autant que possible, parmi ceux qui n'ont pas encore été appelés, en commençant par les plus jeunes de grade.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours d'agrégation en médecine s'est terminé mardi soir, par les nominations suivantes :

Paris : MM. Chantemesse, Marie, Gilbert, Letulle et Netter. — *Bordeaux* : M. Ménard. — *Lille* : M. Combemale. — *Lyon* : M. Roque. — *Montpellier* : M. Sarda.

— Par décret, en date du 25 février 1889, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Puybaret, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— L'Académie des sciences vient de nommer M. Berthelot secrétaire perpétuel, en remplacement de M. Pasteur, démissionnaire.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 février, ont été nommés membres du comité d'organisation du congrès international de médecine légale :

MM. les docteurs Brouardel, Coutagne, Descoust, Garnier, Jaume, Lacassagne, Laugier, Leblond, Lutaud, Morache, Motet, Ogier, Pouchet, Socquet et Vibert.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 février 1889, M. le docteur Eugène Verrier est nommé membre du comité d'organisation du congrès international des sciences ethnographiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 26. — SAMEDI 2 MARS 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 2 MARS 1889. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le foie chez les tuberculeux.

Par M. Paul BLOCQ, ancien interne des hôpitaux,
Lauréat de l'Institut.

La tuberculose retentit le plus souvent sur le foie, de plus, elle l'atteint différemment, soit directement par l'invasion de ses produits spécifiques, soit indirectement par le contre-coup de l'altération de la fonction respiratoire et de l'hématose, enfin, elle l'affecte diversement par suite des formes si variables de son évolution.

Cette proposition fait concevoir combien nombreuses sont les modifications anatomiques de la glande, combien multiples les aspects cliniques correspondants, combien opposées les interprétations imaginées; elle rend compte de la complexité de cette étude et de l'obscurité qui, jusqu'à ces derniers temps, a régné sur cette question, au sujet de laquelle l'accord n'est pas encore unanime, bien qu'elle n'ait pas peu bénéficié des découvertes qui ont réformé les théories anciennement adoptées sur l'origine de la phthisie. Aussi importe-t-il d'établir, dès l'abord, ce que nous entendons désigner sous le titre de « Foie chez les tuberculeux ».

L'extension du trouble local, qui est à l'origine de toute maladie et la constitue, se fait suivant deux modes : *anatomiquement* la lésion initiale se propage par continuité ou par sauts sur divers points de l'organisme; *physiologiquement* elle éprouve les autres appareils, par la perturbation fonctionnelle qui lui est inhérente et dont ceux-ci sont solidaires.

Dans le cas particulier de la tuberculose, il en est de même. Les tubercules, localisés primitivement dans les poumons, par exemple, d'un côté, envahiront le parenchyme hépatique, et de l'autre, par la gêne que ressentent de leur présence la respiration et l'hématose, modifieront par contre-coup les conditions fonctionnelles du foie et consécutivement y engendreront des lésions.

Or, si l'on peut appliquer la dénomination de « tuberculose du foie » aux résultats de la propagation morbide qui s'est faite suivant le premier mode, on comprendra l'atteinte de la glande par l'un et l'autre processus, dans l'expression plus générale que nous avons choisie.

Le but que nous nous proposons est donc d'exposer l'état des connaissances actuellement acquises sur ce sujet, de les coordonner et de synthétiser les conceptions qu'elles autorisent.

I

HISTORIQUE. — La lésion du foie chez les tuberculeux, qui attira, tout d'abord, l'attention des observateurs, fut la dégénérescence graisseuse. La grande fréquence de cette lésion dans la phthisie la fit considérer comme propre à cette affection. Pour Andral (1) « presque tous les cas de dégénérescence graisseuse du foie se voient chez des phthisiques ». Louis (2) trouve que la transformation graisseuse du foie se rencontre dans un tiers des cas. Cruveilhier dit que la transformation graisseuse est fréquente dans la tuberculose pulmonaire, et s'étonne de l'affinité de cette altération avec la phthisie (3). Dans cette première période de l'historique que nous esquissons, si l'on est frappé de la fréquence de la stéatose du foie, on remarque, en même temps, la rareté des tubercules. Lebert (4) rapporte que Louis, sur 120 autopsies de tuberculeux, n'a observé que 2 cas de tubercules du foie. Cruveilhier remarque aussi que les granulations tuberculeuses du foie sont rares. Elles ne l'envahissent qu'alors que la maladie est déjà parvenue à un stade avancé. Rilliet et Barthez (5) ne trouvent que 71 fois des tubercules du foie, sur 312 cas, Willigk (6), dans 476 autopsies de tuberculeux adultes et enfants, rencontre 19 fois seulement le produit morbide.

Ce fut Thaon (7) qui, le premier, montra, qu'en réalité, la tuberculose du foie était beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait cru jusqu'à lui. Des résultats de 200 autopsies, il concluait : que dans la phthisie pulmonaire chronique, quelle que soit la forme de la lésion pulmonaire, on trouve 8 fois sur 10 des granulations miliaires très difficiles à constater à cause de leurs petites dimensions et de leur transparence.

Plus tard, Julius Arnold (8) exagéra cette proportion et

(1) ANDRAL. *Traité d'anatomie pathologique*, 1829.
(2) LOUIS. *Recherches anatomo-pathologiques sur la phthisie*, 1825.
(3) CRUVEILHIER. *Anatomie pathologique générale*, t. III, 1856.
(4) LEBERT. *Physiologie pathologique*, p. 449.
(5) RILLIET et BARTHEZ. *Maladies des enfants*, Paris 1853, t. III, p. 847.
(6) WILLIGK. *Prager Vierteljahrsschrift*, 1853, t. II, p. 2.
(7) THAON. *Bulletin de la Société anatomique*, 1872, p. 512.
(8) J. ARNOLD. *Arch. Virchow*, 1880, t. LXXXII, p. 377.

déclara que l'on trouvait des tubercules dans le foie, chez tous les individus morts de tuberculose.

En même temps que ces notions relatives à la tuberculose hépatique se rectifiaient, on complétait l'histoire de la dégénérescence graisseuse, chez les phthisiques, et l'on découvrait aussi des lésions de sclérose, dans les foies des phthisiques. En 1881, M. Hutinel (1) publie quatre observations de malades alcooliques devenus tuberculeux et succombant en peu de temps avec des symptômes d'ictère grave subaigu : l'autopsie montrait dans tous ces cas des foies gras cirrhotiques. Il établit, sur ces données, l'existence d'une forme bien définie, que de nouvelles observations ne tardèrent pas à confirmer. M. Sabourin (2) décrit, la même année, une cirrhose qu'il appelle hypertrophique graisseuse, qu'on observe communément chez des tuberculeux, mais à l'étiologie de laquelle, cependant, l'alcoolisme prend une part prépondérante. Depuis, MM. Mathieu (3), Mercklen (4), Talamon (5), Hayem et Giraudeau (6), Bellangé (7), Gilson (8), complètent la question, aux points de vue anatomique et clinique, attribuant à la genèse de l'affection soit l'alcoolisme, soit la tuberculose, ou admettant une opinion mitigée.

Une dernière période s'ouvre avec les découvertes de M. Villemin et de Koch ; et grâce aux travaux anatomiques et expérimentaux faits à la lumière de la notion nouvelle du bacille de la tuberculose, les divergences antérieures tendent à s'effacer, et alors, en même temps que diminue le rôle des lésions indirectes du foie, autrefois seules considérées, celui du tubercule s'en augmente d'autant. Je citerai sans les analyser plus, car j'aurai occasion de leur faire de fréquents emprunts : les recherches expérimentales de Baumgarten (9), de M. le professeur Cornil (10), de MM. Martin et Ledoux (11), de M. Yersin (12) et de MM. Gilbert et Lion (13) sur la formation du tubercule, le travail de MM. Brissaud et Toupet (14) sur la topographie du néoplasme, la thèse de M. Lauth (15) sur l'action du tubercule comme producteur de cirrhose, le mémoire de MM. Hanot et Lauth (16) sur sa fonction stéatogène.

Maintenant, la cause primordiale des modifications ordinaires du parenchyme et du tissu conjonctif devient le tubercule toujours présent dans le foie des phthisiques, et l'on ne compte plus que des lésions rares à l'actif des altérations de la nutrition et des troubles respiratoires ou circulatoires. Telle est, du moins, l'idée générale qui résulte des travaux contemporains, et cette conception nous paraît assez justifiée pour que nous nous y conformions dans la description.

(1) Hutinel. Etude sur quelques cas de cirrhose avec stéatose du foie, *France médicale*, 1881.

(2) Sabourin. Sur une variété de cirrhose hypertrophique du foie, *Archives de physiologie normale et pathologique*, 1881.

(3) Mathieu. Société anatomique, 1881 et 1884.

(4) Mercklen. *Revue de médecine*, 1882.

(5) Talamon. *Progrès médical*, 1882.

(6) Hayem et Giraudeau. *Gazette hebdomadaire*, 1883.

(7) Bellangé. Thèse de Paris, 1884.

(8) Gilson. Thèse de Paris, 1884.

(9) Baumgarten. Ueber tuberkel und Tuberkulose, *Zeitschr. f. Klin. Med.*, Bd. 9 et 10, 1885.

(10) Cornil. La karyokinèse dans la tuberculose, *Études sur la tuberculose*, 1er fasc., 1887.

(11) Martin et Ledoux. Société de biologie, 1888.

(12) Yersin. *Étude sur le développement du tubercule expérimental*, Paris 1888.

(13) Gilbert et Lion. Société de biologie, novembre 1888.

(14) Brissaud et Toupet. Sur la tuberculose du foie, *Études sur la tuberculose*, 1er fasc., 1887.

(15) Lauth. *Essai sur la cirrhose tuberculeuse*. Thèse de Paris, 1888.

(16) Hanot et Lauth. Sur le foie gras des tuberculeux, *Études sur la tuberculose*, 2e fasc., 1887.

II

Anatomie pathologique ; division. — Sauf dans certains cas relativement rares, l'appareil clinique qui traduit l'altération du foie chez les tuberculeux est peu digne d'attirer l'attention, masqué qu'il est par les manifestations liées à la localisation pulmonaire de la phthisie : aussi, c'est surtout le point de vue anatomo-pathologique qu'il est intéressant de considérer dans cette question, ce qui nous justifiera de lui consacrer d'assez longs développements.

Extrêmement nombreuses sont les variétés morphologiques qu'on rencontre dans les autopsies. Cette diversité résulte des multiples associations des éléments constitutifs essentiels des lésions, dégénérescence graisseuse, dégénérescence amyloïde, néoformations conjonctives, tuberculose.

Parmi celles-ci figure, en première ligne, le tubercule, tant pas sa fréquence que par le rôle qu'il joue dans les productions dégénératives et inflammatoires auxquelles on admet actuellement qu'il préside. Il semblera donc logique, d'élucider tout d'abord les questions qui se rattachent à cette néoformation, — d'où naît le tubercule, comment est-il constitué, où se localise-t-il ? — d'exposer ensuite les lésions qui l'accompagnent, puis les combinaisons de ces altérations entre elles et celles qui s'y surajoutent, puisque c'est à ces combinaisons que répondent, en somme, les différents types de foie qu'on observe chez les tuberculeux, types que nous établirons en dernier lieu faisant ainsi la synthèse des lésions après leur analyse.

III

Tubercules. — Chez l'homme, il était presque impossible de saisir le stade initial du développement du tubercule, et l'on a tenté de combler cette lacune par des études faites sur des animaux.

Cependant, diverses opinions avaient déjà été émises auparavant sur l'origine du tubercule, opinions basées sur la seule observation anatomique. Schüppel (1) pensait que les éléments du tubercule naissent dans l'intérieur des vaisseaux, des globules blancs. Pour Rindfleisch (2) ce sont les dernières ramifications de l'artère hépatique qui sont leurs points d'origine, et c'est pour ce motif qu'ils existent non seulement dans les espaces portes, mais encore dans les acini. Arnold les fait naître des canalicules biliaires. Enfin, on a pensé que les parois de la veine porte et les cellules hépatiques elles-mêmes leur donnaient naissance. En un mot, les divers éléments des espaces portes ont été successivement incriminés par les différents auteurs.

Les expériences, instituées chez les animaux pour résoudre le problème, ont consisté en injections de culture du bacille de la tuberculose, soit dans les veines prises indifféremment (Roux et Nocard, Cornil, Martin et Ledoux, Yersin), soit dans les veines afférentes du foie, en particulier (Gilbert). Dans ces conditions, on pouvait observer, jour par jour, l'envahissement du foie par les produits morbides,

(1) Schuppel. *Archiv der Heilkunde*, 1868, t. IX, p. 524.

(2) Rindfleisch. *Histologie pathologique*, 1873, p. 485.

et par suite les localisations primitives, et mieux la genèse du tubercule, et son développement dans cet organe.

Le premier effet de l'injection des micro-organismes dans le sang est de provoquer la formation d'un petit coagulum de fibrine, coagulum dû sans doute à un arrêt de la circulation du sang dans l'intérieur des vaisseaux. Le ou les bacilles qui se trouvent au centre de ces coagulum, eux-mêmes situés dans les capillaires près des espaces portes, ne tardent pas à se multiplier durant cinq à sept jours sans provoquer encore aucune réaction de la part de l'organe.

Bientôt des cellules migratrices (phagocytes de Metchnikoff) entourent les colonies bacillaires, et sont elles-mêmes envahies par les bacilles, sous l'influence desquels elles se modifient et prennent l'aspect de cellules épithéliales. D'autres phagocytes succombent dans la lutte et sont détruits par les bacilles, mais ils sont aussitôt remplacés par de nouvelles cellules. Celles-ci reviennent à la charge et comme avec une nouvelle tactique; elles se massent en demi-cercle auprès de la colonie de bacilles et provoquent la rétraction de la fibrine et la délimitation nette du détritus granuleux, dans lequel se trouve la colonie; en un mot, la cellule géante est formée (Yersin).

Les autres éléments de l'organe ne tardent pas à ressentir l'influence de ces altérations et vont concourir à la formation du tubercule : les cellules endothéliales du vaisseau, les cellules hépatiques elles-mêmes entrent en karyokinèse, et les nodules tuberculeux sont ainsi constitués. Ils offrent alors au microscope un aspect typique : cellule géante au centre, cellules épithélioïdes se colorant mal par le carmin vers la périphérie, cellules embryonnaires figurant une dernière enceinte.

Tels apparaissent, dans le foie, les follicules tuberculeux isolés : ils s'agglomèrent le plus souvent en petits groupes et figurent des nodules dans lesquels on retrouve, cependant, les unités folliculaires bien que les ceintures cellulaires soient confondues.

Quelle est maintenant la topographie des granulations? Elle semble assujettie à de certaines lois que MM. Brissaud et Toupet ont bien mises en évidence. La distribution de la lésion se fait identiquement dans chaque cas envisagé individuellement. Ainsi, quelle que soit la partie du parenchyme hépatique envahie : espace porte, zone lobulaire, la même partie sera uniformément intéressée dans le même foie; bien plus, au cas le plus ordinaire où ce sont des ramifications de la capsule de Glisson, qui se trouvent lésées, ce sont des subdivisions du même ordre qui sont attaquées.

Les granulations siègent le plus souvent dans l'espace porte sous-lobulaire, d'autres fois elles occupent les espaces portes plus importants; elles se rencontrent aussi dans les parties du lobule qui avoisinent ces espaces, sans que ceux-ci participent à la lésion; enfin, elles peuvent s'observer au milieu même du lobule. Ces dispositions souvent se combinent, et l'on note alors une dissémination des granulations dans les lobules, dans les espaces portes et sur le trajet du réseau sus-hépatique. Une place à part doit être réservée aux tubercules qui se localisent sur les voies biliaires et qui ont été étudiés spécialement par M. Sabourin.

Envisagé au point de vue de son évolution, le follicule tuberculeux du foie reste d'habitude à l'état adulte, et s'accroît par sa fusion avec des follicules voisins. Mais dans des cas plus rares, il subit soit la transformation fibreuse ou fibro-calcaire, soit la dégénérescence caséeuse, ainsi que j'ai pu en observer moi-même un exemple (1). La caséification et la caverne appartiennent, en propre, à la tuberculose des voies biliaires, et M. Toupet a fourni, récemment, des faits de ce genre, particulièrement démonstratifs.

Malgré cette apparence uniforme du tubercule considéré au point de vue histologique, le seul possible, du reste, dans nombre de faits où la lésion spécifique échappe à l'investigation macroscopique, ce qui explique, soit dit en passant, l'opinion des anciens auteurs sur la rareté des tubercules dans le foie des phthisiques, les aspects qu'on observe à l'œil nu sont très différents.

Tantôt, tout l'organe est envahi par les granulations invisibles macroscopiquement, et c'est à ces cas que nous venons de faire allusion, tantôt les néoformations ont l'apparence de petits grains hyalins, encore difficiles à voir; on les note encore sous l'aspect de petits nodules, enfin, quelquefois, ils se montrent sous forme de gros noyaux caséeux, ressemblant à s'y méprendre à des gommes syphilitiques.

L'aspect le plus ordinaire, celui que présente habituellement la granulation dans le foie du phthisique vulgaire, est la forme de *granulation miliaire* accessible à la vue, sinon au toucher, et discrètement disséminée dans un parenchyme altéré.

IV

Stéatose. — La stéatose occupe incontestablement le premier rang parmi les lésions parenchymateuses que l'on rencontre dans le foie chez les tuberculeux. Cette fréquente coïncidence de l'état gras du foie avec la tuberculisation pulmonaire a été remarquée depuis longtemps et a donné lieu à des interprétations nombreuses, que nous aurons ultérieurement occasion d'examiner, mais l'intérêt de cette altération a surtout été mis en valeur tout récemment par MM. Hanot et Lauth.

Dans la plupart des foies de tuberculeux, on trouve de la graisse. Certains paraissent, il est vrai, normaux à l'œil nu, mais l'examen microscopique y décèle des cellules graisseuses; depuis ce degré le plus minime de la lésion, jusqu'au degré ultime où l'organe volumineux, à teinte jaune uniforme, a subi une complète transformation, on peut observer tous les intermédiaires.

L'examen macroscopique montre des apparences variées de la lésion : le foie peut se présenter avec une teinte jaune d'ocre uniforme ou plus accusée en certains points, ou bien avec une teinte brunâtre. Souvent ces deux teintes se mélangent, soit que des îlots jaunes s'encadrent d'anneaux bruns, ou réciproquement. Mais, en tous ces cas, l'examen à l'œil nu est insuffisant, car non seulement il ne renseigne pas sur la distribution de la graisse, mais de plus, on ne peut, grâce à ses seules données, affirmer l'existence de la stéatose; des apparences analogues étant quelquefois sous la dépendance de lésions différentes, telles que l'anémie, l'infiltration tuberculeuse ou biliaire.

Au microscope, il suffit d'un faible grossissement pour déceler la présence de la graisse qui se montre sous forme de grosses gouttelettes infiltrant les éléments cellulaires et leur communiquant une réfringence particulière qui les différencie nettement des cellules saines. D'après MM. Hanot et Lauth, on trouverait rarement de fines gouttelettes graisseuses, et l'on observerait communément la conservation du noyau fortement colorable par les réactifs, caractères

(1) P. Blocq. Société anatomique, 1885.

suffisants, d'après ces auteurs, pour admettre qu'il s'agit là d'une simple infiltration, d'un dépôt de substance grasse, et non d'une dégénérescence, d'une altération protoplasmique vraie. Nous verrons ultérieurement, lorsque nous aurons à interpréter cette lésion au point de vue pathogénique, quelle est l'importance de cette différenciation, que le professeur Kelsch croit de peu de valeur.

Au point de vue de la disposition générale de la graisse, il arrive là ce que nous avons vu être la règle pour la localisation des tubercules, et l'on peut appliquer, à cette topographie, la loi qu'ont proclamée MM. Brissaud et Toupet pour les granulations. La graisse présente de grandes variétés dans sa distribution, dans les différents cas, mais dans chaque cas en particulier, les dépôts gras se font de la même façon, d'où une unité d'aspect remarquable dans toutes les coupes provenant du même foie.

En tous les cas, la lésion se localise plus précisément autour des tubercules et autour des espaces portes (Hanot et Lauth). Dans les foies qui contiennent peu de tubercules et où le parenchyme est relativement sain, apparaît bien évidemment cette action d'appel du tubercule sur la graisse. MM. Hanot et Lauth seraient même tentés de décrire au tubercule du foie, après les zones centrale, épithélioïde et embryonnaire, une quatrième zone qui serait la zone graisseuse.

Diverses figures de leurs coupes mettent cette systématisation en évidence, soit que seules les cellules les plus voisines du tubercule soient surchargées de graisse, soit que quelques parties périphériques du néoplasme se montrent infiltrées.

Dans les cas où l'infiltration graisseuse est prédominante et où on ne trouve guère que de rares tubercules en multipliant les coupes, cas qui appartiennent à la catégorie des foies gras à tubercules négligeables, et que MM. Hanot et Lauth ont rencontrés huit fois sur trente-trois examens, la graisse est alors localisée dans le système porte et, selon son abondance, présente un certain nombre de variétés, dont, avec ces auteurs, on peut décrire trois types.

Dans une première catégorie de faits, la quantité de graisse, réduite à son minimum, revêt l'aspect de très fines trabécules fortement réfringentes, qui suivent les diverses ramifications de la veine porte ; elle abonde surtout au niveau des espaces et entoure presque les lobules.

L'augmentation de la quantité de graisse caractérise un deuxième type, dans lequel il existe des parties presque égales de substance hépatique, saine et infiltrée ; les figures de MM. Hanot et Lauth, qui représentent la coupe d'un foie de cette catégorie, sont très saisissantes et permettent de se rendre un compte exact de la vérité de leur assertion sur la topographie de l'infiltration graisseuse.

Enfin, dans un troisième type, le parenchyme entier est envahi, sauf peut-être quelques cellules des zones sus-hépatiques, et, dans ce dernier cas, toute tentative de localisation est vaine.

V

Cirrhose. — Quoique la coexistence de la cirrhose du foie et de la tuberculose pulmonaire ait frappé nombre d'observateurs, ce n'est que tout récemment qu'on a fait intervenir la tuberculose, comme cause efficiente de cirrhose hépatique, et après Frænkel (1), Ziegler (2), MM. Brissaud et Toupet (1), Moore (2) et Pitt (3), qui ont publié des faits, M. Lauth (4) a établi et défendu cette interprétation, que la tuberculose engendrait fréquemment la cirrhose du foie et la réalisait ordinairement sous forme de cirrhose hypertrophique graisseuse, appliquant à cette affection, en particulier, la conception générale sur la nature infectieuse des cirrhoses graisseuses, que j'ai formulée dans un travail qui m'est commun avec M. H. Gillet (5).

Voici quelles sont, d'après M. Lauth, les altérations cirrhotiques que l'on peut rencontrer dans le foie des tuberculeux.

La cirrhose, qu'on observe dans certains de ces foies, n'offre rien de spécifique à proprement parler. Au début d'inflammations du foie, dépendantes de causes diverses, on retrouve des lésions assez semblables à celles par lesquelles elle se manifeste : c'est-à-dire une infiltration embryonnaire siégeant dans les espaces portes et s'insinuant plus ou moins entre les cellules du lobule ; ce sont ces mêmes lésions qui marquent le début de la cirrhose alcoolique du foie, d'après les recherches expérimentales que j'ai entreprises à ce sujet, avec M. le professeur Straus (6).

Cependant la cirrhose des tuberculeux ne tarde pas à se différencier sensiblement : la cirrhose est insulaire, elle est diffuse, le processus en est aigu. Partant des espaces portes, elle s'étend en îlots, s'accroissant en surface aux dépens du parenchyme voisin ; de ces îlots, irradient des travées irrégulières qui rejoignent les îlots voisins et des fibrilles qui pénètrent dans le lobule ; de nombreux éléments embryonnaires sillonnent le tissu conjonctif (Lauth).

Ces caractères différentiels tireraient leur importance de la topographie des lésions plutôt que de l'acuité du processus. De plus, la cirrhose serait toujours graisseuse. Certes s'il n'est pas inadmissible d'admettre les vues de M. Lauth sur la nature de la cirrhose des tuberculeux, les conceptions de cet observateur sont encore sujettes à des objections dont il n'a pas oublié de faire mention : absence de tubercules assez nombreux pour expliquer la diffusion de l'inflammation, rareté des bacilles dans le tissu conjonctif de nouvelle formation. Mais le bacille peut, ici comme ailleurs, susciter une réaction franchement inflammatoire et non spécifique, et, d'autre part, il est extrêmement difficile à colorer dans le foie humain. Les faits expérimentaux confirment très heureusement l'hypothèse précitée, car dans les expériences d'injection intra-veineuse de bacilles tuberculeux auxquelles nous avons fait allusion, on a constaté ordinairement des lésions de sclérose interstitielle occupant les espaces portes.

Ainsi la tuberculose déterminerait fréquemment des lésions cirrhotiques spéciales, très différentes des altérations caractéristiques de la cirrhose atrophique. Mais, la cirrhose multilobulaire, elle aussi, ne pourrait-elle pas, dans certains cas, ressortir à la tuberculose ? M. Lauth pose cette question à l'occasion d'une observation de cirrhose

(1) Frænkel. *Zeitschr. f. Klin. med. Journ.*, vol. V, 1882.

(2) Ziegler. *Traité d'anatomie pathologique*, Iéna 1887.

(1) Brissaud et Toupet. Loc. cit.

(2) Moore. *Med. Times*, 1881.

(3) Pitt. *Med. Times*, 1885.

(4) Lauth. Loc. cit.

(5) P. Blocq et H. Gillet. Des cirrhoses graisseuses considérées comme hépatites infectieuses, *Archives de médecine*, 1888. — Ce travail, terminé en février 1887, n'a été publié que postérieurement à la thèse de mon ami Lauth, qui, par suite, n'a pu en avoir connaissance.

(6) Straus et P. Blocq. Étude expérimentale sur la cirrhose alcoolique du foie, *Archives de physiologie*, 1887.

atrophique, sans étiologie alcoolique nette, chez un tuberculeux. Nous ne nous attarderons pas à discuter cette hypothèse, amplification sinon exagération de la conception de l'auteur, conception que nous acceptons dans les seules limites que nous avons définies.

VI

Altération muscade. — La lésion à laquelle on a donné le nom de *foie noix de muscade* peut se rencontrer chez les tuberculeux, mais elle est assez rare à la vérité dans les cas vulgaires. C'est, on le conçoit, lorsque les troubles pulmonaires ont retenti sur l'organe de la circulation, que le foie reçoit le contre-coup de ces désordres, toujours par conséquent dans la tuberculose chronique.

L'altération existe rarement à l'état de simplicité, et coexiste ordinairement avec l'une ou l'autre des manifestations que nous avons étudiées ; elle ne présente pas, en dehors de cette association, de signes qui lui soient propres, et, par suite, ne nous paraît mériter ici qu'une simple mention.

VII

Dégénérescence amyloïde. — C'est surtout au cours des manifestations osseuses de la tuberculose, que l'on rencontre la dégénérescence amyloïde qui se montre peu fréquemment dans la phthisie pulmonaire franche : c'est dans les cas de mal de Pott, de coxalgie, ou autres tumeurs blanches, qu'on la note le plus souvent, de sorte qu'elle paraît avoir plus de rapport avec les suppurations prolongées, causées par les tubercules, qu'avec les tubercules eux-mêmes.

Elle s'associe ordinairement à la stéatose et ne revêt pas, dans les cas de tuberculose, des caractères particuliers. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'insister ici longuement sur cette dégénérescence. On sait que cette altération consiste dans l'infiltration des cellules hépatiques, par une substance spéciale translucide, réfringente, qui possède la propriété de fixer l'iode et de se colorer en brun-acajou, par une solution iodée peu concentrée. Les éléments cellulaires se transforment en de petites masses polyédriques à angles mousses, qui perdent non seulement leur forme, mais encore leur structure normale et ne possèdent plus ni noyau, ni granulations, ni matière glycogène. C'est par les vaisseaux que commence la dégénérescence, et, en particulier, par les artères hépatiques et par les capillaires des îlots. Ils se transforment en canaux rigides et à parois réfringentes, leurs cellules endothéliales et musculaires étant infiltrées par la substance amyloïde. Les cellules hépatiques les plus proches de ces vaisseaux ne tardent pas à être envahies par le processus, qui quelquefois atteint seulement les vaisseaux.

Macroscopiquement, le foie amyloïde diffère peu du foie gras ; il est grisâtre ou cireux par places, ses bords sont mousses, son volume un peu augmenté, sa consistance pâteuse. Si l'on en fait des coupes, on y observe des parties presque translucides. Toutefois, ce n'est guère qu'avec l'aide des réactions colorantes qu'on décèle cette lésion sur la table d'amphithéâtre, et comme nous avons eu soin de le faire observer, elle ne diffère par aucun de ses caractères, dans le cas de tuberculose, de ceux qu'elle offre au cours des autres affections où elle apparaît. Dans la tuberculose elle-même, son histoire pathogénique est encore obscure, car on ignore la raison pour laquelle cette dégénérescence accompagne plutôt certaines formes de localisations osseuses que les localisations pulmonaires.

VIII

Associations des lésions ; différents types de foie qu'on rencontre chez les tuberculeux. — Ayant reconnu la grande complexité des altérations du foie chez les tuberculeux, nous avons, pour en faciliter l'exposé, abstrait, pour ainsi dire, chaque lésion, en la considérant volontairement comme isolée, mais ce n'était là qu'une vue schématique, et nous devons montrer maintenant comment ces lésions s'associent et se combinent dans les cas les plus fréquents, car elles sont rarement simples dans la réalité.

Il peut arriver cependant que le foie soit seulement tuberculeux, les granulations étant semées dans un parenchyme sain : de même existe-t-il aussi des foies dont la dégénérescence graisseuse est l'unique lésion. Mais, le plus ordinairement, on trouve des altérations complexes. C'est tout d'abord le foie gras tuberculeux, dans lequel les tubercules sont disséminés dans un parenchyme stéatosé, c'est là la forme que l'on rencontre chez le tuberculeux vulgaire qui succombe lentement à sa phthisie.

Les granulations peuvent siéger aussi dans un foie scléreux, ou dans un foie muscade. La stéatose s'accompagne assez souvent de cirrhose, comme dans les formes de cirrhoses graisseuses, étudiées par M. Hutinel. Il n'est pas rare non plus que coexistent dans le même foie les dégénérescences amyloïde et graisseuse. Enfin, les lésions peuvent présenter une plus grande complexité encore, et le même foie peut être à la fois gras, tuberculeux et cirrhotique. Entre les cas où les altérations sont simples, et ceux auxquels nous venons de faire allusion, on rencontre tous les intermédiaires.

Il est permis, toutefois, de considérer un certain nombre de types auxquels se rattacheraient les multiples variétés qui ne peuvent trouver place dans une description. A cet égard nous pensons qu'il est possible d'établir les types suivants :

Foie des tuberculeux.	Formes ordinaires. *Lésions directes spécifiques.*	Foie tuberculeux.	Tubercules nombreux (Granulique).	
			— massifs	hépatiques. biliaires.
			— discrets.	
		Foie gras.	Avec tubercules.	
			Avec cirrhose.	
			Sans tubercules.	
	Formes rares. *Lésions indirectes banales.*	Foie muscade.		
		Foie amyloïde.		

Quoique nous ne proposions cette division qu'à un point de vue didactique, nous espérons pouvoir la justifier ultérieurement au point de vue pathogénique. Nous ne nous attarderons pas à décrire les deux derniers de ces types : foie amyloïde et foie muscade, qui ne méritent cette qualité que dans les rares cas où leurs altérations caractéristiques prédominent, nous ne voulons pas dire existent seules.

Au sujet des autres formes, nous ferons d'abord remarquer que le foie tuberculeux et le foie gras sans tubercules constituent comme les deux types extrêmes de la série, entre lesquels sont inclues des variétés intermédiaires. Cha-

cune de ces formes demande une description sommaire :

A. *Foie à tubercules nombreux.* — Ce type se rencontre chez les individus qui succombent à une tuberculose miliaire aiguë, ou à des accidents aigus terminaux, mais en particulier chez l'enfant dans la granulie. Les granulations sont extrêmement nombreuses, et constituent une véritable infiltration de toute la glande. Elles peuvent être difficiles à voir à l'œil nu, mais cependant on les voit le plus souvent sous forme de petites granulations, faisant légèrement saillie sous la capsule de Glisson, et ainsi accessibles au toucher, et apparaissant dans les coupes comme de petits points hyalins.

B. *Foie à tubercules massifs.* — Il existe deux catégories de ces foies, selon que les néoplasmes dépendent des voies biliaires ou sont hépatiques. Ce dernier cas est assez rare, et présente un aspect caractéristique. Les granulations, augmentées considérablement de volume, sont devenues opaques. On en rencontre seulement quelques-unes, siégeant à la superficie du foie, du volume d'un pois à celui d'une noix, formant des tumeurs arrondies formées d'une substance caséeuse, se fondant ordinairement avec le tissu hépatique dans lequel elles sont enclavées. Ces tumeurs sont très difficiles à distinguer des gommes, dont on ne pourrait guère les différencier que par la présence des bacilles spécifiques. Le foie peut être, mais est rarement sain ; ses altérations concomitantes sont la stéatose, et aussi l'infiltration tuberculeuse commune. Toutefois, cette forme de tuberculose hépatique se sépare assez nettement des autres pour permettre d'établir un type à part.

La tuberculose biliaire, que nous en rapprochons en raison du caractère des granulations qui arrivent dans ces circonstances à la caséification et à la caverne (Toupet), est également assez rare, surtout chez l'adulte, et présente des caractères spéciaux (kystes, cavernes), qui ont été, de la part de M. Sabourin (1), l'objet d'un mémoire très complet. Elle existe rarement seule et s'accompagne de l'une des formes que nous décrivons.

C. *Foie à tubercules discrets.* — Cette forme est assez commune chez le phthisique ordinaire. On trouve seulement de rares granulations miliaires qui ne sont quelquefois décelées que par des coupes multipliées et par l'emploi du microscope.

D. *Foie gras tuberculeux.* — Si les granulations de la forme précédente, au lieu d'être disséminées dans un tissu normal, se trouvent dans un tissu graisseux, le foie gras tuberculeux est constitué. C'est là le type de foie qu'on rencontre le plus souvent dans les autopsies, il comprend près de la moitié des foies de tuberculeux. L'organe est légèrement augmenté de volume, a conservé sa forme; il est de couleur pâle ou fauve, graisse le couteau à la coupe. Les granulations y présentent les caractères que nous leur avons assignés dans la forme précédente.

E. *Foie gras cirrhotique.* — Ce type répond à l'une des variétés d'hépatites, décrites jusqu'alors sous le nom commun de cirrhoses graisseuses, et que M. Lauth a différenciée sous la dénomination de cirrhose tuberculeuse. Il s'agit donc de la forme anatomique, connue sous le nom de cirrhose hypertrophique graisseuse. Le foie est hypertrophié, pâteux, jaune d'ocre, onctueux, tranchant. L'examen histologique montre la transformation de la plupart des cellules hépatiques, en vésicules graisseuses, et une cirrhose insulaire et diffuse. On y peut trouver quelques tubercules miliaires, et, dans un cas, Babès y a coloré des bacilles de Koch.

F. *Foie gras sans tubercules.* — Dans cette classe se rangent les cas plus spécialement décrits par MM. Hanot et Lauth, dans lesquels les foies gras n'ont pas de tubercules ou n'en contiennent que très peu. La graisse est plus ou moins abondante et surtout localisée autour des espaces portes, lesquels présentent constamment des lésions inflammatoires, caractérisées par des infiltrations de cellules embryonnaires, disposées soit en traînées, soit en amas.

(1) Sabourin. *Archives de physiologie*, 3e série, t. II, 1883.

IX

Étiologie ; pathogénie. — Deux ordres d'influences régissent les lésions que nous venons d'exposer : celle de l'élément infectieux, celle des troubles généraux de la nutrition.

De même que M. Roger (1) a bien démontré le rôle protecteur que jouait le foie vis-à-vis de l'organisme à l'égard des poisons, ainsi Weigert (2), puis Gilbert (3), ont également pu mettre en lumière l'analogue fonction de cette glande vis-à-vis des bacilles. Aussi s'explique-t-on la fréquence et l'abondance des tubercules du foie chez les tuberculeux.

Le bacille survivrait rarement, cependant, du moins chez l'homme, aux lésions qu'il a déterminées, si l'on s'en rapporte aux recherches qu'ont faites MM. Toupet et Brissaud dans cette direction. Le diagnostic anatomo-pathologique de la tuberculose hépatique chez l'homme, disent-ils, ne peut avoir pour critérium la présence du bacille de Koch (1). Jusqu'à ce jour, en effet, les procédés de coloration n'ont fourni que des renseignements à peu près nuls. Il est vraisemblable que la bile humaine annihile l'affinité du bacille pour les matières colorantes ordinairement employées. M. Lauth a cependant été plus heureux, et, dans la plupart de ses examens, est arrivé, à l'aide d'un procédé particulier, à colorer de rares organismes dans des foies tuberculeux humains.

Cette prédisposition à l'infection dont le foie est redevable et à cette fonction que nous venons de signaler, et à ses relations anatomiques avec une veine qui charrie constamment les substances infectieuses ou toxiques mélangées aux aliments, n'a pas semblé suffisante à certains auteurs qui supposent, en outre, que la tendance qu'a la tuberculose à évoluer dans le foie, est aussi attribuable à une *susceptibilité* spéciale de cet organe.

Quoi qu'il en soit, le rôle de l'élément infectieux n'en est pas moins facile à concevoir, sinon à interpréter, dans le détail des altérations.

Les troubles respiratoires, entraînant mécaniquement la gêne de la circulation, détermineront par cet intermédiaire les lésions qu'on est habitué à rencontrer dans le foie, lors des affections cardiaques, quelles qu'en soient les origines.

Quant aux altérations générales de la nutrition, leurs conséquences méritent actuellement la discussion, et c'est seulement après avoir étudié, au point de vue pathogénique, les lésions revendiquées par le tubercule, que nous pourrons examiner utilement ce qui reste à leur actif.

Avant que d'entrer dans le détail de cette étude, il ne sera

(1) Roger. *Action du foie sur les poisons.* Thèse de Paris, 1889.
(2) Weigert. Ueber Wenentüberkal und ihre Beziehungen zur Tuberkulösen Blutinfection, *Virch. Archiv*, 1882.
(3) Gilbert. Loc. cit.

pas sans intérêt de savoir si les différentes localisations de la tuberculose dans l'organisme retentissent diversement sur le parenchyme hépatique.

Tout d'abord, d'une façon générale, le foie échappe plus rarement à l'infection que tout autre organe, lors d'une tuberculose localisée. C'est ainsi qu'à l'autopsie d'une tuberculose pulmonaire, tous les organes pourront ne pas être atteints, alors que seul le foie contiendra des tubercules.

La tuberculose *pulmonaire* retentit habituellement sur le foie, mais non toujours de même, et l'on peut observer, dans les autopsies de ce genre, les différents types que nous avons décrits.

La tuberculose *intestinale* et *péritonéale* s'accompagne toujours de lésions hépatiques, qui revêtiraient particulièrement la forme scléreuse.

Les localisations *génito-urinaires* ne sont pas suivies d'altérations du foie avec la même constance, mais on a souvent noté dans ces cas des granulations discrètes.

La tuberculose *osseuse* monopolise presque la dégénérescence amyloïde du foie, qui apparaît presque uniquement dans les cas de cette catégorie.

Ce sont là des constatations et non des interprétations, ainsi va-t-il en être, maintenant que nous abordons la pathogénie plus intime des lésions.

Pour tout ce qui a trait au *tubercule*, nous ne pouvons guère, à cet égard, que poser les questions sans les résoudre. Pourquoi, ici, la granulation miliaire? pourquoi, là, le tubercule massif, dans des circonstances en apparence similaires? Pourquoi la lésion tuberculeuse est-elle, dans chaque cas envisagé individuellement, identique à elle-même? A quelle loi obéit la localisation de la tuberculose dans chaque cas particulier?

Quant à la *stéatose* du foie, qu'on rencontre si souvent dans les cas de phthisie, sa genèse a été expliquée de diverses façons. On avait été frappé du contraste qui existe, dans ces circonstances, entre cette accumulation de graisse au sein du parenchyme hépatique, et l'émaciation de tous les autres tissus.

Andral, avec beaucoup d'auteurs, pensait que la raison en devait être cherchée dans les troubles de la respiration et dans l'oxydation incomplète des hydrocarbures et des graisses. La phthisie pulmonaire, dans cette hypothèse, ne jouerait guère que le rôle de *cause* occasionnelle, en tant qu'affection de l'appareil respiratoire. W. Begbie a fait justement observer, à l'encontre de cette théorie, que la stéatose hépatique ne se retrouve pas avec la même fréquence dans les autres maladies de poitrine : asthme, emphysème, dilatation des bronches, qui, elles aussi, modifient très notablement les conditions de l'hématose.

Pour Rindfleich, la graisse serait résorbée dans le sang pour subvenir aux frais de la consomption; c'est également l'opinion de Frerichs.

Cruveilhier avait pensé que la tuberculose des ganglions du hile du foie jouait un rôle prédominant dans la genèse de cette altération, en comprimant les vaisseaux et en déterminant ainsi une atrophie de l'organe, dont l'adipose serait le dernier terme.

M. Rendu, dans son remarquable article du *Dictionnaire encyclopédique* (1), admet une opinion éclectique : d'une part la dénutrition rapide entraîne la résorption de la graisse des tissus dans le sang et amène une surcharge adipeuse du foie; d'autre part, l'altération du sang lui-même détermine l'atteinte directe de l'élément cellulaire. Il existerait, suivant cet avis, une infiltration en même temps qu'une dégénérescence des cellules hépatiques.

(1) Rendu. *Dictionnaire encyclopédique*, 4e série, t. III, p. 162.

Jusque-là, on attribue la lésion à une influence banale, au retentissement sur le foie du trouble général de la nutrition, MM. Hanot et Lauth cherchent à faire valoir cette théorie que c'est l'élément infectieux lui-même qui est en cause, et détermine directement la stéatose, sans l'intermédiaire des altérations pulmonaires ou nutritives qu'il occasionne.

Ces auteurs basent leur conception sur les données suivantes : l'examen d'un grand nombre de foies, pris parmi les maladies qui semblent réunir les conditions les plus favorables au développement du foie gras : alcoolisme, cardiopathies, fièvre typhoïde, montre que la graisse n'y présente jamais l'abondance et la disposition que l'on trouve dans le foie des tuberculeux; par suite, ni les troubles de l'hématose, ni la cachexie, ni les processus infectieux généraux ne sont des causes immanquables de stéatose hépatique, et ces troubles n'interviennent pas dans la production de cette lésion chez les tuberculeux. D'autre part, la constance de la graisse hépatique chez les phthisiques, en même temps que la localisation de cette graisse autour des tubercules, plaident également en faveur de l'action stéatogène de la granulation, action directe des bacilles sur la cellule hépatique, ou action indirecte d'une ptomaïne que ces organismes sécréteraient.

Ces conclusions étayées de tels arguments semblent trancher définitivement un problème jusque-là complexe, et séduisent par leur évidente simplicité. Aussi bien ne leur pourrait-on reprocher qu'un certain exclusivisme dont, au surplus, la discussion ne serait pas de mise au point de vue tout particulier que nous considérons.

La *cirrhose* du foie chez les tuberculeux reconnaîtrait aussi pour origine une irritation spécifique, les expériences de MM. H. Martin et Ledoux-Lebard sont absolument démonstratives à cet égard, et confirment sur ce point l'induction proposée par M. Lauth, dans le travail dont nous avons parlé. Il s'agit d'un processus irritatif, déterminé par les bacilles eux-mêmes ou par leurs produits.

Mais il peut arriver, et il arrive dans la réalité, que l'infection tuberculeuse se produise chez un foie déjà malade, et il sera alors difficile de distinguer ce qui, dans l'hépatite, est attribuable à l'une et à l'autre affection.

Quant à l'*altération muscade*, elle reconnaît pour cause, ici comme dans les autres cas où elle se rencontre, des phénomènes congestifs. Ceux-ci sont eux-mêmes sous la dépendance des troubles vasculaires occasionnés par l'atteinte de l'appareil respiratoire que réalise la localisation pulmonaire de la phthisie.

Nous sommes moins renseignés sur la genèse de la *dégénérescence amyloïde*. On sait, cependant, que cette altération n'appartient pas en propre à la tuberculose, et qu'elle apparaît au cours de diverses maladies infectieuses.

Rappelons que MM. Bouchard et Charrin (1) ont obtenu expérimentalement la dégénérescence amyloïde du rein, dans deux circonstances très différentes : affection pyocyanique sans suppuration, et tuberculose avec suppuration.

(1) Bouchard et Charrin. Dégénérescence amyloïde expérimentale, Société de biologie, 13 octobre 1888.

La condition pathogénique commune paraît résider dans la longue durée de l'infection.

En somme, comme nous l'avait fait pressentir la division que nous avons adoptée, le foie des tuberculeux peut être doublement atteint, et par des lésions spécifiques, qui se manifestent sous les formes diverses de foies tuberculeux et gras, et par des lésions banales, qui sont le foie muscade et amyloïde; elles correspondent, celles-là à l'extension anatomique, celles-ci au retentissement physiologique du trouble initial.

Il résulte aussi de ces considérations, que le rôle prépondérant revient au tubercule, tant par la fréquence que par la multiplicité des lésions qui en dépendent.

X

Symptomatologie. — Que si les désordres anatomiques sont multiples et intenses, les manifestations cliniques d'ordre hépatique, qui les traduisent, sont le plus souvent effacées, chez les tuberculeux, encore que la fonction intéressée soit des plus importantes. A quoi tient ce contraste d'apparence paradoxale?

On peut invoquer cette explication. D'habitude les symptômes de la phthisie dominent la scène pathologique et masquent ceux de l'hépatite; de plus, l'atteinte du foie, pour être profonde, n'en est pas moins, dans la plupart des cas, lente et surtout tardive, de sorte que l'expression somatique se ressent de la déchéance générale du malade.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'évolution pathologique peut, dans quelques circonstances rares, se manifester par un appareil clinique imposant.

Dans les cas vulgaires, dans la phthisie commune, les seuls signes qu'on remarque sont: une sensibilité anomale, excessive, allant parfois jusqu'à la douleur à la pression et une augmentation de volume de la glande hépatique, quelquefois assez considérable. Encore est-il que ces signes peuvent manquer dans bon nombre de cas, où l'altération hépatique est complètement latente.

C'est la forme anatomique correspondant au type de *foie gras cirrhotique* qui s'accompagne de symptômes notables, lesquels seuls permettent un diagnostic. Des douleurs abdominales signalent le début, elles siègent plus précisément à la région hépatique et sont exagérées par la pression. Le foie est légèrement augmenté de volume, ainsi que la rate. L'abdomen est distendu par une ascite qui, souvent reste peu abondante, d'autres fois, augmente au point de nécessiter la paracentèse. Une teinte subictérique, rarement un ictère franc, est la règle. Les urines sont rares, contiennent peu de sels biliaires et d'albumine. Il peut survenir des hémorrhagies (épistaxis, purpura), et de l'œdème des membres inférieurs.

L'état général est celui d'un ictère grave subaigu : fièvre vive, délire, coma, état typhoïde, ataxo-adynamie.

Parfois, on constate des poussées séparées par des rémissions complètes qu'annoncent de véritables crises de polyurie. Mais l'évolution est rapide et sa terminaison fatale, aussi devra-t-on porter un pronostic fâcheux, à brève échéance, quand chez un tuberculeux, même au début, on verra apparaître des symptômes abdominaux. La durée varie de quelques semaines à deux ou trois mois ; la gravité des symptômes généraux, fièvre, délire, hémorrhagies, indique une évolution rapide.

L'affection ne peut guère être confondue qu'avec la péritonite tuberculeuse, avec laquelle elle coexiste parfois. On pourra distinguer la localisation séreuse, par les caractères de la douleur plus générale dans ce cas et plus vive, par les constatations de la palpation du ventre, si l'ascite n'est pas assez considérable pour gêner cette exploration, enfin, par la fréquence de la diarrhée et l'absence d'ictère.

XI

Traitement. — Il est certain qu'une intervention thérapeutique ne pourra être utile qu'autant qu'elle sera dirigée contre la localisation première de l'agent infectieux ; il ressort cependant de ce qui précède, que le foie chez les tuberculeux a plus à souffrir de l'invasion du parasite, que des altérations nutritives générales, que, d'autre part, l'atteinte de l'organe hépatique est ordinairement profonde et, dans certains cas de troubles pulmonaires, au début, est susceptible d'entraîner par elle-même une terminaison fatale. Par conséquent, il ne semblera pas sans importance, eu égard à ces notions, de préconiser une rigoureuse antisepsie intestinale, seule mesure sur laquelle on puisse fonder quelque espoir, puisque c'est en somme à cette source que le foie puise les éléments de ses altérations.

NOTES CHIRURGICALES

Chirurgie esthétique du nez. — Le nez peut avoir une forme congénitalement désagréable, il peut être déformé par des maladies, par des traumatismes accidentels ou chirurgicaux.

C'est dans ces différentes circonstances, que le chirurgien peut être appelé à donner ou à restituer au nez une forme plus convenable et moins disgracieuse.

Le rôle chirurgical est alors bien différent suivant les cas. M. Daniel Mollière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, vient d'étudier, dans un des derniers numéros du *Lyon médical*, la conduite qu'il faut tenir dans les différentes circonstances. Nous le suivrons pas à pas dans son intéressant mémoire.

Dans l'*acné hypertrophique*, affection qu'on désigne aussi sous le nom d'éléphantiasis du nez, l'opérateur pratique l'ablation de la partie difforme en pelant le nez comme une orange. Nous avons rappelé ici (1) un exemple fort intéressant publié par M. Doubre dans les *Annales de médecine et de pharmacie militaires*. L'hémorrhagie, assez vive pendant l'acte opératoire, cède facilement, l'épidermisation se fait vite et redonne au nez la forme qu'il avait perdue. Cela se comprend du reste : le squelette du nez étant intact forme le moule qui dirige la cicatrisation.

Mais souvent le chirurgien intéresse le squelette nasal ; il s'est trouvé dans la nécessité d'en réséquer une portion. L'ablation effectuée, l'opérateur devra réparer la perte de substance qu'il a créée et combler la brèche. Pour réparer un nez, dit M. Daniel Mollière, il faut se rappeler que, d'après sa figure géométrique, le nez est un *prisme triangulaire* enfoncé dans la face. Ce prisme est décomposable en trois pyramides. Le chirurgien, procédant à une intervention sur le nez, doit pratiquer ses incisions suivant les lignes de décomposition pyramidales du prisme nasal, il arrivera ainsi à enlever d'énormes portions du nez et à réunir les lèvres de la plaie sans avoir recours à des opérations autoplastiques souvent graves ou compliquées. Grâce à ces principes, M. Mollière n'a jamais eu à pratiquer d'autoplastie après l'ablation des néoplasmes du nez.

L'incision de la cloison du nez démontre d'une façon indiscutable qu'elle est la véritable charpente du nez et qu'elle en détermine la forme. Lorsqu'une fracture vient disloquer le squelette du nez, si la cloison est respectée, quelle que soit l'étendue des lésions sur les os propres, la déformation est nulle.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 601.

Quand, à la suite d'un coup ou d'une chute sur le nez, il se produit au-dessous des os propres un sillon manifeste, on dit qu'il y a fracture du nez : le terme est impropre, car il s'agit d'une luxation du cartilage de la cloison sur le vomer. Cette lésion peut se reproduire facilement sur le cadavre en détachant avec un bistouri le cartilage de la cloison du bord antérieur du vomer. Il semble facile, la lésion étant connue, d'y porter un remède efficace, et il vient à l'esprit de chacun de procéder à la réduction des organes luxés, et, à l'aide d'un petit appareil intra-nasal, de maintenir la réduction, jusqu'à formation d'un tissu solide de cicatrice. Le raisonnement est bon et l'idée première parfaite ; mais elle ne peut être transportée dans la pratique.

La muqueuse nasale, créée pour filtrer l'air et signaler la présence des corps étrangers, est absolument intolérante ; et jamais on ne laissera un appareil, plusieurs jours, dans le nez, sans provoquer des accidents. Aussi, M. Mollière proscrit tout appareil intra-nasal, et se borne à appliquer un appareil plâtré externe. Voici comment il faut procéder : introduire dans chaque narine une tige d'ivoire, mousse ; et opérer ainsi la réduction du déplacement par des tractions d'arrière en avant.

Pendant que la réduction est maintenue, on applique, sur le nez, un appareil plâtré. Un nez en tarlatane est taillé, trempé dans le plâtre et appliqué. Cet appareil a la forme des nez de carnaval, il est fixé par un double prolongement frontal, le plâtre, appliqué couche par couche, adhère à la peau et, quand il est durci, il maintient la réduction. Les deux tiges mousses sont alors enlevées et il reste un appareil absolument extra-nasal.

La forme du nez se trouve ainsi aisément conservée, grâce à un appareil simple, et d'une application facile.

Ce résultat et la manière de l'obtenir nous montrent l'importance de la cloison dans la charpente nasale. Aussi M. Mollière rejette-t-il, non sans quelque raison, cette résection qu'on oppose à la déviation congénitale ou accidentelle de la cloison. Sans doute, la résection pare aux accidents incriminés, mais souvent aux dépens d'une déformation consécutive du nez.

Le chirurgien lyonnais préfère disjoindre le cartilage de la cloison d'avec le vomer, à l'aide d'un instrument mousse. Le nez est alors soulevé et maintenu avec un appareil plâtré. Le résultat serait excellent au point de vue fonctionnel, très satisfaisant au point de vue esthétique et, en outre, serait durable. Ce redressement de la cloison constitue une opération bien plus bénigne que les perforations et résections, jusqu'ici recommandées.

En revanche, si le chirurgien veut modifier la forme du nez, il est évident que c'est à la cloison qu'il devra s'attaquer.

Telles sont les idées émises par M. Daniel Mollière dans son mémoire, elles sont, d'ailleurs, bien résumées dans les conclusions qu'il donne :

Si vous voulez vous dispenser de faire des rhinoplasties *à grand fracas*, n'oubliez pas que le nez est un prisme, décomposable en pyramides ;

Si vous voulez après les traumatismes sauver la forme du nez, regardez la cloison, soutenez-la, mais ne mettez rien dans le nez : il ne garde rien, il ne tolère rien ;

Adressez-vous encore à la cloison, si vous êtes obligé de changer la forme de l'organe ;

Mais dans tous les cas n'oublions pas que le meilleur mode de contention, et le seul inoffensif, c'est le bandage plâtré.

De la réunion immédiate dans les plaies chirurgicales de la vessie. — Dans un récent article (1), nous relations ici un fait où le docteur irlandais Kendal Francks obtenait une réunion par première intention de la plaie vésicale d'une taille hypogastrique. Cette réunion, qui réussit si bien dans la fistule vésico-vaginale, nous semblait possible à obtenir pour toute autre solution de continuité de la vessie. C'était, disions-nous, affaire d'antisepsie et de méthode particulière dans l'application des fils de la suture vésicale.

Nous sommes heureux de rapporter, aujourd'hui, trois cas de plaie chirurgicale de la vessie où la réunion immédiate fut recherchée et entièrement obtenue. Ces trois cas appartiennent à M. Lucas-Championnière. Deux fois la vessie a été blessée et largement ouverte dans des opérations faites pour cure radicale de hernie ; dans les deux cas, trois plans de suture perdue ont été faits sur la vessie. Dans l'un, où ces plans avaient été parfaits, la partie vésicale s'est réduite sans accident. Dans le deuxième cas, le troisième plan de suture était moins régulier, il y a eu au bout de quelques jours une fistule urinaire. Après moins de deux semaines, celle-ci était complètement guérie.

Encouragé par ces deux faits, qui permirent la guérison d'une plaie faite à la vessie au cours d'une opération de cure radicale de hernie, M. Lucas-Championnière appliqua la suture à triple étage dans un cas de taille sus-pubienne. Voici le fait résumé. Le 29 mai 1888, M. Lucas-Championnière pratique la taille hypogastrique sur un sujet de quarante-quatre ans, qui disait s'être laissé tomber, dans la vessie, un bout de bois, qui lui servait à se cathétériser l'urèthre. L'opération faite, il ne fut trouvé aucun corps étranger dans la vessie. La plaie vésicale fut refermée par trois plans de suture. *Le malade urinait seul et librement dès le lendemain matin*, aucune sonde n'avait été introduite à demeure et un seul cathétérisme avait été fait le soir de l'opération. Depuis ce jour, le malade a uriné sans difficulté, et est sorti de l'hospice en bon état, vingt jours après l'opération. Depuis, il n'a jamais éprouvé de troubles vésicaux.

Nous avons tenu à faire connaître ce dernier fait, qui nous paraît constituer, en France, un des rares, sinon l'unique cas de succès qui ait suivi la suture vésicale dans la taille sus-pubienne.

A. Ricard.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 72.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 février 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

RAPPORTS

Traitement chirurgical du varicocèle. — **M. Segond** fait un rapport sur une observation, adressée par M. Jamain, dans laquelle il s'agit d'un malade atteint de varicocèle, auquel il a pratiqué avec succès l'opération, par le procédé de M. Guyon, c'est-à-dire la résection unilatérale du scrotum combinée à la résection du faisceau veineux. Ce malade, jeune encore, avait, par suite de son varicocèle, perdu ses facultés génésiques. Ces facultés reparurent après l'opération.

Tout en approuvant la conduite chirurgicale tenue dans ce cas par M. Jamain, M. Segond ajoute que le choix de l'opération doit varier suivant les cas, mais que, chaque fois que cela est possible, il est préférable de se contenter du procédé de Henri (de New-York), c'est-à-dire de la résection pure et simple du scrotum. Il a eu récemment l'occasion de pratiquer cette opération et en a obtenu de très bons résultats. La cicatrisation a été parfaite ; les veines amoindries se sont trouvées soutenues par le scrotum rétréci. C'est là, évidemment, une très bonne opération dans ses résultats et plus bénigne que celle qui consiste à combiner la résection des veines à celle de la peau du scrotum. Toutefois dans le cas qu'a rapporté M. Jamain, cette opération combinée était évidemment préférable.

DISCUSSION

M. Berger, sans nier absolument l'influence de l'opération qu'a pratiquée M. Jamain, sur le retour des facultés génésiques, fait observer que, dans ces cas, bien souvent le manque d'érection est d'origine purement hypochondriaque.

M. Terrier, à l'appui de cette opinion, cite l'exemple d'un malade, auquel il a enlevé un testicule et qui s'est figuré ensuite être devenu impuissant. Sous l'influence des douches et d'un traitement approprié, ses facultés sont revenues, ce qui prouve que

leur suppression était d'origine purement psychique. Il y a également une relation directe entre le varicocèle et les érections douteuses, mais il faut toujours, dans ces cas, tenir compte de l'influence psychique. M. Terrier ajoute que M. Segond paraît attacher au procédé de Henri (de New-York) beaucoup plus d'importance qu'on n'en attache en Amérique. Parmi les chirurgiens américains, celui qui pourrait plutôt passer pour avoir un procédé spécial de cure radicale de varicocèle, serait bien plutôt Keyes (de New-York) ; les cas sont d'ailleurs variables et appellent des indications variables. Quant à M. Terrier, il a toujours pratiqué la ligature du cordon sans avoir jamais eu à constater le moindre incident.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que l'impuissance observée chez les individus atteints de varicocèle tient souvent à la douleur du testicule. Relativement aux différents procédés opératoires, M. Lucas-Championnière rappelle en avoir employé plusieurs, dès 1875, dans le but d'obtenir la cure radicale du varicocèle. Dans beaucoup de cas, il a constaté des récidives et le retour très prompt des douleurs, et il est arrivé à cette conclusion, que la meilleure opération est celle dans laquelle on n'agit pas directement sur les veines, c'est-à-dire la résection simple du scrotum. Il a également employé les procédés de MM. Horteloup, Le Dentu ; mais c'est la résection simple du scrotum, qui lui a toujours donné les meilleurs résultats. M. Lucas-Championnière cite plusieurs observations qui viennent à l'appui de l'opinion qu'il soutient sur la plus grande valeur de la résection du scrotum. Cette opération, d'ailleurs, est loin d'être nouvelle; on la trouve décrite dans Dionis et déjà, à cette époque, elle donnait de bons résultats. Elle en donne encore de meilleurs aujourd'hui depuis l'emploi des méthodes antiseptiques. C'est donc à cette opération que, jusqu'à nouvel ordre, M. Lucas-Championnière donnera la préférence.

M. QUÉNU n'est pas absolument convaincu que le manque d'érection, chez les malades atteints de varicocèle, soit uniquement d'origine psychique, de cause hypochondriaque. Presque tous ces malades ont les testicules douloureux, or, il est probable que l'état des nerfs, du cordon et du testicule n'est pas absolument sain et présente certaines altérations, des varicosités, ainsi que M. Quénu a pu le constater lui-même dans une autopsie qu'il a faite.

M. HORTELOUP n'a jamais vu de cas d'impuissance absolue chez les malades atteints de varicocèle, mais seulement peu de disposition au coït. Il a pratiqué, pendant un certain temps, la résection simple du scrotum et il avait des récidives au bout de six mois ; c'est pourquoi il a ajouté à la résection du scrotum la résection des veines postérieures et il n'a jamais eu de récidive.

M. RECLUS croit, comme M. Segond, qu'il n'y a pas qu'une seule opération à opposer au traitement de varicocèle et que, selon les cas, il faut adopter tantôt l'une, tantôt l'autre. Il a opéré sept malades par le procédé d'Henri (de New-York) et, dans les sept cas, il a eu de très bons résultats. Dans un cas seulement, il a eu une atrophie testiculaire sans cause appréciable.

M. LE DENDU dit qu'il y a une part de vérité dans toutes les opinions exprimées. Il n'est aucun procédé avec lequel on puisse avoir la certitude d'une guérison définitive. Il a pratiqué plus de vingt opérations de varicocèle. Dans les derniers cas, il a eu recours tantôt à la ligature simple, tantôt à l'excision. Dans les cas simples, M. Le Dentu serait plus disposé à recourir à la ligature ou à l'excision des veines qu'à la résection du scrotum. Cependant, dans certains cas, il est utile d'ajouter cette dernière opération aux autres.

M. SEGOND a la satisfaction de constater que plusieurs de ses collègues ont obtenu de bons résultats de l'opération de Henri (de New-York). Il sait bien que cette opération ne date pas seulement de ce chirurgien américain, et qu'il faudrait remonter à Astley Cooper et plus haut encore pour en trouver la véritable origine.

Relativement à l'état moral des malades, M. Segond rappelle, qu'en effet, le malade de M. Jamain était un hypochondriaque ; il n'avait cependant pas de douleurs du côté des testicules. M. Segond n'est pas partisan du procédé préconisé par M. Horteloup, quelque ingénieux d'ailleurs qu'il soit. Il ne voit pas, quant à lui, la nécessité de réséquer toujours le faisceau veineux. Il est, d'ailleurs, entièrement de l'avis de M. Le Dentu et pense, comme lui, qu'il n'y a rien d'absolu dans le choix du procédé opératoire. Toutefois, s'il était jamais atteint d'un varicocèle, il demanderait qu'on lui réséquât la peau du scrotum et qu'on ne touchât pas à ses veines. Il cite un cas, qui lui est personnel, dans lequel, à la suite de la résection veineuse, il vit se développer une phlébite. C'est là une complication dont il faut tenir compte.

LECTURE

De la suppression du drainage dans la résection du genou. — M. CHAUVEL lit une note de M. Defontaine (du Creuzot) sur ce sujet. M. Defontaine cite deux observations de résection du genou dans lesquelles, après avoir obtenu une asepsie parfaite, il a cru pouvoir supprimer le drainage. Il recherche cette asepsie parfaite par des lavages abondants de la plaie et un pansement absorbant. Il suture les surfaces osseuses avec des fils d'argent dont les chefs sortent en dehors de la plaie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne voit aucun avantage à supprimer le drainage, surtout quand on laisse des fils qui traversent la peau.

Il est bien évident qu'avec une bonne asepsie on peut faire de la chirurgie sans drainage, mais avec lui on a une sécurité absolue et pas le moindre inconvénient; il y a donc tout avantage à le conserver. Rappelant qu'ayant, l'un des premiers, en France, préconisé la résection du genou, M. Lucas-Championnière rappelle les règles qu'il a posées, relativement à la nécessité de faire de larges ablations, de bien détruire tous les foyers tuberculeux, d'aller même au delà si l'on veut se mettre à l'abri des récidives et obtenir des résections osseuses tout ce qu'elles peuvent donner.

M. ROUTIER a fait un certain nombre de résections du genou, avec drainage et selon les préceptes formulés par M. Lucas-Championnière, et il en a toujours obtenu d'excellents résultats.

PRÉSENTATION DE MALADE

Amputation conservatrice. — M. BERGER présente une malade à laquelle il a pratiqué l'amputation de Wladimiroff Micouliewz, c'est-à-dire une résection tibio-tarsienne dans laquelle l'extrémité supérieure du pied est mise en rapport avec les extrémités inférieures du tibia et du péroné. Cette malade marche très bien et on constate chez elle une certaine mobilité de l'articulation tarso-métatarsienne.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Ouverture de l'École du service de santé militaire à Lyon.

A la date du 27 février 1889, le minitre de la Guerre a décidé que l'École du service de santé militaire s'ouvrirait le 9 mars prochain.

Conformément aux dispositions de l'article 67 du décret du 25 décembre 1888, elle recevra :

1° Les élèves ayant concouru avec quatre et huit inscriptions et nommés élèves du service de santé militaire le 15 octobre 1888;

2° Les élèves actuellement en deuxième ou troisième années d'études, et nommés élèves en 1887, qui en ont fait la demande.

Les élèves admis entreront à l'École les 9 et 10 mars ; ils recevront une lettre leur faisant connaître le jour et l'heure auxquel ils devront se présenter à M. le directeur de l'École.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La première épreuve d'admissibilité du concours pour trois places de médecin du Bureau central, a eu lieu le mercredi 27 février.— Le sujet était : « De la sclérose du cœur. »

La lecture des compositions commencera le vendredi 1er mars.

— Par décret, en date du 26 février 1889, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants de la Faculté de médecine de Paris, prend le titre de clinique obstétricale.

M. Tarnier, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de clinique obstétricale à ladite Faculté (chaire transformée).

— Par décision ministérielle, en date du 27 février 1889, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin-major de première classe Bélime, pour l'hôpital militaire de Bourges; MM. les médecins-majors de deuxième classe Yvert, pour l'école de Saumur; Véron, pour l'école de Fontainebleau.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 février 1889, l'arrêté du 19 dudit mois, portant qu'un concours s'ouvrirait le 5 novembre 1889, devant la Faculté de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Limoges, est et demeure rapporté.

— M. le médecin principal de première classe Debaussaux et M. le médecin-major de première classe Malinas sont nommés commandeurs de l'ordre du Nicham-Iftikar de Tunisie.

Sont nommés officiers du même ordre : MM. les médecins aides-majors de première classe Talayrach, Maubrac, Murie, Bazin, Carton et Girardeau.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Labrousse (de Ribérac) et de M. Lallement, professeur à la Faculté de médecine (de Nancy).

— M. le docteur Ch. Abadie nous prie d'informer le public médical qu'ayant donné sa démission de médecin de la clinique des Quinze-Vingts, il a repris la direction de sa clinique particulière, 172, boulevard Saint-Germain.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 27. — MARDI 5 MARS 1889. 62e ANNÉE. MARDI 5 MARS 1889. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Encéphalopathie saturnine.

Le malade du n° 16 de la salle des hommes est un saturnin, âgé de trente-trois ans, sans antécédents héréditaires à proprement parler : son père est sujet à des coliques hépatiques, il est emporté et coléreux ; sa mère est très vive et non moins violente que son père ; enfin, sa sœur est également très irritable, mais elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Quant à ses antécédents personnels, ils se bornent à une incontinence nocturne des urines jusqu'à l'âge de huit ans, et à l'intoxication saturnine, depuis l'âge de treize ans.

A cette époque, en effet, il entra chez un peintre en bâtiment et y resta jusqu'à l'âge de vingt ans, époque où il fut appelé à faire son service militaire. Or, de treize à vingt ans, il fut fréquemment en proie à des accès de coliques de plomb avec vomissements et constipation opiniâtre, accès qui duraient de huit jours à plusieurs semaines, soit à un saturnisme très prononcé.

Il fut soldat pendant cinq ans, dans l'artillerie de marine, et, dans cette qualité, fut envoyé à la Martinique où, si nous en croyons son dire, il aurait eu la fièvre jaune ; cependant, de la description qu'il nous en donne, il semblerait plutôt qu'il eût eu de nombreux accès de fièvre intermittente.

Quoi qu'il en soit, rentré à Paris il y a huit ans, il a repris sa profession de peintre en bâtiment, s'occupant plus particulièrement de préparer les peintures dont on se servait et maniant constamment de la céruse en poudre. Depuis lors, tous les deux ans, il a été repris de ses coliques de plomb, coliques auxquelles des phénomènes d'un autre ordre se sont ajoutés. En effet, alors qu'en 1883, il était entré dans le service de M. Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine, il perdit tout à coup connaissance, en plein paroxysme d'une crise saturnine, brusquement, sans aura, et lorsqu'il revint à lui, il présentait une déviation de la face du côté droit qui persista pendant une quinzaine de jours. Depuis cette époque, il eut plusieurs fois de semblables attaques caractérisées par la perte de connaissance, toujours sans aura prodromique, et par des convulsions, et, dès 1884, l'une d'elles fut suivie de paralysie des extenseurs du membre supérieur des deux côtés, paralysie, par conséquent, bilatérale, laquelle a persisté jusqu'à ce jour. Enfin, sa dernière attaque date de la semaine dernière seulement.

Aujourd'hui, ce que nous constatons, c'est une paralysie persistante bilatérale des extenseurs avec modification très notable de la sensibilité tactile. Celle-ci est tellement diminuée qu'il faut une pression équivalente à 7 kilogrammes pour que cet homme en sente le contact. Il y a également diminution de la sensibilité à la douleur, à la température, soit sur les membres, soit sur le tronc, soit même à la face. Mais à la face cette diminution n'est pas constante, elle n'est pas toujours la même.

Du côté des organes des sens, nous voyons que l'ouïe et la vue sont à peu près à l'état normal ; l'odorat est peut-être un peu diminué, mais c'est encore peu de chose ; par contre le sens du goût est tellement altéré qu'il est presque éteint, cet homme, en effet, ne sent ni le sucre, ni le sel, ni le sulfate de quinine, ni l'aloès, ni la rhubarbe, etc., etc.

Enfin, notons, comme derniers signes, quelques élancements sur la face dorsale des avant-bras ; un assez grand abattement, de l'anurie, de la tristesse, mais pas de céphalalgie, ni de vertiges.

Bref, cet homme est entré surtout pour sa paralysie musculaire et ses pertes de connaissance avec convulsions.

Cette paralysie a bien les caractères de la paralysie saturnine, elle frappe seulement les extenseurs des doigts et respecte les radiaux, et, vu son ancienneté déjà — elle remonte à quatre ans — elle se complique d'une atrophie prononcée de ces muscles, de dégénérescence musculaire avec perte de la contractilité élastique, tandis que les autres groupes de muscles des membres supérieurs sont très développés.

Vous savez que l'action du plomb sur le cerveau détermine fréquemment des accidents d'encéphalopathie dite saturnine en raison même de leur cause. Ces phénomènes sont de plusieurs espèces ou mieux revêtent plusieurs formes : la forme paralytique, la forme délirante, la forme convulsive et la forme comateuse.

On a dit que ces accidents se produisaient sur le quart environ des saturnins, cette proportion est exagérée ; et, pour ne citer qu'un exemple, notre malade a travaillé pendant sept ans consécutifs (de treize à vingt ans), sans présenter le moindre accident nerveux, quoiqu'il eût de vio-

lentes crises de coliques de plomb, et ce n'est qu'à son retour en France, et depuis quatre ans seulement, qu'il y est sujet.

Ordinairement, ils se produisent dans les premiers temps de la première année, entre un et dix mois, que l'ouvrier travaille le plomb. Parfois ils débutent soudainement sans prodromes; d'autres fois, et c'est le cas le plus habituel, ils sont précédés de coliques saturnines ou bien d'un certain état d'abattement, de tristesse, d'inquiétude, d'insomnies, etc. En même temps, les malades éprouvent de l'engourdissement, des fourmillements; tantôt ce sont des vertiges, de l'amblyopie, ou des modifications gustatives, ou du strabisme et de la diplopie, ou bien encore des phénomènes de dysphagie, de constriction pharyngée.

Dans la forme délirante, on trouve ou un état d'abattement, de délire systématisé, à froid, ou bien un état d'agitation plus ou moins prononcée pouvant aller jusqu'au délire furieux. Quelques malades peuvent succomber, dès une première attaque, dans le coma; d'autres, au contraire, guérissent et quelquefois très rapidement; parfois, à la suite d'une attaque, l'individu s'endort et à son réveil est complètement guéri.

La forme paralytique est plus fréquente — je parle bien entendu de ces paralysies saturnines étendues, soit à une moitié du corps, soit bilatérale des bras. De même que pour la forme délirante, certaines paralysies sont incurables, tandis que d'autres guérissent rapidement, soit spontanément, soit avec très peu de chose.

Enfin, dans la forme convulsive qui est celle de notre malade actuel, tantôt les convulsions ne s'accompagnent pas de perte de connaissance et sont caractérisées par une sorte de tremblement général, tantôt les convulsions sont généralisées, tantôt elles sont très partielles. Le plus souvent elles sont cloniques. A côté de ces accès convulsifs, qui sont, en réalité, les plus rares, on rencontre une forme plus commune, celle des convulsions épileptiformes à début brusque, soudain, sans prodromes, ou précédées pendant plusieurs jours de simples vertiges. Dans l'attaque, les malades crient rarement. La période tétanique de l'attaque est celle qui prédomine; elle est, en général, plus longue que dans l'épilepsie vraie, commune, elle est suivie de la période clonique.

Au sortir des convulsions, les malades tombent dans un coma de longue durée et se réveillent avec une anesthésie plus ou moins profonde, qui va en s'atténuant les jours suivants.

Mais, au point de vue anatomo-pathologique, à quoi ces accidents encéphalopathiques se rattachent-ils? Quelques morts étant survenues dans le coma, l'autopsie a montré un cerveau le plus souvent pâle, décoloré, ischémié, parfois œdématié, en tous cas plus dur, plus élastique, comparable à la pâte de guimauve, et c'est tout. Lorsqu'on a trouvé un foyer de ramollissement, cela tenait généralement à une autre cause peut-être favorisée par le saturnisme, mais différente cependant.

Quant à la pathogénie de ces phénomènes nerveux prétendre qu'ils sont sous la dépendance de l'hystérie et non du saturnisme, serait un tort chez notre malade, car d'une part, il n'a aucun antécédent nerveux héréditaire ni personnel, et si jamais il était hystérique, il aurait eu maintes fois l'occasion de voir éveiller son hystérie par le genre de vie qu'il a mené, et c'est bien, chez lui, le saturnisme qui a déterminé les accidents encéphalopathiques, et d'ailleurs, il n'a d'autres altérations des sens qu'une abolition de la sensation gustative, abolition que l'on rencontre fréquemment dans le saturnisme et qui est dû à l'introduction des poussières de plomb dans la bouche, et par suite à leur action directe sur la muqueuse buccale. J'ajoute encore que, la localisation de ses paralysies sur les extenseurs des doigts, est bien également spéciale à l'intoxication saturnine et nullement à l'hystérie.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. Lapervenche, interne des hôpitaux.)

XIV

Les *tumeurs des viscères splanchniques*, considérées autrefois comme peu accessibles, deviennent de jour en jour plus abordables. Nous insisterons peu aujourd'hui sur celles du crâne et du thorax, dont l'ablation exige encore de nombreuses études. Nous nous étendrons, par contre, assez longuement sur celles de l'abdomen et du bassin, au traitement desquelles nous nous sommes particulièrement appliqué depuis tant d'années.

Les tumeurs de l'abdomen et du bassin sont extrêmement nombreuses. Beaucoup sont opérables : nous ne craignons pas de dire que le pincement et le morcellement ont singulièrement contribué à augmenter le nombre des résultats heureux. Combien d'entre elles, surtout les grandes, les solides, les adhérentes, n'auraient pu être enlevées si nous n'avions eu à notre disposition ces précieuses ressources! Pour nous en rendre compte, jetons un coup d'œil rapide sur les tumeurs de la rate, de l'intestin, du vagin, de l'utérus, de ses annexes, des fosses iliaques, du mésentère et du péritoine.

Les *tumeurs de la rate* sont passibles, comme les précédentes, de l'ablation par le morcellement et le pincement combinés. Vous trouverez, dans le mémoire sur la splénotomie, que nous avons publié en 1869, l'observation d'une jeune malade à qui nous enlevâmes une rate kystique, hypertrophiée, volumineuse. Nous nous bornerons à vous donner, aujourd'hui, quelques détails sur cette opération.

Après avoir mis la tumeur à nu, nous reconnûmes qu'elle était sillonnée de vaisseaux très volumineux. Son extraction en totalité étant impossible, nous dûmes l'extraire en plusieurs parties. Nous fîmes l'hémostase préventive avec des liens métalliques, qui nous permirent de l'enlever par portions successives, comme nous faisions à cette époque. Nous liâmes ensuite séparément le hile de la rate avec des fils de soie au-dessus desquels nous excisions la dernière portion. L'opération fut achevée sans perte de sang. Le quinzième jour la guérison était complète.

Les *tumeurs des intestins* exigent des précautions spéciales. S'agit-il, par exemple, d'enlever une portion d'intestin affectée de cancer qui tend à se propager à la portion voisine du mésocôlon? Au lieu de faire le pincement préventif au-dessus et au-dessous de l'anse à enlever, avec des pinces à mors élastiques, nous le faisons avec des liens de caoutchouc, dont les extrémités sont fixées avec nos pinces, puis nous excisons en dehors de la partie malade à travers les

---

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 164.

parties saines, dont nous rapprochons les lèvres par suture. Nous retirons ensuite les liens élastiques, de sorte que l'opération est terminée sans perte de sang (fig. 26).

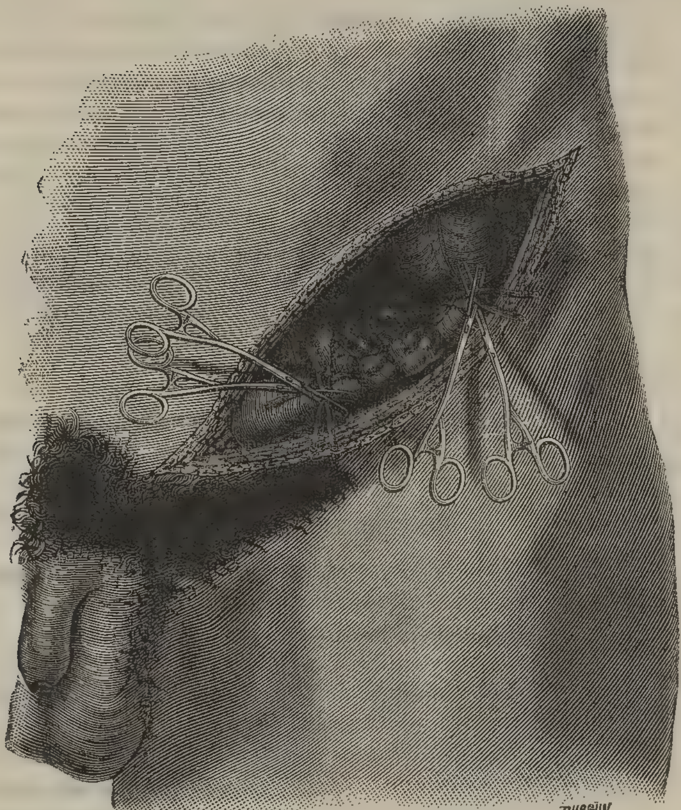


Fig. 26. — Résection d'une portion du côlon descendant de l'S iliaque. On voit les liens élastiques placés à l'extrémité de la partie à retrancher et les pinces qui maintiennent les bouts de ces liens. Les lignes ponctuées indiquent la portion du mésocôlon qu'il faut morceler en donnant à la plaie la forme d'un V pour faciliter le rapprochement et la suture.

Les *tumeurs du rectum* sont plus facilement accessibles. Cependant, la vascularité de ce canal est telle que le morcellement, combiné au pincement des vaisseaux, en facilite singulièrement l'ablation. Chez la femme, la cloison vagino-rectale permet de faire le pincement préventif des parois antéro-latérales et d'agir à sec de ce côté. Chez l'homme, le pincement préventif avec des pinces à mors droits ou courbes, plus ou moins longs, est surtout utile quand la section ou la dissection de la portion anale est terminée. Si donc la tumeur est maligne, étendue à la partie supérieure de ce canal, on commence par disséquer la portion rectale en faisant le pincement temporaire des vaisseaux saignants, puis, on poursuit le détachement de la partie supérieure en faisant le morcellement. On arrive de la sorte à enlever la totalité des tissus malades sans intéresser la vessie, la prostate, les culs-de-sac péritonéaux, et sans perdre de sang. Toutefois, si le péritoine a été réséqué, on doit se hâter de le fermer par des points de suture métalliques, à anses séparées, conduits avec notre chasse-fil.

Lorsque le rectum fait au dehors un *prolapsus* tel qu'il soit irréductible, intolérable, et qu'il résiste à la thérapeutique médicale, ainsi que nous l'avons vu chez de jeunes sujets, la résection de la portion herniée donne des résultats satisfaisants.

En pareil cas, au lieu de faire l'hémostasie préventive avec les pinces placées près de l'anus, au-dessus de la partie à exciser, nous la faisons avec un lien de caoutchouc fixé par nos pinces à mors droits, de sorte que la pression est douce et ne contusionne pas assez les tissus pour déterminer le sphacèle.

Lorsque l'hémostasie est assurée, nous réséquons à deux ou trois centimètres au-dessous du lien la partie herniée; nous suturons ensuite l'une à l'autre les lèvres des deux bouts invaginés avec des crins de Florence nombreux et séparés, au-dessous des liens qui sont ensuite retirés.

L'opération est ainsi conduite rapidement et sans perte de sang. Nous réduisons ensuite le moignon conservé qui n'a plus de tendance à sortir (fig. 27).

Nous vous avons montré, au début de ces leçons, la façon dont nous enlevons les tumeurs antérieures du *vagin*. Pour celles qui sont situées à la partie supérieure, le pincement et le morcellement rendent de grands services.

Les *tumeurs du col* et du *corps de l'utérus* étaient regardées, jusque dans ces dernières années, comme peu accessibles, en raison du siège profond des vaisseaux qui s'y rendent. Nous ne craignons pas de dire que c'est au pincement et au morcellement que la chirurgie est redevable des progrès récents faits dans la pratique de l'hystérotomie et de l'hystérectomie, opérations qui sont actuellement exécutées par bon nombre de chirurgiens.

L'hystérectomie vaginale, préconisée et employée en 1829 par Récamier, était tombée dans l'oubli, lorsqu'en 1882, nous eûmes l'occasion, le premier en France, de pratiquer quelques opérations de ce genre, dont les observations ont été relatées dans nos statistiques. Peu de temps après, M. Demons (de Bordeaux) s'occupa de la question, et l'hystérectomie vaginale ne tarda pas à revenir en honneur dans notre pays. Aujourd'hui, nous nous contenterons de vous entretenir du morcellement appliqué à l'ablation des tu-

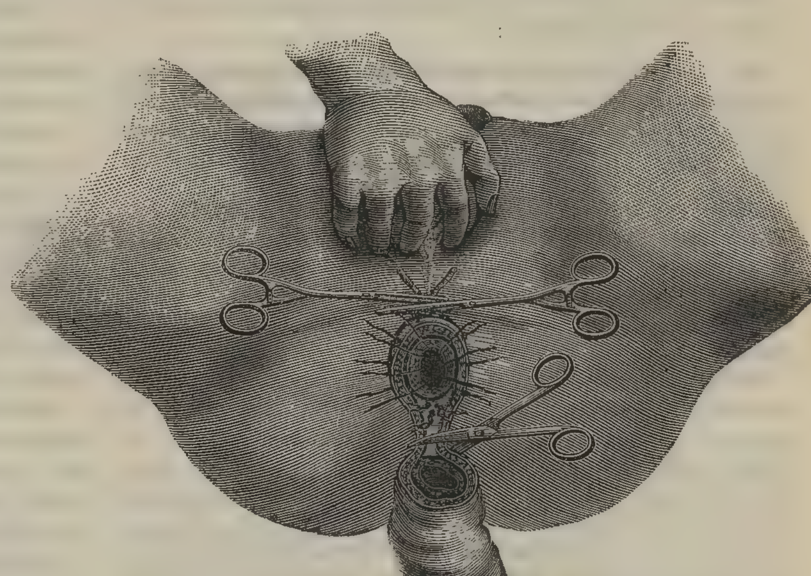


Fig. 27. — Prolapsus de la muqueuse rectale. Hémostasie préventive faite avec des liens de caoutchouc. Excision de la partie herniée au-dessous d'eux. Suture des anses intestinales qui entrent dans la composition du moignon conservé.

meurs du corps de l'utérus par la voie vaginale. Bien que de ce côté le champ opératoire soit réduit, il assure à la malade plus de chances de guérison.

Lorsqu'il est urgent d'enlever de pareilles tumeurs par cette voie, un fibrome, par exemple, trois cas peuvent se présenter : 1° celui-ci fait saillie dans le vagin, et son point d'insertion à la face interne de l'utérus est sessile; 2° il se trouve dans la cavité utérine, et son pédicule a une largeur que l'on ne connaît pas; 3° il est gros, multiple et ne peut être extrait qu'en enlevant l'utérus.

Quand il fait saillie dans le vagin à la manière d'un polype, il est facile à saisir avec une ou deux pinces, entre les lèvres du col entr'ouvert, et à sectionner au-dessous d'elles. En pareil cas, le morcellement n'est utile que si le pédicule est sessile, large, dur, profond, difficilement refoulé par les contractions utérines. Voici comment nous procédons :

La malade étant placée dans la position obstétricale, la vulve et le vagin lavés avec le sublimé au 1000e, la vessie vidée, nous plaçons dans le vagin nos grands rétracteurs coudés; la portion qui fait saillie est mise à découvert; nous l'incisons en son milieu et nous introduisons, par l'ouverture ainsi faite, de fortes pinces dentées qui permettent de l'abaisser et de la fixer. Nous la saisissons ensuite avec des pinces fortes et courbes à la périphérie, au ras de la tunique interne de l'utérus. Ces pinces compriment les vaisseaux et permettent d'enlever les parties placées en avant d'elles avec les ciseaux ou le bistouri. D'autres pinces sont portées plus haut à mesure que la portion inférieure est détachée. On arrive de la sorte à saisir les contours de la portion supérieure de la tumeur au moyen de pinces à mors longs et courbes et à parachever l'opération. Ces instruments sont laissés à demeure pendant dix-huit ou vingt-quatre heures. Le vagin est rempli d'éponges iodoformées, antiseptiques, qui empêchent les pinces d'exercer une pression douloureuse sur la muqueuse vaginale.

Souvent, après l'ablation partielle d'une de ces tumeurs, on voit la partie supérieure, incluse au fond de l'utérus, sortir d'elle-même comme dans un véritable accouchement.

Nous avons opéré devant vous plusieurs cas de ce genre, en particulier le suivant :

Obs. XV. — Il s'agit d'une laitière âgée de cinquante ans. Rien dans ses antécédents héréditaires et personnels. Elle fait remonter à 1877 le début de sa maladie. Douleurs de ventre, irrégularité dans la menstruation, augmentation de volume de l'abdomen, pertes de sang abondantes. Depuis quatre ans ces phénomènes ont augmenté d'intensité, la malade éprouve de la difficulté pour uriner, elle est parfois obligée de recourir au cathétérisme. Depuis le milieu de novembre, des coliques violentes l'empêchent de travailler. Le ventre s'est brusquement affaissé, les métrorrhagies augmentent, affaiblissent la malade et l'obligent à s'aliter.

Quand elle entre à l'hôpital, le facies est altéré, les yeux sont excavés, la sclérotique est jaunâtre et la teinte subictérique fait penser à une tumeur maligne. En examinant le ventre, on constate la présence d'une tumeur volumineuse, remontant jusqu'à l'ombilic, dure, aplatie à sa face antérieure, bosselée sur les parties latérales. En pratiquant le toucher vaginal, le doigt rencontre une masse dure, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, qui remplit le vagin et empêche d'atteindre les bords du col utérin. Un liquide sanguinolent, d'odeur infecte, s'écoule par le vagin. La malade, soumise à un régime tonique, désinfectée du côté de l'utérus, reprend difficilement des forces ; elle a de l'inappétence et continue à maigrir. Malgré le mauvais état général, l'opération, qui peut seule donner quelques chances de salut, est résolue.

27 décembre. Chloroformisation, lavage du vagin. La tumeur est mise à découvert par l'écartement des parois vaginales ; puis, au moyen d'un long bistouri, nous incisons la surface et nous procédons au morcellement du centre à la périphérie. Quatre pinces à mors dentés, longs et forts, appliquées au pourtour, aussi près que possible de la muqueuse utérine, suffisent pour assurer l'hémostasie préventive. La section, faite avec le bistouri et les ciseaux, montre que le fibrome est dur, lardacé, chargé de liquide citrin. Lorsque les deux tiers sont enlevés, la portion restante, encore incluse dans l'épaisseur du muscle utérin, s'énuclée aisément, si bien qu'au lieu d'exercer sur elle des tractions, nous la retenons pour ne pas provoquer l'inversion du fond de l'utérus. Cette partie restante s'élimine d'elle-même, comme s'il s'agissait d'un accouchement. Nous reconnaissons alors que l'implantation a lieu sur le fond de l'utérus et qu'elle a été parfaitement saisie par les pinces dont trois sont laissées à demeure. Le vagin est ensuite bourré d'éponges iodoformées. La masse totale de la tumeur pèse 2k,300, sans tenir compte de la sérosité qui l'infiltrait, et qui s'est écoulée pendant l'opération.

Grâce au morcellement, l'opération a été faite sans perte de sang, point capital, car la plus légère hémorrhagie eût amené la mort.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES VARICES DE LA SAPHÈNE INTERNE (IMPULSION, EXPANSION, FRÉMISSEMENT TACTILE ET SOUFFLE AU NIVEAU DES ECTASIES).

Par M. le docteur E. Jeanselme, ancien interne des hôpitaux.

Les dilatations ampullaires de la saphène interne peuvent siéger en un point quelconque de cette veine. Elles sont plus fréquentes dans sa portion fémorale ; tantôt elles sont uniques et siègent à l'embouchure de la saphène, dans la veine crurale ou au tiers inférieur de la cuisse, tantôt elles sont multiples, échelonnées en série linéaire le long du vaisseau comme des grains de chapelet. Leur volume très variable peut acquérir les dimensions d'une noix, d'un œuf de poule et plus encore. Il n'est pas rare non plus de voir la saphène décrire, à la face interne du mollet, de nombreuses sinuosités qui, par leur groupement, forment une tumeur volumineuse.

Dans ces ectasies ampullaires, dans ces tumeurs variqueuses, et même dans les simples varices cylindroïdes ou serpentines d'un certain calibre, les valvules sont insuffisantes ; il est facile de s'en assurer sur le vivant, comme l'avaient déjà remarqué MM. Briquet et Bonnet (de Lyon), en donnant un petit coup sec sur la tumeur ; contrairement à ce qui a lieu dans une veine normale, on voit dans ce cas l'ondulation se propager sans entrave dans la colonne liquide jusqu'à une distance assez considérable. D'autre part, l'anatomie pathologique des varices nous montre les valvules très altérées, souvent transformées en bourrelets étroits et rigides, absolument incapables d'empêcher le reflux du sang.

Cette insuffisance nous explique certains phénomènes physiques qu'on a quelquefois l'occasion d'observer dans les grosses dilatations variqueuses, en particulier dans celles qui se sont développées au voisinage du pli de l'aine. Ce sont l'*impulsion* et l'*expansion* de l'ectasie veineuse, perceptibles à la vue et à la palpation, au moment d'un effort comme celui qui accompagne la toux. Ces mêmes phénomènes peuvent s'observer, mais à un degré moins prononcé, dans les renflements veineux de la partie inférieure de la cuisse, car le reflux s'y fait moins nettement sentir. « Les efforts de la toux, disent les auteurs du *Compendium*, impriment une impulsion, un mouvement subit de dilata-

tion, qui peut être perçu dans le tronc de la saphène, vers son extrémité supérieure. Lorsque la dilatation est considérable, ce choc retentit assez loin de l'aine, jusque vers la partie inférieure de la cuisse ; il se fait aussi sentir dans les renflements variqueux ; il tient au reflux du sang veineux qui s'opère au moment de l'effort du tronc de la veine cave dans les iliaques, de celles-ci dans la fémorale, de cette dernière enfin dans la saphène, reflux auquel les valvules ne peuvent plus apporter d'obstacle. » D'après Follin, le phénomène devient bien plus manifeste par la contraction musculaire que par la toux. Bien entendu, cette propagation ondulatoire ne peut s'observer que quand le sang contenu dans la dilatation a gardé sa fluidité et la paroi veineuse sa souplesse et son élasticité. Alors même que toutes ces conditions sont remplies, le phénomène est loin d'être constant.

Dans une observation de Cruveilhier, nous trouvons signalée une autre particularité, c'est un *frémissement*, un *frôlement* spécial accompagnant l'expansion et comparable à celui que produirait un jet de liquide. Nous avons eu l'occasion d'observer trois fois ce phénomène avec la plus grande netteté ; dans deux de ces cas, la main ou l'oreille armée du stéthoscope éprouvait la sensation que produirait le passage d'une multitude de petits graviers entraînés par un courant rapide. Ce bruit ou ce frémissement tactile tirait probablement son origine de l'inégalité de la paroi vasculaire, sans doute hérissée de débris valvulaires et de concrétions sanguines, et peut-être aussi du changement de diamètre du vaisseau. Dans notre troisième cas, l'oreille percevait un souffle doux, mais il n'y avait pas de frémissement sensible au toucher.

Voici ces trois observations auxquelles nous joignons celle de Cruveilhier :

Observation I. — B... (Henri), quarante-cinq ans, homme de peine, entré à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Hallopeau.

Le malade ignore si ses ascendants et collatéraux sont variqueux. A l'âge de vingt-deux ans, il s'aperçut, pour la première fois, qu'il portait des varices à la face interne de la jambe gauche ; de ce côté, elles ont crevé plusieurs fois et ont occasionné des ulcérations. Les lésions de la jambe droite sont beaucoup moins développées et plus récentes. Quand le malade marche plusieurs heures, il remarque un peu de gonflement, plus accentué à gauche qu'à droite.

Membre inférieur gauche : Ulcère variqueux de la grandeur d'une pièce de 2 francs, irrégulièrement arrondi, siégeant à la partie inférieure de la jambe, sur le tibia. Varices, cylindroïdes en certains points, serpentines dans d'autres, partant des dilatations localisées, accumulées en une tumeur à la face interne du tibia, au-dessous du genou ; on y sent des corps ovalaires, réguliers, très durs, qui ne paraissent pas mobiles dans le vaisseau (phébolithes). Au niveau de la cuisse, la saphène interne est beaucoup moins variqueuse ; elle est rectiligne, présente deux grosses ectasies du volume d'une petite noix ; l'une à quelques travers de doigt au-dessus du genou, l'autre au niveau de l'abouchement de la saphène dans la fémorale. La main appliquée sur cette dernière tumeur perçoit, à chaque effort de toux, outre une sensation d'*impulsion* et d'*expansion*, un *frémissement très rude ;* l'oreille armée du stéthoscope entend, dans les mêmes conditions, un *bruit très râpeux*. Ce frémissement et ce bruit ne se retrouvent ni dans la tumeur inférieure de la cuisse, ni dans les varices serpentines de la jambe. Le mollet n'est pas le siège de gonflement, d'induration et de crampes.

Membre inférieur droit : Varices bien moins développées, très sinueuses ; quelques ectasies, notamment deux à la partie moyenne de la cuisse et une à l'embouchure de la saphène. De ce côté, pas de frémissement à la palpation, pas de bruit à l'auscultation, mais *impulsion* par la toux.

Ces tumeurs ne sont pas pulsatiles et il n'y a pas de communication artérioso-veineuse, ni d'un côté, ni de l'autre.

Le malade ne porte ni varicocèle, ni hémorrhoïdes. Les troisièmes phalanges des doigts sont déformées par des nodosités d'Héberden ; les deux gros orteils sont déviés en dehors et, au niveau de chaque saillie métatarso-phalangienne, existe un gros durillon. Jamais d'affections cutanées. Athérome.

Obs. II. — F... (Ernest), vingt-quatre ans, ébéniste, entré à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Hallopeau.

La mère du malade est atteinte de varices volumineuses depuis sa jeunesse ; il a deux sœurs dont l'une est indemne et l'autre porte de grosses varices depuis l'âge de huit ou dix ans. Lui-même a des varices depuis son enfance ; elles étaient déjà très développées à l'âge de huit ans; il a été réformé pour cette infirmité.

Membre inférieur gauche : Les varices y sont relativement peu développées.

Membre inférieur droit : Les varices y sont énormes. Sur la jambe, cordons cylindroïdes et serpentins de la grosseur du petit doigt, groupés à la face interne du mollet. La saphène externe paraît peu intéressée. Sur la cuisse, deux ectasies veineuses plus grosses qu'une noix, l'une au tiers inférieur, l'autre à l'embouchure de la saphène dans la fémorale ; cette dernière simule à la vue une hernie crurale.

Au niveau de ces deux renflements variqueux, il y a une *impulsion* et une *expansion* très manifestes dans la toux. En même temps que le choc, la main perçoit un *frémissement râpeux* et l'oreille entend un *bruissement* comparable à celui que produiraient une multitude de petits graviers entraînés par un courant rapide. L'impulsion, l'expansion, le frémissement et le bruissement sont bien plus accentués dans la tumeur supérieure que dans l'inférieure.

Nulle part, il n'y a de pulsations isochrones au pouls ; pas de communication artérioso-veineuse.

Des deux côtés, il y a des traînées pigmentaires sur le trajet des varices.

Obs. III. — Un homme d'une cinquantaine d'années vient, le 24 décembre 1888, à la consultation externe de M. Hallopeau, à l'hôpital Saint-Louis.

Il porte des varices sur les deux membres inférieurs. Celles du côté gauche sont très développées ; la saphène interne forme à la cuisse un gros cylindre rectiligne, sans ectasie, de la grosseur du pouce ; au-dessous du genou, à la face interne du mollet, la saphène décrit de nombreuses sinuosités dont l'ensemble forme une tumeur bleuâtre, multilobée, du volume d'une demi-pomme ; cette tumeur est molle, fluctuante, réductible ; la toux lui imprime un mouvement d'*impulsion* et d'*expansion*; le doigt ne perçoit aucun frémissement au moment de la distension de cette poche, mais l'oreille, même appliquée à nu sur la tumeur veineuse, perçoit un souffle doux à chaque effort de toux.

Plusieurs plaques pigmentaires sont disséminées sur la jambe. Plusieurs ulcères cicatrisés et cerclés de pigment occupent la face interne du tibia. Il y a déjà un certain degré de dermite sur la moitié inférieure de la jambe. Pas de varicosités cutanées.

Obs. IV. — *Varice ampullaire solitaire à l'embouchure de la saphène* (1). — Une femme de trente-deux ans, cuisinière, vient consulter Cruveilhier pour une tumeur sphéroïdale, du volume d'une grosse noix, molle, fluctuante, cédant sous la pression à la manière d'une hernie qu'on réduit, et reparaissant aussitôt qu'on cesse la compression.

« J'ai reconnu une varice de l'embouchure de la saphène aux caractères suivants : 1° à son siège à plusieurs millimètres au-

(1) J. Cruveilhier. *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1852, t. II, p. 713, en note.

dessous de l'arcade fémorale ; 2° à son *augmentation de volume* par la toux, mais avec cette particularité que le doigt, placé sur la tumeur, éprouvait, pendant l'effort de la toux, un sentiment de *frémissement*, de *frôlement*, que la malade percevait facilement elle-même quand elle y appliquait le doigt, et qu'elle comparait à celui que ferait éprouver un *jet d'eau*, expression qui mérite d'être conservée, tant elle rend bien la sensation que font éprouver les varices de l'embouchure de la saphène ; 3° autour de la dilatation veineuse, il existait de petites nodosités en demi-cercle : la présence de ces nodosités, qui n'étaient autre chose que des ganglions lymphatiques, est encore un moyen de diagnostic différentiel ; 4° et, par-dessus tout, la fluctuation liquide si différente de la fluctuation gazeuse. Une varice moins développée existait chez cette femme à l'embouchure de la saphène de l'autre côté. »

La recherche de ce frémissement et de ce souffle, que Cruveilhier ne mentionne pas, pourra être de quelque utilité dans les cas, très rares à la vérité, où il y aura lieu de faire le diagnostic différentiel entre une hernie crurale et une ectasie variqueuse du pli de l'aine.

Il est à peine besoin d'ajouter que ces cas n'ont rien de commun avec ceux dans lesquels on a reconnu, au niveau du renflement variqueux, des pulsations et un frémissement isochrones au pouls ; dans ces cas, le mouvement rythmique, imprimé au vaisseau veineux, lui était communiqué par un vaisseau artériel voisin (1). Dans les tumeurs variqueuses, constituées par l'agglomération de nombreuses veinules dilatées, on peut percevoir, au moment de la réduction, un certain frémissement (J. Cruveilhier, Follin, etc.), mais la toux n'a pas d'influence sur le volume de ces tumeurs, c'est là une différence capitale.

(1) Cas de Petit (de Reims), relaté par Briquet, Thèse de Paris, 1824, n° 193, p. 31.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Ovarite et kystes de l'ovaire, étude clinique et anatomo-pathologique, par le docteur Paul Petit.

Ce travail intéressant, qui s'appuie sur huit observations recueillies dans la clinique de M. le docteur Doléris, s'adresse surtout aux *petits kystes* ovariques. Ces kystes, dus à l'évolution anomale de tissus préformés, reconnaissent-ils une cause unique? Sont-ils susceptibles de prendre un grand développement et comment évoluent-ils ? Peuvent-ils dégénérer en kystes prolifères ? Justifient-ils une intervention radicale ?

Telles sont les questions auxquelles M. Petit cherche à répondre.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire ses conclusions :

1° Aux deux formes principales de l'ovarite, ovarite suppurée, ovarite scléreuse, se rapportent des formations kystiques dont les principales sont : les abcès enkystés, les kystes dits folliculaires (séreux, caséeux, sanguins), et qu'il importe de bien distinguer des néoplasmes de l'ovaire.

2° Il est reconnu que les abcès sont le plus souvent en rapport avec l'état puerpéral. Il est probable qn'ils se localisent presque toujours au début dans les follicules. Nous insistons sur ce fait qu'ils peuvent persister très longtemps à l'état chronique, constituant une source latente d'infection. Quant aux kystes folliculaires proprement dits (hydrops folliculaire de Rokitanski), ils nous semblent le plus souvent reconnaître, comme cause première, la congestion morbide et répétée de l'ovaire et commander l'inflammation interstitielle bien plutôt qu'ils n'en dépendent. Hypergénèse de l'épithélium cubique par poussées successives et trop peu actives pour aboutir à la ponte, sclérose de la paroi folliculaire, dégénérescence de l'épithélium, liquéfaction des produits de rétention par des exsudats, des hémorrhagies, tels sont les phénomènes qui semblent se succéder et assigner à ces kystes un développement limité. Il faut pourtant savoir qu'ils peuvent dépasser le volume du poing.

3° En présence d'une tumeur ovarique de dimensions restreintes, alors que rien dans l'examen de l'état général et local de la malade ne permet de conclure à une tumeur maligne, alors que le traitement par les injections chaudes, le curage, etc., n'a pas encore été méthodiquement appliqué, il est sage, avant de recourir à la castration, même en présence de douleurs assez vives, de s'astreindre à une période d'expectation armée de deux à trois mois, pendant lesquels on suivra le développement de la tumeur.

A. Ricard.

Nouvelles études sur les contractions astigmatiques (1), par le docteur Georges Martin.

On sait que, dans la myopie, la papille optique apparaît communément flanquée d'un croissant blanchâtre qui semble se surajouter au disque papillaire. La thèse soutenue par M. G. Martin est la suivante : les gens myopes sont ordinairement des astigmates, et le corps ciliaire, pour corriger cet astigmatisme, accomplit des contractions partielles qui ont pour résultat de tirailler la choroïde et consécutivement les côtés du nerf optique. D'après l'auteur, le croissant papillaire, dans la très grande majorité des cas, peut-être toujours, est situé à l'extrémité d'une contraction partielle du muscle ciliaire, et c'est cette contraction qui est la cause de son apparition et de son développement. Pour établir l'influence des contractions partielles, il fallait montrer que les croissants sont toujours situés, ou tout au moins ont une prédilection toute particulière à se manifester à l'extrémité des contractions ciliaires. Or, dans les cas d'astigmatisme cornéen, la contraction varie selon la direction de l'asymétrie ; à un astigmatisme vertical, correspond une contraction correctrice horizontale ; à un astigmatisme horizontal, une correction verticale ; à un astigmatisme oblique, une correction oblique et perpendiculaire. Dans le premier cas, le croissant devra être externe ; dans le deuxième inférieur, et dans le troisième oblique à angle droit. Les faits rapportés par M. G. Martin confirment cette hypothèse.

Un des effets fâcheux, et les plus sensibles de ces contractions astigmatiques, partielles, du muscle ciliaire est de constituer un générateur puissant pour la migraine. L'auteur, observations à l'appui, conclut que les contractions astigmatiques des yeux font naître la migraine, et que celle-ci se montre précisément du côté de l'œil qui est le siège des contractions. Par suite, le moyen le meilleur de traiter une telle migraine, sera de conseiller le port des verres cylindriques appropriés, ou encore de prescrire aux migraineux une cure d'atropine destinée à paralyser le muscle ciliaire. La cure d'atropine devra durer de cinq à six semaines.

La migraine ophthalmique, soit qu'elle ne constitue elle-même qu'une modalité de la migraine classique, soit qu'elle possède une autonomie propre, reconnaîtrait, d'après M. G. Martin, le même point de départ, les contractions partielles du muscle ciliaire. Le même traitement lui serait applicable.

E. Valude.

Estudio clinico de los tumores de la vejiga (2), por el doctor Alejandro Settier, de Madrid.

La publication du docteur Settier est un bon travail sur les tumeurs de la vessie. Après avoir fait l'historique de la question, l'auteur analyse et discute les symptômes et le diagnostic avec beaucoup de sens pratique. Résumant le diagnostic, il met en parallèle les diverses écoles et il nous montre les chirurgiens de Vienne, Dittel, Ultzmann et Billroth avoir plutôt recours à l'appareil

(1) Une broch. in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

(2) Madrid. Administración de la *Revista de medicina y cirugia prácticas*, caballero de Gracia, 9.

instrumental qu'aux symptômes cliniques pour arriver au diagnostic; les Anglais, comme Thompson, ne pas formuler de diagnostic sans une opération exploratrice préalable (incision de la partie membraneuse de l'urèthre et introduction du doigt); les Français, M. Guyon principalement, établissant le diagnostic par les symptômes et n'ayant recours aux autres moyens que dans les cas absolument douteux.

L'auteur discute, en homme expérimenté, les méthodes de traitement, et il reconnaît cette vérité qu'il est impossible de rien affirmer en fait de tumeur, avant d'avoir ouvert la vessie (cystotomie) et d'avoir constaté le siège du mal.

En somme, excellente monographie à consulter avec fruit.

J.-A. F.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 24 février 1889, M. Jean Lannès est nommé secrétaire particulier du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 février 1889, ont été nommés membres du comité d'organisation du Congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme :

MM. les docteurs Audigé, Bergeron, Blache, Bouchereau, Boyer, Charpentier, G. Dujardin-Beaumetz, Hérard, Magnan, Motet, Roussel et Vidal.

— Par arrêtés ministériels, en date du 28 février 1889, M. Félix Hémon, professeur de rhétorique au Lycée Louis-le-Grand, est délégué dans les fonctions de chef du cabinet du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

M. Moulens, auditeur au Conseil d'État, est délégué dans les fonctions de sous-chef du cabinet du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

— M. le professeur Armand Gautier, membre de l'Académie de médecine, est nommé membre du comité d'organisation du Congrès international de chimie.

— M. le docteur Vacher, député, est nommé membre du comité d'organisation du Congrès international de statistique.

— MM. les docteurs de Beauvais et Monin sont nommés membres du comité d'organisation du Congrès international de sauvetage.

— *École de médecine de Caen.* — M. le professeur Bourienne est maintenu comme directeur de l'École.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Leverdier (de Montreuil-l'Argilé); Simon (de Caen); de la Tourette (de Saint-Georges-sur-Loire).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 28. — JEUDI 7 MARS 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 7 MARS 1889. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après la lecture de la correspondance et quelques présentations, M. le président a annoncé la mort de M. Legouest, et, en signe de deuil, a levé la séance. Ce n'est pas ici le lieu de retracer l'existence de cet homme éminent qui, autant par ses travaux devenus classiques que par son caractère plein de dignité, a honoré la médecine militaire. Fidèle aux principes de sage réserve qu'il a toujours suivis, M. Legouest a exprimé le désir qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Mais par la place considérable qu'il a occupée dans la chirurgie militaire, il appartient à l'histoire de la médecine, et il y a lieu de penser que, soit à l'Académie, soit à la Société de chirurgie, nous entendrons quelque jour son éloge, qui sera un bel exemple à montrer à la jeune génération de nos médecins militaires.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESNOS.

Un cas d'hystérie avec automatisme ambulatoire et tremblement.

(Observation recueillie par MM. L. ALCINDOR, interne des hôpitaux, et MAURAT, externe des hôpitaux.)

Le nommé M... J..., âgé de quarante-six ans, se présente, le 25 octobre 1888, à la consultation externe de notre maître, M. Desnos, pour demander son admission à l'hôpital. Il offre un tremblement généralisé; la marche est difficile, la parole pénible.

Reçu dans le service, ce n'est pas sans peine, à cause de la difficulté qu'il a à s'exprimer, qu'il parvient à nous donner les renseignements qui suivent sur ses antécédents de famille, et sur les siens propres.

On relève dans l'histoire de sa famille plus d'une tare nerveuse. Son père, sujet à des pertes de connaissance, présenta, à la suite de la mort de sa femme, des troubles mentaux assez caractérisés pour le faire interner dans une maison de santé.

Une des tantes du malade, sœur de son père, fut aussi enfermée dans un asile.

Un des frères de M..., mort à treize ans, avait eu, à partir de l'âge de trois ans, plusieurs attaques convulsives.

Ses souvenirs de première enfance et même d'adolescence sont confus. Il se rappelle pourtant qu'on lui a dit que, vers l'âge de sept ans, il lui arrivait de se lever et d'aller la nuit dans la maison en état de somnambulisme : une fois même il aurait ainsi allumé le four à pain qui servait à la famille.

Il avait vingt-sept ou vingt-huit ans, quand survint son premier accident nerveux grave. Se rendant à une fête où il devait voir sa fiancée, il tomba sans connaissance sur la route.

Deux ans après il eut, une nuit, une attaque convulsive. Sa femme lui raconta qu'il s'était débattu violemment au cours de cette attaque.

Onze ans se passent sans phénomène morbide. Il y a quatre ans, les accidents nerveux reparaissent, plus accentués, à la suite de la mort de sa femme. Ce malheur l'impressionne vivement. Il devient sombre; des idées de suicide le hantent; il a des pertes passagères de connaissance.

Ses attaques convulsives se reproduisent, et avec ce caractère qu'elles ne frappent pas soudainement le malade. Celui-ci les sent venir, et a le temps de se garer, même de se coucher.

Vers la même époque, plusieurs phénomènes nerveux surviennent.

Ce sont d'abord des impulsions, sous l'empire desquelles le malade quitte son travail, et marche sans savoir où il va, pendant des heures entières; c'est ensuite du *tremblement*.

Le tremblement a débuté par le pied droit, qui était le siège d'une trépidation, quand M..., à son lever du lit, posait les pieds sur le plancher. Inconstant d'ailleurs, se produisant ou s'accentuant, surtout à la suite des attaques ou des pertes de connaissance, il ne l'empêchait pas d'exercer son métier.

Un troisième symptôme s'ajoute bientôt : la paralysie du côté droit. Elle paraît s'être installée lentement. C'est la faiblesse du bras droit qui attira d'abord l'attention de notre malade.

Tous ces troubles le firent entrer, il y a un an, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Dieulafoy. M... se rappelle que, plusieurs fois, pendant son séjour à l'hôpital, on explora sa sensibilité, et il affirme qu'on pouvait alors lui enfoncer une aiguille dans un point quelconque du côté droit sans éveiller, chez lui, aucune sensation. Il semble donc avoir eu, à cette époque, une *hémianesthésie* formelle.

A sa sortie de l'hôpital Necker, il fut repris des mêmes troubles qui le tourmentaient antérieurement.

L'*automatisme ambulatoire* s'affirme plus nettement. Les fugues deviennent plus prolongées. M... quitte soudain son travail, sous la vague impression qu'il est menacé d'un péril. A partir de ce moment, il n'a plus la conscience formelle de ses actes, ou du moins ceux-ci se succèdent sans laisser chez lui des impressions durables, sous forme de souvenirs. Il erre donc, comme automatiquement, à travers les rues de Paris, ou même hors de la ville, à travers la campagne. Quand il revient à lui, bien loin alors du

point d'où il est parti, il lui semble sortir d'un rêve, et son premier soin est de demander où il se trouve. Depuis dix mois, il lui est arrivé au moins deux fois d'errer ainsi.

Il est resté, une première fois, absent de son atelier trois jours. Quand, au bout de ce temps, il s'est retrouvé lui-même, il était hors de Paris sur la voie du chemin de fer du Nord.

C'est à la suite de la seconde de ces fugues qu'il s'est décidé à demander son admission à l'hôpital de la Charité. Après deux jours de pérégrination, il s'était trouvé, le 21 octobre, à Lagny, à plus de 25 kilomètres de Paris. De cette seconde fugue, il a gardé cependant un souvenir, mais très vague : il se rappelle avoir acheté, à un certain moment, des pommes de terre frites.

La conscience ni la mémoire n'étaient donc pas abolies absolument.

Cependant, la santé générale de M... était restée bonne. Longtemps il a exercé le métier d'étameur de glaces. Il y a six ans, sur le conseil d'un médecin, et à la suite de quelques légers accidents, tels que stomatite, coliques, il abandonna ce métier. Il n'était pas, à cette époque, atteint de tremblement. Depuis il est homme de peine.

Enfin, le malade nie tout excès alcoolique.

État du malade au jour de l'entrée à l'hôpital. — M... est un homme d'apparence vigoureuse. L'intelligence est assez nette ; la mémoire, bien conservée.

La parole est lente, hésitante, comme tremblée. Pas de bégaiement à proprement parler, ni de redoublement des syllabes.

Les muscles de la face et des lèvres sont animés de mouvements convulsifs, fréquents et accentués surtout à droite.

A la langue, on les observe aussi. De plus, lorsqu'on la fait tirer au malade, elle apparaît non pas étalée et aplatie, mais globuleuse et ridée ; la pointe est portée à droite. Il semble donc y avoir de la contracture des muscles de la langue.

Ses membres sont en proie à un *tremblement* notable, généralisé, mais plus marqué à droite.

Si l'on considère les membres supérieurs, on observe, au repos, des oscillations lentes et d'amplitude faible. L'amplitude et la rapidité des oscillations augmentent, lorsqu'on provoque l'attention du malade ou qu'on lui fait faire un effort. Si on lui commande de porter un verre à ses lèvres, la main se porte bien dans la direction de la bouche, mais en subissant des oscillations, qui deviennent de plus en plus étendues à mesure qu'elle approche du but.

Il y a là quelque chose qui rappelle de près le tremblement de la sclérose en plaques.

Le tremblement est de même ordre aux membres inférieurs examinés au repos. Pendant la marche, ce qui frappe surtout, c'est la rigidité du membre inférieur droit, que le malade déplace tout d'une pièce. Il frappe le sol du talon droit. Il y a là un certain degré de contracture de la jambe droite. Ajoutons que la marche est rectiligne, et non titubante. Le réflexe rotulien est intact.

Il y a, du côté droit surtout, *une diminution notable des forces musculaires.* Au dynamomètre M... amène 20 du bras gauche, et 11 seulement du bras droit.

Les troubles de la sensibilité, non moins manifestes, n'existent qu'à droite. La sensibilité paraît intacte au membre inférieur droit, mais elle est fort diminuée sur le côté droit de la face et du tronc, et sur le bras droit.

Le réflexe pharyngé est aboli.

Le sulfate de quinine, perçu sur le côté gauche de la langue, ne l'est pas sur la moitié droite.

Le champ visuel est rétréci pour les deux yeux, mais bien plus à droite qu'à gauche. Nous n'avons pas, au jour de l'entrée du malade à l'hôpital, mesuré ce rétrécissement visuel en degrés, mais il était très facile de le constater à un simple examen pratiqué en faisant fixer au malade un objet placé devant lui, et en rapprochant progressivement un doigt de cet objet. Le violet n'est perçu ni à droite, ni à gauche.

Aucun trouble de la miction, ni de la défécation. La santé générale de M... est parfaite.

Évolution de la maladie. — Le malade est resté dans le service de M. Desnos du 25 octobre 1888 au 10 janvier 1889.

Pendant ce temps, la plupart des symptômes s'amendèrent progressivement.

Le tremblement ne tarda pas même à disparaître, ainsi que les mouvements convulsifs de la face. Parallèlement la parole redevint normale, à part une certaine lenteur dans le débit, due surtout à ce que M..., qui est Suisse allemand, ne parle pas couramment le français. Quinze jours après son entrée à l'hôpital, cette amélioration était manifeste. Deux fois, cependant, au cours de son séjour à la Charité, au mois de novembre et au mois de décembre, il eut une sorte d'attaque caractérisée par de l'angoisse, des larmes et une sensation de constriction au larynx. Il fut, à ces occasions, repris violemment et brusquement de son tremblement. La crise terminée, le tremblement diminua peu à peu ; le lendemain il avait disparu.

Il se manifesta de nouveau deux autres fois, à l'occasion d'un léger mouvement fébrile, qui dura chaque fois un petit nombre de jours. Le tremblement, qui s'était montré avec les caractères antérieurement constatés, disparut bientôt avec la fièvre.

Voici quel était l'état de notre malade à sa sortie de l'hôpital.

État à la sortie. — La parole est normale bien qu'un peu lente.

Pas de mouvements convulsifs à la face. La langue est encore contractée en masse et portée à droite.

Pas de tremblement spontané aux membres. On réveille pourtant le tremblement, mais passagèrement, en faisant opérer au malade une contraction énergique et un peu prolongée.

La marche est normale. A peine encore un peu de spasme au membre inférieur droit.

Le malade amène maintenant au dynamomètre 48 du bras gauche, 20 du bras droit.

La diminution de la sensibilité n'est plus constatable au membre supérieur droit. Elle persiste au côté droit de la face et du thorax. La zone d'anesthésie relative est limitée en bas par une ligne passant à 3 centimètres sur le thorax au-dessous du mamelon.

Le champ visuel est moins rétréci qu'au moment de l'entrée à l'hôpital. Il est, pour l'œil droit comme pour le gauche, de 70 degrés d'amplitude. Persistance de l'abolition du réflexe pharyngé et de l'anesthésie gustative sur la moitié droite de la langue.

Tels sont les faits que nous avons observés sur M... Le tremblement et les troubles de la parole rappelaient la sclérose en plaques, mais les autres symptômes et l'évolution de la maladie protestent contre ce diagnostic. Considéré isolément, le tremblement pouvait faire songer à l'intoxication mercurielle, mais, sans parler de l'évolution de ce symptôme, rappelons-nous que M... a commencé de trembler deux ans après avoir cessé l'emploi du mercure. Dans le tableau que nous avons tracé, un trait, et non le moins important, nous voulons dire l'automatisme ambulatoire, est ordinairement rapporté à l'épilepsie. Mais l'épilepsie seule expliquerait-elle cette parésie et cette contracture droite, ces troubles de la sensibilité générale et spéciale ? Nous fondant, au contraire, sur la contracture de la langue, sur le mode de distribution de l'anesthésie cutanée, sur l'abolition du réflexe pharyngé, sur le rétrécissement du champ visuel, sur l'hémianesthésie gustative, sur la dyschromatopsie, nous voyons dans notre malade un hystérique, et nous nous croyons fondés à mettre les autres symptômes, comme le tremblement et les fugues, sur le compte de l'hystérie.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Des modes d'administration de l'iodure de potassium dans la syphilis.

Dans ma précédente leçon (1), je vous ai entretenus du traitement des accidents syphilitiques par l'iodure de potassium, ou plutôt du mode d'action de cet agent médicamenteux, ainsi que de ses indications et de ses contre-indications, suivant les individus. Pour en terminer avec ce médicament, il me reste à traiter, devant vous, la question du mode d'administration.

L'iodure de potassium peut, à la rigueur, s'administrer de trois façons différentes : 1° par la peau, c'est-à-dire en injections sous-cutanées ; 2° par les voies inférieures, c'est-à-dire en lavements ; 3° par les voies supérieures, c'est-à-dire par la bouche, soit par ingestion.

Le premier moyen — injections sous-cutanées — est des plus rarement employés, car il est loin d'être inoffensif ; maintes fois on a vu les injections sous-cutanées d'iodure de potassium déterminer la formation d'eschares ; aussi n'est-il guère admissible que dans le cas, par exemple, de syphilis cérébrale avec accidents comateux.

Je n'ai que peu de choses à dire également du mode d'administration de l'iodure de potassium par les voies inférieures, auquel on n'a guère recours qu'en présence d'une intolérance absolue de l'estomac pour ce médicament. Dans ce cas, alors, on commence par débarrasser le rectum des matières stercorales qu'il renferme à l'aide d'un lavement simple, puis on administre l'iodure de potassium à la dose de 2, 3, 4 ou 5 grammes dans un quart de lavement, en ayant soin d'y ajouter quelques gouttes de laudanum, afin d'en faciliter également la tolérance.

Quant à l'ingestion par les voies supérieures, qui constitue le troisième mode d'administration de cet agent thérapeutique, elle est pour ainsi dire le seul moyen employé ou tout au moins celui auquel on s'adresse dans l'immense majorité des cas. Mais alors sous quelle forme doit-on prescrire l'iodure de potassium ? en pilules, en dragées ? Non, d'abord parce que le procédé serait peu pratique en raison du grand nombre de pilules qui serait nécessaire pour atteindre les doses voulues, ensuite parce que, dans une pilule ou dans une dragée, l'iodure de potassium n'est pas dissous. D'où il résulte que la seule forme à laquelle on doive et on puisse pratiquement avoir recours, est l'iodure soit en solution, soit en sirop ; dans ce cas, il est indispensable que la préparation, solution ou sirop, soit convenablement titrée, de sorte qu'une cuillerée contienne 1 gramme d'iodure de potassium. Voici, du reste, les deux meilleures formules :

1° *Solution*

Eau distillée.	500 grammes
Iodure de potassium.	30 —

2° *Sirop*

Sirop d'écorces d'oranges amères.	500 grammes
Iodure de potassium.	25 —

De plus, lorsque vous prescrivez la solution ci-dessus, vous devez avoir grand soin de ne jamais la donner pure, car elle serait trop forte, mais diluée de la manière suivante : une cuillerée de la solution dans un demi-verre d'eau sucrée ou édulcorée avec un sirop aromatique, ou bien dans un bol de lait, ou, ce qui est de beaucoup préférable, dans de la bière.

Si, au contraire, vous avez recours à la seconde formule (sirop et iodure), vous choisirez un sirop un peu peptique et de saveur agréable. Chez les malades les plus réfractaires à l'iodure de potassium, vous ferez prendre votre médicament dans du sirop de quinquina par exemple, ou du sirop de café, du sirop de groseille ou du sirop simple additionné soit de curaçao, soit d'anisette. Je prescris de préférence la formule suivante qui est généralement la mieux acceptée des femmes :

Sirop simple	350 grammes
Anisette de Bordeaux	150 —
Iodure de potassium.	25 —

Autre question : Quand et comment doit-on administrer l'iodure de potassium ? En ayant soin de subdiviser les doses quotidiennes en plusieurs doses partielles, afin d'éviter l'intolérance gastrique ; ainsi avez-vous ordonné 3 grammes, par exemple, d'iodure de potassium par jour ? Ces 3 grammes seront divisés en deux ou trois doses. De plus, vous prescrirez à votre malade de prendre chacune des doses fractionnées, soit immédiatement avant le repas (quelques secondes), soit au cours dudit repas, de telle sorte qu'il soit le mieux toléré possible par l'estomac. C'est ainsi qu'employant la solution d'iodure de potassium, vous verserez dès le matin votre ration quotidienne de ladite solution dans la ration quotidienne d'eau que vous avez l'habitude de consommer avec votre vin.

J'arrive maintenant à la question des doses à prescrire, question sur laquelle on est loin malheureusement d'être d'accord. En effet, les dissidences entre médecins sont telles à cet égard que les uns n'admettent l'administration de l'iodure de potassium qu'à de très petites doses : 25, 50 et 75 centigrammes, tandis que d'autres tombent dans l'exagération contraire, prescrivant l'iodure à des doses de 15, 20, 25 grammes et plus même par jour. Entre ces deux opinions extrêmes se trouve la vérité.

De même que pour tous les médicaments, il n'y a pas, pour l'iodure de potassium, de doses invariables, mais celles-ci sont en rapport avec les indications selon les sujets. Néanmoins, il existe une dose efficace moyenne, empiriquement parlant, qui oscille, pour un sujet adulte, de sexe masculin, entre 3 et 4 grammes par jour, et pour un sujet également adulte, de sexe féminin, entre 2 et 3 grammes par jour. Des doses inférieures sont absolument insuffisantes; il en est de même des doses supérieures, qui, parfois utiles, sont le plus souvent inutiles. Le diapason thérapeutique de l'iodure de potassium oscille donc, en réalité, entre 3 et 4 grammes pour l'homme, entre 2 et 3 grammes pour la femme.

A côté de la dose efficace moyenne, il y a ce que l'on peut appeler la dose intensive, laquelle, parfois nécessaire du moins dans certains cas, commence à 5 grammes et finit à 10 grammes. Inutile et excessive d'habitude, cette dose intensive n'est réclamée que dans les cas où il est nécessaire de frapper un grand coup, de vaincre l'accoutumance de l'organisme comme dans le cas de syphilis cérébrale, de phagédénisme aigu, menaçant, ou de lésions anciennes. En pareils cas, est-il nécessaire de dépasser le

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 189.

chiffre de 10 grammes, d'en arriver à des doses énormes? Nullement. On a, dans ces dernières années, fait de véritables excès, des orgies d'iodure de potassium, en en poussant les doses jusqu'au chiffre de 40 grammes et plus par jour. Qu'autrefois on ait agi ainsi, alors que l'iodure de potassium, médicament nouveau, était mal connu, qu'on ait été jusqu'à des doses de 50 et même de 70 grammes par jour, comme Puche à l'hôpital du Midi, soit! Mais aujourd'hui, après les connaissances que nous possédons sur cet agent thérapeutique, cela n'est plus permis. Ce sont là véritablement des doses de fantaisie, d'autant plus qu'il n'y a aucune différence d'action que cette dose soit de 20, de 40, de 50 grammes et plus.

On a dit que de pareilles doses étaient inoffensives, qu'elles étaient généralement bien tolérées, je le veux bien; mais il est des cas cependant où l'iodure de potassium, administré à des doses supérieures à celles de 10 ou 12 grammes, a donné lieu à de violents accès de gastralgie, à une dyspepsie persistante. J'ajoute que le meilleur argument que l'on puisse invoquer contre de pareils chiffres est leur inutilité, car l'action de ce médicament, prescrit à la dose de 20, 30, 40 grammes et plus, n'est nullement supérieure à celle du même médicament pris à la dose quotidienne de 10 ou 12 grammes. Ceci, je l'affirme, de par mon expérience personnelle. Une dose quotidienne de 10 à 12 grammes est donc la dose maxima à laquelle on doive avoir recours.

Enfin, dernière question, quand on administre l'iodure de potassium, quelle doit être la dose initiale? Je vous rappellerai ce que je vous disais au sujet des accidents graves produits par ce médicament, tels notamment que l'œdème de la glotte, etc., accidents survenus invariablement dans le cas de doses extrêmement minimes données au début du traitement. Théoriquement l'on pourrait croire que l'on doit commencer par des petites doses et arriver peu à peu à des doses plus élevées. Cela paraît logique, rationnel, théoriquement je le répète, mais cela est aussi démenti par l'expérience. Celle-ci, en effet, a démontré qu'il était absolument dangereux de commencer le traitement de la syphilis par l'iodure de potassium en prescrivant des doses de 10, 15, 20, 25, 50 et même 75 centigrammes. C'est au point que, si je devais moi-même me soumettre au traitement par l'iodure de potassium, je me refuserais à prendre, pour commencer, 20 ou 25 centigrammes, pour n'accepter qu'une dose de 2 à 3 grammes comme chiffre minimum.

Bref, la dose *initiale* de l'iodure de potassium doit être, pour un sujet adulte homme, de constitution et de force moyennes, 2 grammes par jour, et pour la femme dans les mêmes conditions d'âge, de force et de constitution, 1gr,50, doses initiales qui sont, dans l'immense majorité des cas, bien tolérées et nullement dangereuses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mars 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'Intérieur, qui demande à l'Académie de vouloir bien examiner s'il ne conviendrait pas d'autoriser les pharmaciens à vendre des liquides antiseptiques, sur la prescription des sages-femmes pourvues d'un diplôme;

2° Un pli cacheté de M. Allio, de Neung (Loir-et-Cher), intitulé : « Neutralisation du virus rabique, par l'inoculation d'un autre virus qui semble s'opposer absolument à la génération de la rage dans toute une race de chiens. »

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Legouest, ancien président de l'Académie.

En signe de deuil, la séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Instruction pour l'admission à l'École du service de santé militaire en 1889.

Paris, le 1er mars 1889.

Le ministre de la Guerre à MM. les préfets des départements.

Monsieur le préfet, j'ai l'honneur de vous adresser ci-joints des exemplaires de l'instruction pour le concours d'admission à l'École du service de santé militaire, qui doit s'ouvrir le 8 août prochain.

Je vous prie de lui donner toute la publicité possible, et de la faire insérer, à cet effet, dans les journaux du département que vous administrez. J'appelle particulièrement votre attention sur les dispositions relatives à l'inscription pour le concours, et principalement sur la date extrême d'inscription, qui est fixée au 25 juillet au soir.

Inscription

Les aspirants devant, comme l'instruction l'indique, se faire inscrire dans les préfectures des départements, vous aurez à faire ouvrir, à la date du 1er juillet, une liste d'inscription.

Ne seront admis à se faire inscrire à votre préfecture que les candidats qui font leurs études médicales dans le département et qui rempliront toutes les conditions exigées. Il importe essentiellement que vous refusiez l'inscription de tout candidat qui aurait dépassé la limite d'âge, ou qui, étant militaire, ne justifierait pas du temps de service exigé par l'instruction (1). Il ne sera accordé aucune dispense d'âge ou de temps de service.

Il est nécessaire que le lieu où se trouve chaque candidat et la Faculté ou l'École de médecine où il fait ses études, soient indiqués d'une manière très précise sur la liste d'inscription, que toutes les pièces, notamment les actes de naissance, soient régulièrement établies, et que ceux de ces actes qui concernent des jeunes gens dont les parents habitent en pays étranger, ou qui seraient naturalisés Français, soient appuyés de titres nécessaires pour bien constater que le candidat est Français.

Enfin, je vous prie de veiller à ce que le dossier de chaque candidat ne renferme que les pièces exigées pour l'inscription.

Le candidat qui n'aurait pas produit lesdites pièces, s'exposerait à ne point être admis à l'École du service de santé militaire, lors même qu'il aurait subi avec succès les épreuves d'examen.

Je crois devoir appeler spécialement votre attention sur la déclaration exigée de tous les candidats sans distinction, relativement aux centres d'examen qu'ils auront choisis; vous voudrez bien veiller à ce que cette pièce soit exactement jointe à chaque dossier; et vous vous assurerez en même temps que les villes choisies figurent dans l'énumération des centres d'examen.

La liste d'inscription devra être close le 25 juillet prochain au soir, terme de rigueur, et m'être envoyée le lendemain; elle devra être établie suivant l'ordre alphabétique, et les dossiers seront classés dans le même ordre.

Si aucun candidat ne s'est présenté, la liste destinée à l'inscription portera « néant » et ne m'en sera pas moins envoyée à l'époque fixée ci-dessus.

(1) Six mois de service réel et effectif au 1er juillet de l'année du concours.

Places gratuites.

Les demandes de bourse seront déposées à votre préfecture, par les familles résidant dans votre département, du 1er au 25 juillet au soir.

En ne limitant pas le nombre des bourses à accorder aux élèves des Écoles polytechnique, spéciale militaire et du service de santé militaire, le législateur a voulu que la carrière des jeunes gens qui se destinent à ces Écoles ne fût pas entravée par le manque de fortune; et, en substituant à l'attestation isolée des maires une délibération du conseil municipal, il a eu en vue d'empêcher que la justification des moyens d'existence des parents ne donnât lieu à de regrettables inexactitudes; il a voulu, enfin, éviter l'abus d'une mesure qui ne doit profiter qu'aux familles hors d'état, vu leur peu de ressources, de suffire aux charges de la pension.

Je vous invite à faire comprendre aux conseils municipaux que l'équité aussi bien que les intérêts du Trésor exigent qu'ils ne s'écartent pas de ces principes dans les avis qu'ils auront à émettre.

J'ai remarqué trop souvent que ces conseils donnent des attestations d'insuffisance de fortune, en faveur de familles qui sont notoirement en position de subvenir aux frais d'instruction de leurs enfants, et que les pièces servant à constater la position des pétitionnaires sont parfois incomplètes. Je vous prie donc d'insister auprès des conseils municipaux pour qu'ils examinent mûrement la situation de fortune avant d'émettre un avis sur les demandes de bourse, et de bien vous assurer que chaque demande est accompagnée de tous les renseignements nécessaires.

Les délibérations de ces conseils devront être l'objet d'un scrupuleux examen de votre part, et vous ferez usage de la connaissance personnelle que vous auriez de la position des familles pour ne donner votre approbation qu'aux propositions qui seraient parfaitement motivées.

L'état n° 2, dont je vous adresse des exemplaires, est destiné à recevoir tous les renseignements que vous aurez pu vous procurer sur la position de fortune du candidat et de sa famille; un de ces états sera joint à chacune des demandes que vous aurez à me transmettre.

Toute demande produite après le 25 juillet, de quelque manière qu'elle se présente et quelles que soient les causes du retard, sera irrévocablement écartée.

Il est important que les familles soient prévenues des dispositions qui précèdent, auxquelles je vous invite à donner toute la publicité possible.

Votre travail devra m'être envoyé, avec chaque dossier régularisé, avant le 1er octobre, dernier délai, de manière que les demandes puissent être soumises à l'examen des conseils de l'École avant la publication de la liste d'admission.

Toute demande de bourse qui me sera adressée directement vous sera renvoyée pour être l'objet de l'examen prescrit par la présente circulaire.

Recevez, monsieur le préfet, l'assurance de ma considération très distinguée.

C. DE FREYCINET.

Instruction pour l'admission à l'École du service de santé militaire en 1889.

TITRE PREMIER

INSTITUTION DE L'ÉCOLE

L'École du service de santé militaire, établie près la Faculté de médecine de Lyon, a pour objet : 1° d'assurer le recrutement des médecins de l'armée active; 2° de seconder les études universitaires des élèves du service de santé militaire; 3° de donner à ces élèves l'éducation militaire jusqu'à leur passage à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce).

L'effectif des élèves est fixé chaque année par le ministre de la Guerre.

Les élèves se recrutent parmi les étudiants en médecine, dans les conditions indiquées au titre II. Ils reçoivent à l'École l'instruction définie plus loin.

Aucun élève ne peut être autorisé à redoubler une année d'études, à moins que des circonstances graves ne lui aient occasionné une suspension forcée de travail, pendant plus de deux mois.

Tout élève, qui aura subi à un même examen de la Faculté ou de l'École deux échecs successifs, est exclu de l'École.

Le conseil de discipline donne son avis; le ministre décide.

Sauf le cas où il en aurait été renvoyé pour indiscipline ou inconduite, l'élève qui a cessé de faire partie de l'École peut y être admis de nouveau, par voie de concours, s'il remplit encore les conditions générales d'admission.

Lorsque les élèves sont pourvus du diplôme de docteur en médecine et remplissent du reste les conditions déterminées par les décisions ministérielles, ils passent de droit à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce).

Le jour où ils sont promus médecins aides-majors de deuxième classe, il leur est attribué cinq ans de service.

Ils sont soumis, à l'École du service de santé, au régime militaire.

En même temps qu'ils suivent les cours, cliniques, conférences et travaux pratiques de la Faculté de médecine, ils reçoivent à l'École un complément d'instruction scientifique et littéraire.

TITRE II

MODE ET CONDITIONS D'ADMISSION DES ÉLÈVES

Nul n'est admis à l'École du service de santé que par la voie du concours.

Les étudiants de 4 à 12 inscriptions, valables pour le doctorat, sont admis à concourir en 1889 pour entrer à l'École; ceux à 16 inscriptions pourront concourir pour des emplois d'élèves du service militaire, mais ne seront pas admis à l'École. Ils recevront une indemnité de 100 fr. par mois à partir de leur admission et devront être reçus docteurs avant le 1er février de l'année qui suivra leur admission.

En 1890, pour la dernière fois, les étudiants pourvus de 8 inscriptions seront admis au concours, l'École ne devant plus, dès 1891, recevoir que des étudiants pourvus de 4 inscriptions et ayant subi le 1er examen de doctorat.

Nul ne peut être admis au concours s'il n'a préalablement justifié :

1° Qu'il est Français ou naturalisé Français;

2° Qu'il a eu, au 1er janvier de l'année du concours :

Moins de 22 ans, pour les élèves concourant pour entrer en 4e division (4 inscriptions);

Moins de 23 ans, pour les élèves concourant pour entrer en 3e division (8 inscriptions);

Moins de 24 ans, pour les élèves concourant pour entrer en 2e division (12 inscriptions);

Moins de 25 ans, pour les élèves concourant à 16 inscriptions.

Néanmoins, les sous-officiers, caporaux ou brigadiers et soldats ayant 4 inscriptions et âgés de plus de 22 ans, qui auront accompli au 1er juillet six mois de service réel et effectif, sont autorisés à concourir, pourvu qu'ils n'aient pas dépassé l'âge de 25 ans à cette même date et qu'ils soient encore sous les drapeaux au moment du commencement des épreuves.

3° Qu'il a été vacciné avec succès ou qu'il a eu la petite vérole;

4° Qu'il est robuste, bien constitué, et qu'il n'est atteint d'aucune infirmité susceptible de le rendre inapte au service militaire;

5° Qu'il est pourvu du diplôme de bachelier ès lettres (1re et 2e parties) et de celui de bachelier ès sciences, complet ou restreint, pour la partie mathématique, ainsi que du nombre d'inscriptions valables pour le doctorat et des examens probatoires correspondant à un des groupes ci-dessus désignés.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée, pour quelque motif que ce soit.

L'élève fera partie, à l'École, de la division correspondant à l'année scolaire pour laquelle il aura concouru, quel-que soit le nombre réel de ses inscriptions.

Le prix de la pension est de 1 000 francs par an ; celui du trousseau est déterminé chaque année par le ministre de la Guerre.

En 1890, il sera de 1 000 francs.

Les livres et les instruments nécessaires aux études des élèves leur sont fournis par l'État, et sont comptés dans le prix du trousseau.

Transitoirement, le prix de la pension, pour les élèves de quatrième année, est calculé par mois, d'après le temps que les élèves passent à l'École.

Le prix du trousseau est de 898 francs pour les élèves qui y passent deux ans, et de 861 fr. 65, pour ceux qui n'y restent qu'une année.

Des bourses et des demi-bourses, des trousseaux et des demi-trousseaux peuvent être accordés aux élèves qui ont préalablement fait constater, dans les formes prescrites, l'insuffisance des ressources de leur famille pour leur entretien à l'École.

Les différents droits de scolarité et d'examen, à partir de l'admission, sont payés par le ministre de la Guerre, conformément aux règlements universitaires.

Les élèves démissionnaires ou exclus de l'École sont tenus au remboursement des frais de scolarité et, s'ils ont été boursiers, au paiement du montant des frais de pension et trousseau, avancés par l'administration de la Guerre.

Les élèves non militaires doivent contracter un engagement régulier avant leur entrée à l'École, s'ils sont âgés de plus de dix-huit ans, ou dès qu'ils auront atteint cet âge.

Les élèves, dont le temps de service expirera pendant leur séjour à l'École, seront tenus de contracter un rengagement.

Tous les élèves contractent, en outre, à leur entrée à l'École, l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le corps de santé de l'armée active, à partir de leur promotion au grade de médecin aide-major de deuxième classe.

A leur arrivée à l'École, les élèves sont soumis à une visite médicale ; ils ne sont définitivement admis que s'ils sont déclarés aptes au service militaire. Si l'élève est jugé inapte au service militaire, il est renvoyé devant la commission spéciale de réforme, qui statue.

TITRE III

FORMALITÉS PRÉLIMINAIRES

Les candidats qui remplissent les conditions ci-dessus indiquées devront se faire inscrire avant le 25 juillet au soir : s'ils sont civils, à la préfecture du département où ils font leurs études, et, s'ils sont militaires, à la préfecture du département dans lequel ils sont en garnison. Nulle inscription ne sera admise après cette époque, aucune liste supplémentaire ne devant être établie.

La liste sera close le 25 juillet au soir ; elle sera adressée sans aucun délai au ministre de la Guerre (7e direction), qui fera parvenir en temps opportun aux directeurs du service de santé des corps d'armée comprenant un centre d'examen d'admissibilité ou d'épreuves définitives, les noms de tous les candidats inscrits qui auront choisi ce centre d'examen. La liste comprenant ces noms sera remise au médecin-chef chargé de faire l'appel des candidats.

Les pièces à produire pour l'inscription sont :

1° L'acte de naissance et celui du père du candidat, revêtus des formalités prescrites par la loi ;

2° Un certificat du commandant de recrutement de la subdivision territoriale constatant, dans les mêmes conditions que pour l'engagement volontaire, l'aptitude réelle au service militaire ;

3° Un certificat du médecin militaire chargé du service du recrutement, constatant que le candidat a été vacciné avec succès ou a eu la petite vérole ;

4° Un certificat délivré par le commandant du bureau du recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ;

5° Une déclaration écrite, indiquant les centres de composition et d'examen choisis par le candidat parmi les villes désignées ci-dessous et dans lesquelles il devra se rendre aux dates fixées, sans attendre aucun avertissement particulier.

Une fois le choix fait, aucun candidat ne sera autorisé à changer de centre d'examen, soit pour les épreuves orales, soit pour les épreuves écrites, que pour des motifs graves et par décision spéciale du ministre ;

6° Les certificats des examens réglementaires correspondent à la période de scolarité, où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ces examens (ces certificats pourront n'être produits que le jour de l'ouverture des épreuves) ;

7° L'indication du domicile où lui sera adressée, en cas d'admission, sa commission d'élève du service de santé, ou de la ville où il désire continuer ses études, dans le cas où le candidat aurait 16 inscriptions ;

8° Une déclaration, sur papier libre, du père, de la mère, du tuteur ou de l'élève lui-même, s'il est majeur ou jouit de ses biens, reconnaissant qu'il est en mesure de payer la pension ou, à défaut de cette déclaration, la remise d'une demande de concession de bourse, sur papier timbré.

Les candidats présents sous les drapeaux doivent fournir les mêmes pièces, moins les certificats de vaccine et d'aptitude au service militaire ; ils produisent en outre :

1° Un état signalétique et des services ;

2° Un certificat de bonne conduite ;

3° Un relevé des punitions ;

4° Une déclaration du chef de corps, indiquant que le candidat comptera, au 1er juillet de l'année du concours, six mois de service réel et effectif sous les drapeaux. Cette condition n'est exigée que des candidats militaires ayant dépassé la limite d'âge imposée aux candidats civils.

L'épreuve écrite aura lieu dans les villes suivantes :

Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours.

Les épreuves orales auront lieu à :

Paris (Val-de-Grâce), le 2 septembre ;
Lille (hôpital militaire), le 6 septembre ;
Nancy (hôpital militaire), le 10 septembre ;
Lyon (École du service de santé militaire), le 14 septembre ;
Montpellier (hospice mixte), le 19 septembre ;
Bordeaux (hôpital militaire), le 23 septembre ;
Rennes (hôpital militaire), le 27 septembre.

Les candidats militaires ne peuvent choisir comme centre de composition et d'examen oral que les villes les plus rapprochées du lieu où ils sont en garnison ; à l'époque des examens, ils auront droit à des permissions dont la durée sera calculée d'après le temps nécessaire au voyage et à l'examen.

S'ils sont compris dans la liste d'admission, ils seront placés en position de congé pouvant être renouvelé aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élève du service de santé militaire. La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité pendant le cours de leurs études.

En cas de changement de garnison entre l'inscription et l'examen, les chefs de corps en informent directement le ministre (7e direction), qui prend les mesures nécessaires.

L'offre de démission des candidats admis à l'École devra être accompagnée du consentement de leur père ou de leur tuteur, s'ils ne sont pas majeurs. Les pièces fournies par les candidats qui ne seraient point admis à l'École leur seront ultérieurement restituées par la préfecture où l'inscription aura été effectuée.

TITRE IV

FORME ET NATURE DES ÉPREUVES.

Il y aura des épreuves d'admissibilité et des épreuves définitives.

1° Epreuves d'admissibilité.

Pour les candidats concourant à 4 inscriptions et ayant satisfait au 1er examen de doctorat :

1° Une composition française sur un sujet de philosophie (programme du baccalauréat ès lettres) ou d'histoire générale de l'Europe, du traité de Westphalie (1648) à la Constitution de 1875;

2° Une composition écrite sur un sujet d'histoire naturelle, de physique ou de chimie médicales;

3° Une composition écrite de langue étrangère (allemand ou anglais). Cette composition consistera en un thème d'une page environ; elle se fera sans le secours d'aucun livre. Elle sera facultative en 1889 et donnera aux candidats qui la feront un avantage de points indiqué plus loin, qui ne compteront, du reste, que pour le classement définitif. A partir de 1890, elle sera exigible;

4° Des interrogations sur la chimie médicale. Deux questions, empruntées au programme détaillé qui suit, seront tirées au sort.

Il sera mis dans l'urne un nombre de questions double de celui des candidats. La même question pourra, au besoin, être mise plusieurs fois dans l'urne.

Pour les candidats concourant à 8 inscriptions :

1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie ou de physiologie;

2° Une composition écrite de langue étrangère, dans les mêmes conditions que pour les candidats à 4 inscriptions;

3° Des interrogations sur l'anatomie. Deux questions seront tirées au sort dans les mêmes conditions que ci-dessus.

Pour les candidats concourant à 12 inscriptions et ayant satisfait à la 1re partie du 2e examen de doctorat :

1° Une composition écrite sur une question de pathologie générale;

2° Une composition écrite, facultative, de langue étrangère, dans les mêmes conditions que plus haut;

3° Des interrogations sur l'anatomie et la physiologie.

Pour les candidats ayant 16 inscriptions :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie et de thérapeutique;

2° Une composition écrite, facultative, de langue étrangère, dans les mêmes conditions que plus haut;

3° Des interrogations sur la pathologie externe et la médecine opératoire.

Compositions écrites.

La composition médicale se fera le 8 août, à huit heures du matin, dans une salle de l'hôpital militaire ou de l'École (Paris et Lyon), ou dans le local désigné par le général commandant le corps d'armée, sur la proposition du directeur du service de santé. Trois heures sont accordées pour sa rédaction.

La composition de langue étrangère se fera le même jour, à deux heures de l'après-midi, dans le même local. Deux heures sont accordées pour cette épreuve.

La composition d'histoire ou de philosophie se fera le lendemain matin, à huit heures, dans le même local. Trois heures sont accordées pour cette composition.

Les sujets sont les mêmes partout, pour chaque catégorie de candidats : ils sont choisis par le jury, qui se réunit à cet effet en commission spéciale, au ministère de la Guerre.

Chaque sujet est mis par cette commission dans une enveloppe cachetée à la cire et dont la suscription indique seulement la nature de la composition et la catégorie de candidats. Ces enveloppes sont réunies dans une deuxième enveloppe, qui est adressée au médecin-chef de l'hôpital militaire on des salles militaires de l'hospice mixte des localités ci-dessus désignées, par l'intermédiaire du général commandant le corps d'armée.

Les enveloppes sont décachetées par le médecin-chef, en présence des candidats; le procès-verbal de la séance devra constater que le cachet était intact.

Les candidats ne peuvent se servir ni de livres ni de notes. Ils sont surveillés, pendant leurs compositions, par un médecin militaire désigné par le médecin-chef de l'hôpital.

Les compositions sont faites sur des feuilles à en-tête imprimé distinctes par catégorie, envoyées par le ministre de la Guerre au médecin-chef, qui les remet aux candidats au commencement de la séance, après les avoir revêtues de sa signature et de son cachet; ce cachet devra être apposé en même temps sur le corps de la feuille et sur l'en-tête imprimé.

Chaque candidat inscrit son nom et ses prénoms et appose sa signature à l'endroit indiqué, avant de remettre la composition au médecin-chef. Ce dernier détache les en-têtes imprimés et les réunit dans une enveloppe distincte, par catégorie, qui est jointe à l'enveloppe dans laquelle les compositions sont également réunies par catégories ; le nom est remplacé par un numéro d'ordre qui est reproduit sur la feuille de composition et sur l'en-tête.

Le tout est adressé, le jour même, par l'intermédiaire du directeur du service de santé, au ministre (direction du service de santé), qui transmet les compositions aux examinateurs pour les corriger, mais conserve les enveloppes contenant les en-têtes.

Les enveloppes contenant les compositions et les en-têtes imprimés devront porter d'une manière très apparente la mention : Résultat d'un concours.

Les compositions sont cotées par les examinateurs, qui établissent la liste dans chaque catégorie) par ordre de mérite et d'après le nombre de points obtenus; le président du jury l'adresse au ministre. Les enveloppes contenant les en-têtes sont alors ouvertes, et les noms des candidats sont inscrits sur la liste générale, à l'aide du numéro d'ordre porté sur l'en-tête imprimé, qui avait été séparé.

Epreuve orale.

Tous les candidats devront être rendus, la veille du jour fixé pour ces examens, dans la ville qu'ils auront choisie, et se présenter au médecin-chef de l'hôpital militaire ou des salles militaire de l'hospice mixte qui leur donnera les renseignements nécessaires pour les examens du lendemain.

Les examens oraux pour l'admissibilité auront une durée de quinze minutes pour chaque candidat. La note obtenue par chacun d'eux, combinée avec les notes des compositions écrites, détermine l'admissibilité. Tout candidat qui n'aura pas obtenu une moyenne de 440 points, pour les candidats à 4 et à 8 inscriptions, de 550 points pour les candidats à 12 inscriptions et de 605 points pour les candidats à 16 inscriptions, non compris les points obtenus pour l'épreuve facultative de langue étrangère, ne sera pas admis aux épreuves définitives.

Les examens oraux seront publics.

2° Epreuves définitives.

Le président du jury fait connaître quels sont les candidats admis à subir les épreuves définitives. Elles sont publiques et consistent:

Pour les candidats concourant à quatre inscriptions, en des interrogations sur l'histoire naturelle et la physique médicales ;

Pour les candidats concourant à huit inscriptions, en interrogations sur la physiologie et l'histologie normale;

Pour les candidats concourant à douze inscriptions, en interrogations sur les pathologies générale, interne et externe.

Pour les candidats concourant à seize inscriptions, en interrogations sur la pathologie interne, l'hygiène et la thérapeutique.

La durée de l'interrogation est fixée à vingt minutes pour chaque candidat.

Après la clôture des examens dans une localité, le président du jury adresse au ministre le résultat de ces examens.

Après la clôture de tous les examens, le jury établit la liste des candidats classés par ordre de mérite, d'après l'ensemble des points obtenus ; et le président du jury l'adresse, avec les procès-

verbaux des séances, au ministre qui arrête la liste des candidats nommés élèves du service de santé militaire.

Histoire naturelle médicale.

Règne animal.

A) Vertébrés. — Généralités. Classification.

Mammifères. — Généralités. Anatomie comparée et physiologie. Division. Races humaines. Castoréum. Musc.

Oiseaux. — Généralités. Développement de l'œuf. Classification.

Reptiles. — Généralités. Classification. Venin et appareil venimeux des ophidiens.

Batraciens. Généralités.

Poissons. — Généralités et classification. Poissons électriques, poissons vénéneux. Ichthyocolle et huile de foie de morue.

B) Annelés. — Généralités et classification.

Insectes. — Généralités. Classification. Cantharides, cynips, abeilles, cochenille. Pediculi.

Arachnides. — Scorpion. Sarcoptes. Demodex.

Annélides. — Sangsues.

Nématoïdes. — Ascaride lombricoïde. Oxyure. Filaire. Trichine. Trichocéphale.

Cestoïdes. — Tænias. Bothriocéphales, vers vésiculaires.

Mollusques. — Caractères généraux.

Zoophytes. — Grégarines. Amibes. Vibrioniens. Caractères généraux. Développement et classification des vibrioniens; leur rôle dans les fermentations et dans les maladies. Vibrioniens aérobies et anaréobies. Reproduction des vibrioniens. Infusoires ciliés. Parasites.

Règne végétal.

Anatomie. — Cellules, fibres, vaisseaux, tissus végétaux. Contenu des cellules, sucs divers. Chlorophylle, ses fonctions. Fécules.

Nutrition. — Racine, tige, feuilles, bourgeons, organes accessoires. Absorption, circulation, transpiration, respiration, assimilation, accroissement.

Reproduction. — Fleur, préfloraison, inflorescence, calice, corolle, étamines, pistil, fécondation, fruit, graine, germination.

Classifications botaniques. — Système de Linné. Méthode de Jussieu et de De Candolle.

Géographie botanique. Botanique fossile.

Cryptogames. — Caractères généraux et classification, principales familles. Algues, champignons, espèces utiles et nuisibles. Lichens. Mousses. Fougères.

Phanérogames. — Caractères généraux et classification. Caractères des principales familles. Notions sur les espèces utilisées en médecine.

Liliacées (scille, aloès). Graminées. Conifères. Euphorbiacées (ricin, croton tiglium, euphorbe). Polygonées (rhubarbe). Labiées. Composées Rubiacées (quinquina, café). Rosacées. Légumineuses. Ombellifères. Solanées (tabac, jusquiame, belladone). Malvacées. Papavéracées (opium). Crucifères. Renonculacées.

Physique médicale.

Pesanteur. — Poids et centre de gravité des corps solides. Balances, poulies, moufles, pendule simple et pendule composé.

Hydrostatique. — Transmissions des pressions dans les liquides. Principe de Pascal. Presse hydraulique. Principe d'Archimède. Poids spécifique des solides et des liquides. Détermination du poids spécifique. Aréomètre. Capillarité.

Poids spécifique des gaz. — Pression atmosphérique. Baromètre. Siphon. Tube de Faucher. Pompes. Machine pneumatique. Ventouse. Aérostats.

Compression des gaz. — Loi de Mariotte. Force élastique des gaz. Manomètres. Echange des gaz dans le poumon.

Acoustique. — Son, origine du son, vitesse et propagation du son. Réflexion et renforcement du son. Cornet acoustique. Qualités du son. Sirène. Tuyaux sonores. Vibrations des cordes, des plaques et des membranes.

Chaleur. — Dilatation des corps par la chaleur. Thermomètres. Thermomètres médicaux. Pendule compensateur.

Conductibilité. — Vêtement. Chaleur spécifique. Fusion. Ebullition. Chaleur latente. Froid produit par l'évaporation des gaz condensés. Appareil Carré, appareil de Richardson.

Sources de chaleur. — Chaleur animale. Température du corps humain.

Hygrométrie. — Etat hygrométrique de l'air. Chauffage. Ventilation.

Optique. — Vitesse de la lumière. Réflexion de la lumière. Miroir. Réfraction de la lumière. Lentille. Propriété des prismes. Spectre solaire. Couleurs complémentaires. Couleurs fondamentales. Daltonisme. Achromatisme.

Spectroscope. — Analyse spectrale du sang. Loupe. Microscope. Œil théorique. — Anomalies de la réfraction. Stéréoscope.

Électricité et magnétisme.

Électricité statique. — Principes fondamentaux. Lois des actions électriques. Électroscopes. Machines électriques. Condensateurs. Effets produits par l'électricité.

Électricité dynamique. — Courants continus. Piles diverses employées en médecine. Collecteurs, effets chimiques des courants. Galvanoplastie. Intensité des courants. Effets physiques et physiologiques des courants.

Magnétisme. — Principes généraux. Aimants. Magnétisme terrestre.

Électro-magnétisme. — Galvanomètre. Action réciproque des courants sur les aimants, action des courants sur les courants. Électro-aimants. Courants thermo-électriques, application à la mesure des différences de température. Pile thermo-électrique de Nobili.

Courants induits. — Lois de Faraday. Courants volta-électriques et magnéto-électriques. Caractères généraux des courants induits. Appareils magnéto-électriques employés en médecine.

Chimie médicale.

Chimie minérale.

Notions générales. — Équivalents, poids atomiques, nomenclature.

Métalloïdes. — Hydrogène. Oxygène. Ozone. Eau. Eaux potables. Analyse des eaux. Hydrotimétrie. Matière organique dans les eaux. Eaux minérales. Eaux oxygénées.

Soufre et ses composés. — Sulfhydrométrie.

Chlore. Brome. Iode. Fluor et leurs composés.

Azote. — Air atmosphérique. Analyse de l'air. Composés oxygénés de l'azote. Bioxyde d'azote.

Phosphore et arsenic. — Leurs composés, leur recherche dans les cas d'empoisonnement. Appareil de Marsh. Appareil de Mitscherlich.

Carbone, bore, silicium et leurs composés.

Empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Métaux. — Généralités sur les métaux et leurs sels. Lois de Berthollet. Caractères génériques des sels. Détermination des bases.

Sels ammoniacaux. — Potassium, sodium, calcium, magnésium et aluminium. Sels alcalins et alcalino-terreux. Alcalimétrie. Chlorométrie.

Fer, zinc, manganèse, chrome, étain, antimoine, bismuth, cuivre, mercure, argent et leurs composés. — Caractères essentiels et préparations des sels employés en médecine.

Chimie organique.

Notions générales. — Analyse organique. Chloroforme. Iodoforme et chlorure de méthyle. Alcool éthylique. Ether sulfurique. Acide sulfovinique.

Alcool amylique.

Benzine, aniline, phénols, acide picrique, aldéhydes en général, aldéhyde éthylique, chloral.

Acétones en général.

Acide formique. Acide acétique. Vinaigre. Acides gras.

Ammoniaques composées.

Glycols. Acide lactique. Acide salycilique.

Acide benzoïque. Acide oxalique. Acide malique. Acide tartrique. Acide citrique. Acide urique. Acide hippurique.

Cyanogène et ses composés. — Acide cyanhydrique. Urée, son dosage.

Glycérine. — Corps gras naturel. Savons. Bougies.

Matières sucrées. — Glucoses. Glucosides. Saccharose. Liquides fermentés.

Matières amylacées. — Amidon. Fécules. Farines. Gluten. Cellulose. Gommes. Fibres textiles. Tannins.

Alcaloïdes. — Caractères généraux. Caractères particuliers des principaux alcaloïdes. Ptomaïnes. Caractères distinctifs des ptomaïnes et des alcaloïdes.

Albumine et ses variétés. — Dosage. Peptones. Fibrine. Hémoglobine.

Sang. Lymphe. Chyle. Urine. Lait. Bile. Salive. Suc gastrique.

TITRE V

NOTES ET COEFFICIENTS

L'appréciation de la composition et de chaque épreuve orale est exprimée par un chiffre compris de 0 à 20.

Les notes sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Composition scientifique	20
Composition française	15
Coefficient littéraire de la composition scientifique (pour les candidats à 8, 12 et 16 inscriptions)	5
Langue étrangère	2
Examens oraux.	
Histoire naturelle	5
Physique	5
Chimie	5
Anatomie	15
Histologie	5
Physiologie	10
Médecine opératoire	15
Pathologie	15
Hygiène	5
Thérapeutique	5

TITRE VI

COMPOSITION DU JURY

Le jury est composé ainsi qu'il suit :

Un médecin inspecteur, président, désigné par le ministre, et deux médecins principaux ou majors de 1[re] classe désignés par le ministre, sur la proposition du comité consultatif de santé.

Des professeurs de lettres et de langues étrangères sont adjoints au jury, pour la correction des épreuves de leur spécialité.

Le président dirige les séances, et correspond directement avec le ministre (direction du service de santé).

TITRE VII

DISPOSITIONS GÉNÉRALES POUR L'ENTRÉE A L'ÉCOLE

Les jeunes gens nommés élèves de l'École du service de santé militaire, et ceux ayant concouru à 16 inscriptions, nommés élèves du service de santé militaire, reçoivent l'avis individuel de leur admission par une lettre ministérielle.

Les premiers doivent être rendus à l'École de Lyon, au jour qui leur est fixé; les seconds achèvent leurs études dans la Faculté qu'ils ont choisie, sous la condition d'être reçus docteurs avant le 1[er] février 1890, dernier délai d'admission à l'École d'application du Val-de-Grâce.

A dater de la nomination à l'emploi d'élève du service de santé militaire les frais universitaires, réglés conformément aux tarifs en vigueur, sont à la charge de l'administration de la Guerre. Toutefois en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen sont à la charge de l'élève.

Un second échec au même examen entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles, à moins qu'il ne soit autorisé à redoubler son année; cette autorisation ne pourra être accordée que si l'élève justifie régulièrement avoir été empêché par une maladie de suivre les cours pendant une période de deux mois, au moins, de ladite année.

Les élèves des deux catégories contractent l'engagement de servir dans l'armée active pendant six ans au moins à dater de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe. Ceux d'entre eux qui n'auraient pas atteint l'âge de la majorité devront produire auparavant un consentement écrit de leur père ou tuteur les autorisant à contracter ledit engagement.

Les élèves non militaires devront contracter un engagement volontaire de cinq ans, avant leur entrée à l'École. Les élèves déjà sous les drapeaux et dont le temps de service expirera pendant leur séjour à l'École devront contracter un rengagement.

A leur arrivée à l'École, les élèves seront munis des pièces suivantes :

1° Lettre de nomination d'élève de l'École du service de santé militaire ;

2° Acte d'engagement militaire pour ceux qui ont plus de dix-huit ans ;

3° Récépissé du receveur central de la Seine, d'un trésorier-payeur général ou d'un receveur particulier, constatant que l'élève a payé : 1° le prix du trousseau, fixé à 1000 francs, ou du demi-trousseau s'il n'en a pas été dégrevé; 2° le prix du trimestre ou du demi-trimestre de la pension, fixée à 1000 francs par an, selon qu'il est pensionnaire ou qu'il a obtenu une demi-bourse. Les boursiers n'ont à produire d'autre pièce justificative que l'avis de notification du dégrèvement qui leur est accordé.

4° Une promesse légalisée par le maire ou le sous-préfet, sous seing privé et sur papier timbré, dans la forme indiquée par l'article 1326 du code civil, par laquelle son père, sa mère ou son tuteur s'engage à verser dans la caisse du receveur central de la Seine, ou d'un trésorier-payeur général ou d'un receveur particulier, par trimestre et d'avance, le montant de la pension, si l'élève est pensionnaire ; ou de la demi-pension, s'il a obtenu une demi-bourse. Cette promesse sera établie par l'élève lui-même s'il est majeur ou s'il jouit de ses biens.

5° Le nom et l'adresse des parents ou tuteurs et du correspondant choisi par la famille, et habitant la ville de Lyon, si toutefois la famille n'y réside pas elle-même. Les officiers de l'École ne pourront pas être les correspondants des élèves, à moins qu'ils ne soient leurs parents.

Tout élève appelé à l'École et qui, sans raison dûment constatée ou sans autorisation ministérielle préalable, ne se présente pas dans les délais fixés par sa lettre de convocation, est considéré comme démissionnaire.

Tout élève, *sans distinction aucune*, en entrant à l'École, dépose entre les mains du trésorier de l'École une somme de 100 francs destinée à fournir le fonds de sa masse individuelle.

Nul ne peut être admis à l'École s'il ne produit les pièces énumérées ci-dessus.

Il est donc essentiel que, dans la prévision de leur admission à l'École, les candidats se procurent ces pièces à l'avance et qu'ils se mettent en état de payer la valeur de leur trousseau dès qu'ils auront reçu leur lettre de nomination.

TITRE VIII

CONCESSION DES PLACES GRATUITES

Des bourses, des demi-bourses, des trousseaux et des demi-trousseaux seront accordés aux élèves qui auront préalablement

fait constater l'insuffisance des ressources de leur famille, pour leur entretien à l'École.

La demande de bourse doit préciser si la famille sollicite une bourse avec trousseau ou demi-trousseau, ou une demi-bourse avec trousseau ou demi-trousseau, ou seulement une demi-bourse.

L'insuffisance de la fortune des parents et des jeunes gens sera constatée par une délibération du conseil municipal, approuvée par le préfet du département. Les bourses, les demi-bourses, les trousseaux et les demi-trousseaux seront accordés par le ministre de la Guerre, sur la proposition des conseils d'administration et d'instruction de l'École.

Les noms des candidats qui auront obtenu ces faveurs seront insérés au *Journal officiel*.

Toutes les demandes doivent être établies sur papier timbré, et adressées au ministre de la Guerre (7e direction), avant le 1er octobre, par l'intermédiaire des préfets des départements où habitent les élèves ou leur père ou leur tuteur.

Elles devront être accompagnées d'un engagement pris par le père ou le tuteur, ou le candidat lui-même, s'il est majeur et jouit de ses biens, et libellé ainsi qu'il suit :

« Je soussigné, ... étant en instance pour obtenir une place gratuite en (ma faveur), ou en faveur de mon (fils ou pupille), m'engage à rembourser au Trésor le montant des frais de pension et de trousseau qui (me ou lui) seront accordés, dans le cas où il ne servirait (ou je ne servirais) pas au moins pendant six ans à partir de (sa ou ma) nomination au grade d'aide-major de deuxième classe. A défaut du payement du montant de ces frais de pension et de trousseau, je déclare me soumettre à ce que le recouvrement en soit poursuivi par voie de contrainte administrative, décernée par M. le ministre des Finances, suivant les droits qui lui sont conférés par les lois des 12 vendémiaire et 18 ventôse an VIII. »

Cette pièce sera établie sur papier timbré et la signature du pétitionnaire sera légalisée par le maire.

Le ministre de la Guerre,
C. DE FREYCINET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 14 février 1889, les médecins et chirurgiens du Bureau central, dont les noms suivent, ont été nommés :

1° *Médecins titulaires :* M. de Beurmann, à l'hôpital de Lourcine; M. Muselier, à Sainte-Périne; M. Brissaud, à La Rochefoucauld;

2° *Chirurgiens titulaires :* M. Kirmisson, à l'hospice d'Ivry; M. Schwartz, à l'hospice de Bicêtre.

— M. le docteur Chevallereau a été nommé médecin titulaire à l'hospice des Quinze-Vingts, en remplacement de M. le docteur Abadie, démissionnaire.

— La Société médico-psychologique propose pour 1890 les sujets de prix suivants :

PRIX AUBANEL. — 2400 francs. — (Question : *Des difficultés du diagnostic différentiel de la paralysie générale avec les diverses formes de la folie.*)

PRIX BELHOMME. — 1000 francs. — (Question : *De l'état mental et du délire chez les idiots et les imbéciles.*)

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (DE TOURS). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1888 et 1889 dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés le 31 décembre 1889, chez M. le docteur Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

— Samedi ont eu lieu, à Nancy, les obsèques de M. le docteur Edmond Lallement, professeur d'anatomie descriptive à la Faculté de médecine de Nancy.

Reçu le premier au concours de l'internat de Paris en 1860, puis interne lauréat des hôpitaux et de l'École pratique de Paris, M. Lallement était revenu se fixer dans sa ville natale. Il fut nommé successivement professeur suppléant et chef des travaux anatomiques à l'École de médecine, puis professeur-adjoint d'anatomie à la Faculté de médecine, en 1872, lors de la translation de la Faculté de médecine de Strasbourg à Nancy. Enfin il fut nommé professeur titulaire d'anatomie descriptive, lorsque cette chaire fut dédoublée en deux chaires : l'une d'histologie, attribuée au regretté professeur Ch. Morel, et l'autre d'anatomie descriptive, accordée à M. Lallement.

Outre son enseignement de l'anatomie à la Faculté, M. Lallement pratiquait simultanément la médecine, la chirurgie et l'obstétricie; ayant conquis ainsi une nombreuse clientèle, il était médecin de la Compagnie des chemins de fer de l'Est, du lycée, de l'école forestière, de l'école normale, de l'école professionnelle de l'Est, de nombreuses institutions privées, de diverses compagnies d'assurances, etc. Il était président de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de Meurthe-et Moselle, membre et ancien président de l'Académie de Stanislas, membre du Conseil d'hygiène, président du Comité départemental de protection des enfants du premier âge, ancien président de la Société de médecine, membre de la Société anatomique de Paris, etc., etc. . . . .

Son rôle politique et son influence étaient à la hauteur de sa situation médicale.

Au Conseil municipal de la ville de Nancy, il fut le défenseur autorisé et heureux de divers projets importants concernant l'hygiène publique et l'installation des bâtiments de la Faculté de médecine.

Officier de l'Instruction publique, M. Lallement était proposé pour la Légion d'honneur. . . .

Doué d'une activité dévorante et d'une irrésistible impulsion au travail, M. Lallement n'a pas voulu se reposer quand, il y a deux ans, la maladie lui donnait un premier avertissement, dont il semblait avoir triomphé. Le 26 février, il avait encore rempli toutes ses fonctions; le 27 au matin, il succombait subitement.

Sa mort laisse un vide dont on peut apprécier l'importance par l'énumération de toutes les fonctions qu'il a occupées dans la ville de Nancy.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Desclaux (de Tonneins); A. Muzeau (de Saint-Bonnet); M. le professeur Perroud (de Lyon) et M. Serré (de Bapaume).

— M. le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 10 mars, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, le samedi 9 mars, à huit heures et demie très précises du soir : « Histoire statistique de la population française », par M. le docteur Chervin, directeur de l'Institution des bègues de Paris.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

25

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

86

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf
SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.
HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05 ; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, *Place Vendôme*, PARIS. — F. Mannet

34

PIN D'AUTRICHE DE J. MACK

ESSENCE : contre maladies de la Gorge, — Angines, — Croup, — Coqueluche, — Asthme.

EXTRAIT : (*Bain antirhumatismal de Mack*) contre Rhumatisme chronique et Goutte.

SOLUTION : pour frictions antirhumatismales et pour vaporisations antiseptiques.

CELLULES : contre Toux opiniâtre, Oppression, Bronchite chronique, Engorgements pulmonaires ; et contre Rhumatismes, Goutte, Maladies des reins et de la vessie.

SIROP ET PATE : contre Rhumes, Toux, Coqueluche, Bronchite chronique et Phthisie naissante.

Dépôt général : Phie TALLON, 49, avenue d'Antin, Paris, et toutes pharmacies. — Envoi gratis et franco d'échantillons à MM. les Docteurs, sur demande adressée au Dépôt général. — Joseph Mack

82

BLENNORRHAGIE — CYSTITE
ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URÈTHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

36

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs ; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot. — Dr Zed

79

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

99

PASTILLES GÉRAUDEL

(AU GOUDRON DE NORWÈGE PUR)

Agissant par Inhalation et Absorption.

Contre RHUME,
BRONCHITE, CATARRHE, ASTHME
ENROUEMENT, LARYNGITE, etc.

Bien préférables aux Capsules et Bonbons, qui surchargent l'estomac sans agir sur les Voies respiratoires.

Les **Pastilles Géraudel** *ne contiennent aucun narcotique. Elles se dissolvent entièrement sous l'influence de la chaleur buccale. Les vieillards et les enfants peuvent impunément en user et abuser sans aucun inconvénient. C'est une supériorité qu'elles ont sur les capsules, bonbons, etc., etc., dont l'enveloppe gélatineuse indigeste, en plus des substances narcotiques, morphine, sels d'opium, codéine, etc., qui peuvent leur être adjoints, déterminent des symptômes d'empoisonnements, selon la quantité absorbée.*

Après avoir étudié et analysé les diverses préparations de goudron et leur mode d'administration, il a été reconnu que la plupart présentent de grandes difficultés pratiques, et surtout qu'elles ne répondent point, par leur mode d'ingestion, au but désiré, c'est-à-dire l'*emploi du goudron par inhalation sous forme de vapeurs.*

Après avoir isolé successivement les principaux éléments constitutifs du goudron et expérimenté l'action physiologique et thérapeutique de chacun de ces éléments, M. Géraudel ne tarda pas à reconnaître que, parmi les multiples produits pyrogénés qui prennent naissance dans le mode même de préparation du goudron, plusieurs d'entre eux sont d'une âcreté excessive, irritent et enflamment les muqueuses avec lesquelles ils se trouvent en contact, et par cela même détruisent l'action de ce précieux médicament. Par des procédés spéciaux de sélection, il parvint à débarrasser le goudron de ces principes nuisibles. Ce premier résultat acquis, M. Géraudel, s'inspirant des travaux de Gubler, Sales-Giron, Chevandier, etc., rechercha les moyens les plus simples de faire pénétrer dans les voies respiratoires le goudron qu'il avait ainsi obtenu. Il rechercha ensuite son degré de volatilité, puis la préparation qui favoriserait le mieux cette vaporisation. Ces études lui démontrèrent que la bouche constitue l'appareil inhalateur le plus simple et le plus parfait.

Les nombreuses manipulations auxquelles il avait dû se livrer lui permirent de formuler la préparation dont l'efficacité est aujourd'hui reconnue par la majorité des médecins et chimistes qui l'ont expérimentée.

En résumé, M. Géraudel est arrivé à donner au goudron son maximum de possibilité thérapeutique et à trouver l'inhalateur le plus commode et le plus parfait.

Pendant la succion des Pastilles Géraudel, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron qu'il transporte directement sur le siège du mal ; c'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces Pastilles doivent leur efficacité réelle dans toutes les affections contre lesquelles le Goudron est conseillé. — *Très utiles aux fumeurs, aux personnes qui fatiguent de la voix et à celles qui sont exposées, dans leurs travaux, à respirer des poussières ou des vapeurs irritantes.*

Les **Pastilles Géraudel** sont les seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury international de l'Exposition universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. Autorisées en Russie par le Gouvernement impérial, sur l'approbation du Conseil médical de l'Empire.

L'ÉTUI : **1 fr. 50** DANS TOUTES PHARMACIES

Envoi franco contre mandat-poste adressé à l'inventeur **A. GÉRAUDEL,** pharmacien à *Sainte-Menehould* (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîte d'échantillons à MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

10

Kalle et Cie à Briebrich-sur-Rhin, seuls fabricants

IODOL	ANTIFÉBRINE
Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.	Nouveau fébrifuge déposé en France sous le no 3884. — Exiger notre marque et étiquette.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes et commissionres. — *Brochures sur demande.*

34

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge. — Rigollot

42

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer,**

Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

42

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR MARINE ET LES HÔPITAUX DE PARIS.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.
Détail à Paris : Phie, 64, r. Basse-du-Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Arthropathies tabétiques du pied.

Par MM. CHIPAULT et SOUQUES,
Internes des hôpitaux de Paris.

Les affections osseuses et articulaires des tabétiques sont aujourd'hui bien connues, et font en quelque sorte partie du cadre de l'ataxie locomotrice. L'honneur en revient à M. le professeur Charcot (1), qui, en 1868, dans un remarquable mémoire, appela le premier l'attention sur l'existence d'arthropathies spéciales, se développant dans le cours du tabes. Il établit du même coup une relation de cause à effet entre deux phénomènes qui, jusque-là, avaient été regardés comme une simple coïncidence : les lésions articulaires et les lésions du système nerveux.

Depuis cette époque, les travaux se sont multipliés. Il nous suffira de rappeler ici les noms de MM. Mitchell, Ball, Joffroy, etc., d'autant que leurs travaux s'adressent plus particulièrement à des arthropathies autres que celles du pied, et nullement à la modalité anatomo-clinique que nous nous proposons de décrire ici.

I

Jusqu'en 1883, presque toutes les observations portent sur les altérations des os longs des membres et des grandes articulations.

Il n'a pas encore été question des lésions atteignant les os courts et les petites jointures.

Aucun cas d'arthropathie du pied n'était signalé, jusqu'à l'époque où M. Charcot décrivit le pied tabétique. Dans un intéressant mémoire (2), il appelle l'attention sur une altération complexe pouvant envahir tout le squelette du pied, et dans laquelle les os et les articulations sont le siège de lésions analogues à celles des os longs et des grandes articulations dans le cas d'artropathies ataxiques.

(1) CHARCOT. De quelques arthropathies consécutives aux affections du cerveau et de la moelle épinière, *Archives de physiologie*, 1868.

(2) CHARCOT et FÉRÉ. Affections osseuses et articulaires du pied chez les tabétiques (pied tabétique), *Archives de neurologie*, 1883.

De cette époque date l'histoire de ces déformations du pied. Il s'agit là, comme le fait remarquer M. Chauffard, d'un nouveau type clinique encore à l'étude, et qui ne constitue pas l'une des localisations les moins curieuses des lésions articulaires du tabes, lésion que les auteurs anglais appellent à juste titre « maladie de Charcot ».

Dans ce mémoire, MM. Charcot et Féré rapportent cinq observations d'arthropathies tabétiques du pied, dont trois leur sont personnelles. C'est au mois d'avril 1881, qu'à la consultation de la Salpêtrière, ils en observaient le premier exemple. L'année suivante, ils recueillaient deux nouvelles observations et pouvaient conclure que cette affection n'était sans doute pas très rare, puisqu'ils l'avaient observée trois fois en deux ans. Les lésions leur semblaient n'affecter, tout d'abord, que l'articulation, mais l'examen clinique leur permit de soupçonner des lésions plus complexes. Ce soupçon devint bientôt une certitude. Un cas analogue se présenta à l'Hôtel-Dieu, l'autopsie fut faite par M. Capitan, et les pièces présentées à la Société anatomique. Non seulement les surfaces articulaires étaient altérées, mais tous les os du tarse et du métatarse étaient spongieux et friables.

Peu de temps après, H. W. Page (1), au Congrès de Londres, présentait une ataxique atteinte de déformations particulières du pied, qu'il rattachait, sans hésitation aucune, au groupe des arthropathies tabétiques.

Un nouveau type clinique d'arthropathie au cours du tabes était donc créé. Dès ce moment, les observations se succèdent, en nombre relativement restreint il est vrai.

MM. Gaucher et Duflocq (2) publient, dans la *Revue de médecine*, une observation qui diffère des précédentes par le siège des lésions localisées exclusivement à l'extrémité inférieure des os de jambe et surtout aux malléoles.

La même année, M. Féré (3) décrit un nouveau cas de pied tabétique, et met en lumière un des agents de la déformation. Phénomène assez inattendu, chez ce malade, outre l'affaissement de la voûte plantaire, la plante du pied était rétrécie. L'auteur fait observer que, sur une coupe transversale du pied divisant les cunéiformes et le cuboïde, on constate que ces quatre os constituent une voûte à concavité inférieure. On voit en même temps que la partie

(1) H. W. PAGE. Congrès médical international, Londres 1881.

(2) GAUCHER et DUFLOCQ. Arthropathie tibio-péronéo-tarsienne gauche tabétique, *Revue de médecine*, 1884.

(3) FÉRÉ. Note sur un nouveau cas de pied tabétique, *Revue de médecine*, 1884.

moyenne de cette voûte est formée par les deuxième et troisième cunéiformes, dont la surface de coupe représente un triangle à sommet inférieur. D'où il résulte que ces deux derniers os peuvent se déplacer seulement en haut, si les ligaments qui les rétrécissent viennent à être détruits par une arthropathie. Or, ce déplacement en haut rend compte, en partie du moins, et de l'épaississement du pied, et de son rétrécissement. Le déplacement d'un cunéiforme peut donc contribuer à expliquer la déformation du pied tabétique.

Quelques mois après, M. Boyer [de Lyon] (1) observe, dans le service de M. Lépine, un cas qui lui semble s'écarter notablement du type ordinaire. En effet, ce cas s'éloigne par un point des descriptions de MM. Charcot, Page et Féré, en ce sens qu'il n'y a pas de saillie volumineuse formée au niveau du premier article tarso-métatarsien, et déviant le métatarse en dehors, et que les lésions portent surtout sur le tarse. Il n'y a là, en réalité, qu'une différence de détail et de siège. Par contre, les analogies sont frappantes : même soudure des extrémités osseuses, même hypertrophie des tubérosités, même friabilité, même état spongieux; aussi M. Boyer pense-t-il, avec les auteurs précédents, que le nom de pied tabétique n'implique nullement une lésion nouvelle, mais qu'il s'adresse simplement à une localisation rare d'une lésion connue et souvent observée sur d'autres points du squelette.

Toujours dans cette même année, W. Page (2) fit paraître une nouvelle observation.

Un an après, M. Chauffard (3) présenta, à la Société médicale des hôpitaux, un malade atteint de pied tabétique. Cette observation importante, très détaillée, précise, offre des particularités assez curieuses qui lui donnent une physionomie un peu spéciale : tout d'abord la rapidité extrême avec laquelle les lésions se sont installées; d'autre part, le pied malade est le siège de troubles trophiques et vaso-moteurs très remarquables, tels que congestion, sudation abondante, et avant tout hyperthermie considérable. « Cette hyperthermie locale, dit M. Chauffard, nous donne ainsi comme la mesure de l'intensité du travail inflammatoire sous-jacent, et si elle n'est pas signalée dans les autres observations, c'est que vraisemblablement la lésion osseuse et articulaire y était moins rapidement envahissante. »

Deux nouveaux cas furent, l'année suivante, présentés à la Société médicale des hôpitaux : l'un, par M. Troisier (4), l'autre, par M. Féréol (5). Dans le premier cas, il s'agissait d'une arthropathie double, la voûte du tarse était conservée et le pied droit présentait un raccourcissement d'un centimètre et demi; dans le second, la voûte était affaissée et le pied élargi dans tous ses diamètres.

Jusqu'à cette époque, toutes les observations de pied tabétique, si on excepte celles de Page, avaient été publiées en France. En Allemagne il faut remonter jusqu'à l'année 1887, pour en rencontrer deux ou trois dans les recueils scientifiques.

Czerny (6) en rapporte deux dans les *Archives de chirurgie clinique*. Dans le premier cas, il s'agissait d'une arthrite subaiguë tibio-tarsienne, terminée par ankylose avec pied en varus équin. L'amputation, demandée par le malade, fut pratiquée et suivie de mort quelques mois après. Dans le second, il s'agissait d'un ataxique présentant une arthropathie tibio-tarsienne, consécutive à une entorse. L'articulation était excessivement relâchée et gênait considérablement la marche. Czerny intervint encore ici et fit l'arthrotomie; quelques mois après, l'articulation était de nouveau très gonflée, très relâchée; pourtant le malade marchait encore assez bien avec un appareil.

Bernhardt (1) présente, à la Société de médecine de Berlin, un ataxique, porteur d'une arthropathie tabétique du pied gauche. Jadis le malade aurait fait une chute sur les pieds de telle sorte qu'on pourrait, à la rigueur, invoquer chez lui le traumatisme, pour expliquer la détermination de cette arthropathie.

En terminant cet aperçu historique, il nous faut enfin signaler la thèse de M. Pavlidès (2), soutenue tout récemment devant la Faculté de Paris et intitulée : « Des arthropathies tabétiques du pied. » Dans cette thèse, à côté des diverses observations précédentes que nous venons de passer rapidement en revue, on en trouve un certain nombre d'inédites, recueillies dans le service de M. le professeur Damaschino.

Les cas de pied tabétique ne sont donc pas absolument rares dans la science. Il en existe déjà une vingtaine, dont l'authenticité est incontestable; aussi, peut-on avancer sans crainte que, lorsque ce nouveau type clinique aura fixé l'attention des observateurs, il ne paraîtra probablement pas moins commun que les autres lésions osseuses ou articulaires du tabes. Sa connaissance est, du reste, tout aussi importante au point de vue du diagnostic, car, lorsque cette altération se trouve isolée, elle peut donner lieu à des erreurs regrettables.

II

Lorsqu'on dépouille les diverses observations de pied tabétique, on peut aisément se convaincre qu'il ne s'en dégage pas des notions étiologiques bien nettes. Dans l'immense majorité des cas, on ne trouve aucune raison suffisante pour expliquer l'apparition de ces altérations dans le squelette du pied. Il en est, du reste, ici comme dans toutes les arthropathies des ataxiques; le plus souvent, elles se montrent brusquement, sans causes connues; du jour au lendemain elles font leur apparition. Et cependant Volkmann a prétendu que l'arthropathie des ataxiques était tout simplement le résultat de la distension que subissent les ligaments et les capsules articulaires en raison de la démarche maladroite, particulière à ces malades. Mais c'est là une assertion démentie par les faits, car il est certain que les lésions se développent d'ordinaire à une époque peu avancée du tabes, à une époque où l'incoordination motrice est nulle ou peu marquée. En effet, les arthropathies tabétiques sont des phénomènes précoces : d'ordinaire, quand l'arthropathie apparaît, le malade en est encore à la période préataxique des douleurs fulgurantes et l'incoordination commence à peine à se dessiner. Cette règle n'est pourtant pas absolue.

Aussi M. Ball a-t-il pu diviser les arthropathies en précoces et en tardives. Pour M. Charcot, au contraire, les

(1) Boyer. Pied tabétique, *Revue de médecine*, 1884.
(2) H. W. Page. Clinical Society of London, 1884.
(3) Chauffard. Pied tabétique, Société médicale des hôpitaux, 1885.
(4) Troisier. Pied tabétique, Société médicale des hôpitaux, 1886.
(5) Féréol. Pied tabétique, Société médicale des hôpitaux, 1886.
(6) Czerny. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1886.

(1) Bernhardt. Société médicale de Berlin, 1887.
(2) Pavlidès. *Des arthropathies tabétiques du pied*, Thèse de Paris, 1888.

arthropathies des membres inférieurs sont toujours précoces. « Si, dit-il, l'affection apparaît quelquefois à une époque tardive, ce qui est exact, c'est toujours au membre supérieur qu'on l'observe. » Les violences extérieures, les traumatismes, l'action du froid peuvent-ils jouer le rôle de cause occasionnelle? Dans les observations de Czerny et de Bernhardt, comme antécédents, on trouve une entorse, une chute sur les pieds. Ce sont là des conditions possibles mais nullement nécessaires, et, dans tous les cas, exceptionnelles; la cause déterminante de cette localisation est obscure et mal connue.

III

A cette obscurité étiologique correspond une difficulté pathogénique réelle : assurément la corrélation plus ou moins directe des arthropathies avec la lésion nerveuse originelle n'est plus contestée par personne, mais quand il s'agit de préciser, les dissidences éclatent. Assurément, tout le monde est d'accord pour voir dans ces altérations osseuses et articulaires un trouble trophique sous la dépendance d'une lésion du système nerveux, pour voir entre ces deux lésions une relation de cause à effet, mais les divergences se montrent quand il s'agit de localiser le siège précis de la lésion du système nerveux.

En réalité, il s'agit de résoudre le problème suivant : les arthropathies tabétiques, troubles trophiques incontestés, sont-elles la conséquence d'une altération centrale ou d'une altération périphérique du système nerveux? Il ne nous appartient pas, assurément, de prendre un parti dans une question aussi controversée et aussi délicate; aussi nous bornerons-nous simplement à exposer les diverses théories émises sur ce sujet, d'autant que les examens histologiques des nerfs périphériques, faits jusqu'ici, n'ont pas trait à des cas de pied tabétique. Mais comme cette arthropathie du pied est absolument semblable aux autres arthropathies tabétiques, on peut raisonner par analogie et lui appliquer les mêmes déductions.

Y a-t-il dans la moelle une altération particulière à laquelle on puisse rattacher les arthropathies des ataxiques? MM. Charcot et Joffroy, en 1869, ayant examiné la moelle d'un ataxique atteint d'arthropathie, y découvrirent une altération particulière de la substance grise, surajoutée à la lésion vulgaire de l'ataxie (sclérose des cordons postérieurs), comme le symptôme arthropathie était venu lui-même se surajouter aux signes ordinaires du tabes. Ils trouvèrent une lésion de la corne antérieure gauche, essentiellement caractérisée par de l'atrophie et de la déformation avec disparition d'un grand nombre de cellules nerveuses. Ce n'était pas là, évidemment, un concours fortuit de circonstances : « Nous sommes conduits à penser, disent-ils, que la lésion spinale a été, primitive, et qu'elle a peut-être développé l'affection articulaire, suivant un mécanisme analogue à celui des lésions trophiques des muscles dans la paralysie infantile. A cet égard, on ne saurait s'arrêter à une conclusion définitive tant qu'il n'aura pas été établi, par des observations suffisamment répétées, que l'altération des cornes antérieures de la substance grise est un fait constant dans l'arthropathie des ataxiques. »

Depuis lors, des faits analogues ont été observés par d'autres médecins, et un examen minutieux a démontré qu'on ne pouvait invoquer une lésion des nerfs périphériques. Le processus, dans ces cas, est facile à saisir : l'inflammation s'étend de proche en proche; primitivement localisée dans les cordons postérieurs, elle gagne certaines régions de cornes antérieures de la substance grise et occasionne le développement de l'arthropathie qui est, en définitive, une lésion trophique consécutive à l'affection de la moelle épinière.

Si, dans certains cas, ces arthropathies ont incontestablement une origine centrale, il semble que parfois elles puissent avoir un point de départ périphérique. Dans ces dernières années, l'étude des névrites périphériques s'est enrichie de documents nouveaux, qui ont semblé à certains auteurs de nature à modifier la pathogénie de quelques complications de l'ataxie locomotrice.

M. Pierret (de Lyon), le premier, en 1880, affirma que les nerfs craniens et rachidiens des tabétiques pouvaient, comme le nerf optique, devenir le siège d'altérations périphériques, sans rapport de continuité avec les lésions centrales bulbaires ou médullaires du tabes.

A partir de 1882, l'examen anatomique des nerfs des ataxiques devint l'objet d'études rigoureuses.

M. Dejerine (1), à propos d'un cas suivi d'autopsie, établit un lien de causalité entre les troubles de la sensibilité cutanée et les névrites des nerfs sous-jacents. Cette altération lui paraît devoir entrer en ligne de compte dans l'explication des troubles de la sensibilité de la peau qui existaient à un degré très prononcé chez sa malade.

M. Pitres (2), quelques jours après, présente une observation de tabes, compliqué d'arthropathie du genou gauche, avec œdème chronique de la peau environnante. Les nerfs du membre inférieur gauche étaient le siège d'altérations non douteuses, tandis que ceux du membre inférieur droit étaient normaux. Il considère l'arthropathie comme une conséquence de la névrite périphérique.

Un peu plus tard, MM. Pitres et Vaillard (3) rapportent un nouveau cas d'arthropathie tabétique de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit. Les nerfs du membre correspondant étaient altérés. Ces auteurs croient vraisemblable un rapport de cause à effet entre le développement des troubles trophiques et la névrite périphérique.

M. Dejerine (4) fit, bientôt après, paraître de nouveaux travaux sur l'état des nerfs périphériques dans le tabes. Pour lui, les névrites joueraient un grand rôle dans la production des troubles sensitifs et des troubles trophiques chez les ataxiques.

Sakaky (5) publie un nouvel examen histologique des nerfs, et pense qu'il peut survenir dans le tabes une atrophie des nerfs périphériques.

Oppenheim [de Berlin] (6) fait, en 1886, une communication sur les névrites dans le tabes; il conclut que les névrites périphériques sont fréquentes chez les tabétiques, qu'elles peuvent atteindre les rameaux sensitifs et les rameaux moteurs, et que leur étendue et leur gravité ne sont pas en rapport avec l'étendue et la gravité des lésions médullaires.

---

(1) Dejerine. Sur l'existence d'altérations des nerfs cutanés chez les ataxiques et sur le rôle que jouent ces altérations dans la production des troubles de la sensibilité cutanée, Société de biologie, 1882.

(2) Pitres. *Bulletins de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1882.

(3) Pitres et Vaillard. Névrites périphériques non traumatiques, *Archives de neurologie*, 1883.

(4) Dejerine. *Archives de physiologie*, 1883, et Société de biologie, 1884.

(5) Sakaky. *Arch. f. psych.*, 1884.

(6) Oppenheim. *Neurologische Centralblatt*, 1886.

Enfin, MM. Pitres et Vaillard (1) réunissent tous les cas publiés et y ajoutent quelques observations personnelles. On trouve dans leur travail : 1° un cas d'ataxie confirmée, avec arthropathie légère du genou gauche; après la mort, névrite de certains rameaux du membre inférieur gauche; intégrité des nerfs du membre inférieur droit; 2° un cas de tabes avec arthropathie métacarpo-phalangienne où l'on rencontre des altérations des rameaux nerveux périphériques correspondant aux troubles trophiques; 3° une observation d'ataxie confirmée avec arthropathie des hanches et de la colonne vertébrale; à l'autopsie, altérations classiques des cordons postérieurs; mais la substance grise des cornes antérieures est large, bien conformée, d'apparence normale. Elle renferme des groupes cellulaires pourvus abondamment de grosses cellules nerveuses munies de beaux prolongements. Intégrité absolue des racines antérieures. Altérations diffuses des nerfs des membres inférieurs; 4° une observation absolument analogue à la précédente, au double point de vue clinique et anatomo-pathologique.

M. Pierret [de Lyon] (2), dans une note, affirme la grande fréquence des névrites périphériques cutanées au cours du tabes et leur curabilité.

Tels sont les documents sur lesquels on peut se fonder pour étudier les particularités des névrites des tabétiques. Ils sont peu nombreux et plusieurs sont incomplets. Néanmoins, MM. Pitres et Vaillard pensent qu'ils peuvent servir de base à quelques déductions importantes et légitimes. « Il serait puéril, disent-ils, de vouloir, dès aujourd'hui, donner une solution complète et définitive à ces questions. Toutefois, il semble résulter de l'étude des faits dont nous disposons, que les signes principaux du tabes sont indépendants des névrites périphériques. Mais les névrites périphériques paraissent, au contraire, jouer un rôle important dans la production de quelques accidents qui surviennent au cours de l'ataxie, et qui peuvent être considérés comme des complications. »

Parmi ces accidents, ils font figurer les arthropathies. La question est assez difficile à résoudre, disent-ils. On admettra difficilement peut-être que les arthropathies tabétiques puissent être la conséquence des névrites périphériques, mais « dans les quatre cas (3) où les articulations étaient le siège d'altérations trophiques, il existait des altérations plus ou moins graves des nerfs périphériques péri-articulaires. Nous n'avons trouvé aucune altération appréciable dans les cornes antérieures des moelles de nos malades atteints d'arthropathies. » Et plus loin, ils concluent de la façon suivante : « Évidemment ces observations ne sont encore ni assez nombreuses ni assez précises, pour permettre de conclure sûrement que les arthropathies tabétiques sont sous la dépendance immédiate d'altérations locales des nerfs correspondant aux articulations malades. Néanmoins, l'hypothèse de l'origine névritique des arthropathies est la plus vraisemblable de toutes celles qui ont été émises jusqu'à ce jour pour expliquer la production des lésions trophiques des jointures des ataxiques. »

Tel est actuellement l'état de la science sur la pathogénie des arthropathies tabétiques. Il existe donc deux opinions en présence : l'une, défendue par M. Charcot et l'École de la Salpêtrière, qui, depuis longtemps déjà, rattache ces troubles à des altérations des cornes antérieures de la moelle; l'autre, plus récente, soutenue par MM. Pierret, Dejerine, Pitres et Vaillard, qui prétendent que, dans un certain nombre de cas, ces troubles ont un point de départ périphérique.

(1) Pitres et Vaillard. Des névrites périphériques chez les tabétiques, *Revue de médecine*, 1886.

(2) Pierret. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1886.

(3) Pitres et Vaillard. Loc. cit.

Au reste (1), cette question des névrites des ataxiques est fort complexe; il est encore nombre de médecins qui conservent des doutes sur leur nature protopathique : les uns se demandent si une lésion centrale légère, limitée à quelques cellules des cornes antérieures, n'a pas pu passer inaperçue; les autres, si les nerfs examinés ne présentaient pas ces atrophies partielles de certains tubes, que l'on rencontre même à l'état normal, comme l'a démontré M. Gombault. Quoi qu'il en soit, la plupart des partisans de la théorie des névrites périphériques admettent parfaitement l'existence des troubles trophiques d'origine centrale; ils veulent simplement démontrer que quelquefois ces mêmes troubles sont d'origine périphérique, et non d'origine médullaire.

IV

Étant donné les détails anatomo-pathologiques que nous avons déjà exposés à propos de l'historique et de la pathogénie, il ne nous reste, sur ce point, que peu de choses à dire. Nous étudierons seulement les altérations osseuses : la névrite ayant été étudiée à la pathogénie, et les troubles trophiques concomitants (troubles trophiques cutanés, musculaires, maux perforants) étant absolument vulgaires.

Les lésions osseuses et articulaires sont celles de toute arthropathie tabétique : inflammation de la synoviale, avec, au début, épanchement et, plus tard, fongosités, concrétions ossiformes, ossification des tendons péri-articulaires, résorption des cartilages d'encroûtement et de la substance osseuse, véritable ostéite raréfiante. Plus tard, ostéophytes, qui existent d'ailleurs parfois. En somme, processus ayant un cachet destructeur, atrophique; les hypertrophies osseuses semblent n'être souvent qu'une apparence, due à l'infiltration des tissus périarticulaires. Jamais ou presque jamais, dans le cours de ces arthropathies tabétiques, on n'observe de phénomènes inflammatoires. On a parfois, cependant, trouvé du pus dans les articulations atteintes.

Cette description peut s'appliquer absolument aux arthropathies tabétiques du pied. L'examen anatomique n'a d'ailleurs été que bien rarement pratiqué; les lésions portaient, suivant les cas et indifféremment, sur des os variables du massif tarsien, même du métatarse ou de la partie inférieure de la jambe.

Le premier examen pratiqué, rapporté dans le travail de MM. Charcot et Féré, est dû à M. Capitan. « Les surfaces articulaires inférieures de l'astragale, les surfaces articulaires du calcanéum étaient érodées, usées, avec quelques petites végétations sur leurs bords. L'astragale était fracturé transversalement au niveau de son col, le scaphoïde, le cuboïde usés, défoncés, à peine reconnaissables. Il s'en était détaché de nouveaux petits fragments, parmi lesquels on ne pouvait qu'avec peine reconnaître le troisième cunéiforme. Le premier cunéiforme était augmenté de volume, épaissi dans le sens de la hauteur, il en était de même de la partie postérieure du premier métatarsien, auquel il était soudé. Le deuxième cunéiforme, déformé en arrière, était

(1) Giraudeau. Des névrites périphériques, *Archives de physiologie*, 1887.

aussi soudé au deuxième métatarsien. Tous les os du tarse et du métatarse offraient un aspect spongieux, une friabilité, une légèreté inusités.

Dans le cas plus récent de M. le docteur Boyer où, à l'arthropathie des deux pieds, s'en joignaient d'autres de l'articulation coxo-fémorale droite et des deux genoux, le processus hypertrophique semble avoir joué un plus grand rôle. Les extrémités osseuses de l'astragale, du calcanéum, du scaphoïde, étaient augmentées de volume; l'interligne tarso-métatarsien, remplacé par une soudure complète du cuboïde et des trois cunéiformes avec les métatarsiens, qui, tous, présentaient au niveau de leurs extrémités articulaires un certain degré de tuméfaction. A la coupe de tous ces os, aspect spongieux exagéré, consistance molle, degré marqué de friabilité.

Dans une observation de M. Pavlidès, il y avait hypertrophie légère de l'extrémité inférieure du péroné, avec disparition de son cartilage articulaire tibio-tarsien. Le calcanéum et l'astragale étaient notablement érodés, l'extrémité antérieure du premier métatarsien hypertrophiée.

Czerny a fait, dans un cas de pied tabétique, l'amputation. Il y avait ankylose complète des articulations tibio-tarsienne et astragalo-calcanéenne, sans grand changement dans la forme des os. A leur coupe, ostéite raréfiante manifeste. Une autre fois, il fit une arthrotomie qui lui permit de constater que l'articulation tibio-tarsienne était remplie d'une synovie mêlée à des concrétions fibrineuses. L'astragale était à peu près complètement détruite, et le tibia venait s'articuler avec une véritable cuvette calcanéenne.

Nous verrons qu'on a signalé cliniquement des cas subaigus avec élévation, parfois considérable, de la température locale. Ces cas ont toujours dérivé vers la chronicité. Il est probable qu'on rencontrera, un jour ou l'autre, du pus dans une arthropathie tabétique du pied, comme on en a rencontré dans les autres arthropathies tabétiques.

V

Si les lésions anatomiques des arthropathies tabétiques du pied sont absolument identiques à celles de toute arthropathie tabétique, la symptomatologie, très analogue pour les caractères génériques de l'affection ostéo-articulaire, n'a guère de spécial que les déformations caractéristiques dues à sa localisation. Elle se compliquera, en plus, dans certains cas, de troubles trophiques et vaso-moteurs intéressants.

Nous allons décrire, à l'arthropathie tabétique du pied, un type habituel et quelques formes dues uniquement à ce que les os atteints dans le massif tarso-métatarsien sont différents.

Le type classique est celui de MM. Charcot et Féré, que l'on retrouve dans un grand nombre d'observations. Il se caractérise par une triple déformation du pied; saillie sur le bord interne, saillie sur la face dorsale, déformation de la plante, appréciable à la vue et surtout à l'empreinte.

La déformation du bord interne du pied siège au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne. Les os postérieurs à cette articulation : scaphoïde, premier cunéiforme, font une saillie très nette, uniforme, tandis que le premier métatarsien s'incline en dehors. En même temps, et au même niveau, épaississement considérable de ce bord interne.

L'épaississement se prolongeant sur la face dorsale, au droit du premier cunéiforme, constitue une seconde déformation, due, suivant M. Féré, à une véritable luxation en haut de ce premier cunéiforme. Or, on sait combien sont fréquentes les luxations dans les arthropathies tabétiques.

L'aplatissement de la plante, dû surtout à l'épaississement du bord interne, est très net à la vue, bien plus appréciable encore en prenant l'empreinte du pied, soit dans la simple station debout, soit pendant la marche : toute la plante porte sur le sol, et la bande antéro-postérieure est considérablement élargie. Il y a un véritable pied plat très analogue au pied plat congénital, mais ici l'aplatissement est plutôt dû à l'épaississement du tissu péri-osseux, qu'à l'épaississement de la voûte. A la déformation de l'empreinte, due à l'arthropathie, s'en joindront souvent d'autres, tant dans cette empreinte que dans l'empreinte de la marche, dues à l'ataxie elle-même, non aux arthropathies. Il faudra faire avec soin le départ des unes et des autres.

Même avec une localisation à peu près analogue, les trois déformations peuvent être un peu différentes. Dans le cas de M. Boyer, la saillie du bord interne du pied manque; cela était dû, sans doute, à ce que l'hypertrophie des têtes articulaires s'était faite tout entière dans le sens vertical. D'autres fois, l'épaississement du bord interne, par conséquent l'aplatissement de la voûte, manquent et l'empreinte du pied peut être normale (Troisier, Charcot et Féré). Dans ces cas, le bord interne ne descendant plus jusqu'au sol, la convexité dorsale s'exagère et paraît encore plus nette.

Les déformations sont évidemment différentes dans les cas où le siège des lésions est aussi différent. Lorsqu'elles existent à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, — et cette localisation semble être très fréquente, — l'articulation fait, sur le bord interne du pied, soit une saillie due à l'hypertrophie des têtes osseuses, soit un angle dû à ce que, la tête phalangienne étant usée, le gros orteil se subluxe en dehors et va enjamber le second.

M. Pavlidès rapporte, dans sa thèse, un cas d'arthropathie du second orteil, qui présentait l'aspect suivant : « La première phalange est déviée légèrement en dedans et dans l'extension; la deuxième phalange fortement fléchie, et faisant avec la première un angle presque droit. En même temps elle est légèrement portée en dehors. La première phalange est dans l'extension et forme avec la seconde un angle aigu. Lorsque la deuxième phalange est très fortement fléchie, il en résulte que le deuxième orteil est abaissé : le premier orteil et le troisième le recouvrant presque. Quant à la face plantaire de la troisième phalange du deuxième orteil, déformée et aplatie, elle repose presque entièrement sur le sol.

D'autres fois, l'affection est limitée à l'articulation tibio-tarsienne et aux os qui l'environnent immédiatement. On n'a plus affaire vraiment au pied tabétique, mais à un véritable cou-de-pied tabétique, qui sert de transition entre les lésions des os et l'articulation du tarse et celles des os de la jambe et du genou. Dans un cas très remarquable de MM. Gaucher et Duflocq, la lésion siégeait exclusivement sur l'extrémité inférieure des os de la jambe; les malléoles énormes et saillantes doublaient la largeur du cou-de-pied. Deux cas de Czerny, un cas de M. Pavlidès, présentent à peu près la même localisation.

Accompagnant ces déformations, donnant aux lésions leur cachet clinique générique, on retrouvera tous les caractères des arthropathies tabétiques : absence de douleurs spontanées, sauf parfois des douleurs fulgurantes dans la région atteinte, douleurs que l'on retrouve souvent comme signe précurseur de la localisation arthropathique, plutôt

qu'à sa période d'état; pas de douleurs non plus par pression ou par les mouvements. Les mouvements communiqués aux os ne produisent que rarement des craquements bien nets. Ils permettent de constater la mobilité extrême des extrémités osseuses, moins nette lorsqu'il s'agira du pied postérieur que du pied antérieur, appréciable surtout lors de localisation métatarso-phalangienne ou tarso-métatarsienne : le gros orteil, avec ou sans son métatarsien, joue comme une touche de piano. Dans un cas de Page, tous les os du tarse et du métatarse étaient mobiles les uns sur les autres. M. Chauffard note une très légère mobilité de l'avant-pied sur l'arrière-pied. D'autres fois, mais plus rarement, il y a ankylose, soit partielle, soit totale. Dans le cas de M. Boyer, toutes les surfaces articulaires étaient soudées les unes avec les autres.

A ces symptômes essentiels viennent s'ajouter des troubles trophiques des parties voisines, des articulations atteintes, troubles trophiques non constants, très peu accentués dans quelques cas, surtout lors d'arthropathie limitée, métatarso-phalangienne du gros orteil, par exemple, d'autres fois d'une grande valeur. Le plus important de ces troubles est l'empâtement des tissus sous-cutanés péri-articulaires.

Cet empâtement joue, en effet, un grand rôle dans la symptomatologie de l'affection. Il nivelle en partie les dépressions, atténue les angles osseux saillants, contribue à aplanir la plante. Il est mêlé parfois d'un peu d'œdème, dépressible au doigt, mais, le plus souvent, c'est une véritable sclérose, d'une dureté presque osseuse, où le doigt ne laisse pas son empreinte.

La peau, parfois saine, peut être rugueuse, brunâtre, atteinte de dermite.

Les poils sont, ou bien longs, soyeux, ou bien atrophiés, même disparus.

Les ongles peuvent présenter les altérations décrites chez les ataxiques ; irrégularités, déviations, cannelures transversales, chute spontanée, sans suppuration ni phénomènes inflammatoires.

Les maux perforants sont fréquents, surtout lorsque les lésions osseuses sont très étendues et les autres troubles trophiques accentués. Ils constituent ici la lésion accessoire.

On n'appellera pas ostéo-arthropathie tabétique du pied, les lésions ostéo-articulaires, qui accompagnent à sa troisième période le mal perforant. Caractérisées par l'ostéite raréfiante, la carie, la destruction des surfaces articulaires, elles sont sans doute de même nature que les lésions qui nous occupent, mais disparaissent, pour ainsi dire, devant la symptomatologie de l'accident principal.

Signalons encore quelques troubles vaso-moteurs, que nous n'avons trouvés notés que dans peu de cas : ils paraissent ne se montrer que dans certaines conditions d'étendue et de marche assez rapide des lésions.

Le plus intéressant de ces troubles vaso-moteurs est l'élévation de la température locale. Elle se chiffre au thermomètre par des différences de deux ou trois degrés avec le côté sain, davantage même, le soir. A partir des os et des articulations malades, cette élévation de température se dégrade insensiblement. Elle semble pouvoir s'exagérer par poussées de deux ou trois jours pour revenir ensuite à son état antérieur.

La station debout prolongée peut, en même temps qu'une élévation plus grande de la température locale, causer une congestion de tout le pied avec dilatation des veines superficielles.

On a signalé l'abondance de la sécrétion sudorale. M. Chauffard a noté que des injections sous-cutanées, très faibles, de pilocarpine (1 milligramme), donnaient au pied malade, sudation au bout de 15 secondes; au pied sain, la réaction ne se montrait qu'au bout de quelques minutes.

Les symptômes fonctionnels, dans l'arthropathie tabétique du pied, sont variables suivant les cas : quelquefois assez peu importants pour ne même pas inquiéter le malade, vu l'absence de douleurs, d'autres fois, étant donné l'étendue des lésions, assez graves pour rendre les mouvements du pied impossibles ou difficiles.

Nous n'étudierons pas les troubles de la sensibilité au niveau du pied et de la jambe, qui n'ont rien de particulier chez les ataxiques porteurs d'arthropathies.

Le nombre et l'importance des manifestations tabétiques que l'on rencontrera chez l'individu porteur d'une arthropathie, sont très divers, suivant l'âge du tabes où l'affection ostéo-articulaire s'est montrée. Le plus souvent, c'est vers la fin de la première période, ou au début de la seconde, lorsqu'apparaît l'incoordination motrice, quelquefois beaucoup plus tôt, quelquefois très tard. Lorsque le tabes est avéré, les phénomènes dominent d'ailleurs souvent du côté de la jambe atteinte d'arthropathie. Dans le cas si intéressant de M. Chauffard, du côté atteint, le réflexe patellaire était totalement aboli, il existait une légère incoordination motrice, le malade atteignant difficilement avec le pied au point qu'on lui désigne. De plus, les diverses sensibilités cutanées sont très affaiblies, retardées ou perverties au niveau de la plante et de la face dorsale du pied, ainsi que dans la moitié inférieure de la jambe. De l'autre côté, sensibilité intacte, réflexe rotulien très affaibli, mais cependant conservé par moments, pas d'incoordination motrice.

En terminant cette étude symptomatologique, signalons ce fait, très important, que les lésions sont symétriques dans un tiers environ des cas.

Le début de l'arthropathie tabétique du pied est variable, moins ordinairement brusque que pour les autres arthropathies tabétiques, se faisant d'ailleurs sans rougeur ni douleur, quelquefois cependant avec une réaction assez vive (Chauffard, Czerny). La lésion évolue ensuite plus ou moins lentement, quelquefois assez vite, quelquefois aussi avec des sortes de poussées aiguës. Elle peut, à un moment donné, rester stationnaire ou même sembler s'améliorer, cette amélioration étant due, le plus souvent, à un long séjour au lit, qui a fait disparaître l'œdème et l'infiltration des parties périphériques.

Le pronostic est grave, étant donné la gêne qu'ajoute à sa marche, en voie de devenir difficile, une lésion quelquefois aussi étendue et déformant autant les surfaces articulaires.

VI

Le diagnostic est parfois difficile, toujours très simplifié si l'on a affaire à un ataxique avéré, nécessairement obscur si l'on n'a pour le poser que les symptômes locaux. Ils pourront suffire cependant.

Dans le rhumatisme blennorrhagique, il n'y a pas les déformations typiques signalées; la région est rouge, œdématiée, tendue, extrêmement douloureuse au toucher. Il y a, de plus, coexistence d'un écoulement.

M. le professeur Duplay a décrit, chez les jeunes sujets,

une ostéo-périostite aiguë, siégeant au premier métatarsien et caractérisée par un gonflement considérable, sans douleur ni réaction. Les accidents disparaissent d'ailleurs très rapidement.

Les ostéo-arthrites tuberculeuses du pied se distingueront par les signes habituels des tumeurs blanches : douleurs sourdes, gêne de la marche, souffrances pendant les mouvements durant des mois, avant que soit apparu un gonflement quelconque. Celui-ci est d'abord très mal limité, puis apparaissent, soit la fluctuation des fongosités, soit celle d'un abcès qui s'ouvre en laissant une fistule par où le stylet pénètre jusqu'à l'os. L'amaigrissement considérable de la jambe, par rapport au volume du pied, les signes généraux de la tuberculose aideront le diagnostic qui pourrait être difficile au début.

L'arthrite sèche, confondue par les auteurs anglais, avec les arthropathies nerveuses, se distinguera par son début et son évolution essentiellement lents, l'absence des déformations caractéristiques du pied tabétique, dues à la rareté extrême des luxations dans l'arthrite sèche et à la fréquence de ces luxations (premier cunéiforme), dans l'arthropathie tabétique, d'une part; d'autre part, à la localisation, le plus souvent différente, l'arthrite sèche siégeant presque toujours dans les articulations métatarso-phalangiennes des orteils, et, en particulier, celle du gros orteil.

Des névrites dues à des causes périphériques pourraient causer, du côté du pied, des troubles trophiques analogues à ceux que cause l'ataxie. Je ne sais si des ostéo-arthropathies ont été signalées dans ces faits, en tout cas, la présence de troubles trophiques cutanés, de maux perforants, peut induire en erreur, surtout dans des cas où les os ont subi des modifications de volume du fait de l'affection ellemême ayant causé la névrite (fracture, ostéomyélite).

Le diagnostic, avec ce que M. Joffroy a désigné sous le nom de pied bot tabétique, et qui, étant de nature musculaire, doit être complètement éliminé des arthropathies tabétiques, sera peu facile. L'affection est caractérisée, en effet, par la situation anomale du pied, très facilement réductible, mais se reproduisant immédiatement.

Je ne fais que signaler l'œdème, le phlegmon subaigu, qui n'auront rien à faire avec l'affection qui nous occupe.

Lorsque l'arthropathie tabétique est localisée au cou-de-pied, on pourrait la confondre avec une hydarthrose, une arthrite aiguë, qui se distingueront facilement. La périarthrite, décrite par Gibney, se caractérisera par l'invasion aiguë des douleurs vives, de la chaleur, de la rougeur, la suppuration presque fatale. Le diagnostic de la tumeur blanche se basera sur ce fait que, dans l'arthropathie, les lésions sont seulement osseuses; cependant dans la synovite tuberculeuse primitive, l'absence de douleurs, la possibilité de la marche au début, pourront tromper; dans l'ostéite tuberculeuse primitive, les douleurs nocturnes, l'atrophie et la contracture musculaire, rendront plus difficile l'erreur.

Elle sera plus facile en face des troubles trophiques d'un membre variqueux (dermite, sclérose des tissus souscutanés, hyperostose vraie ou fausse) ces troubles trophiques se limitant souvent autour du cou-de-pied.

Une fois le diagnostic d'arthropathie tabétique du pied porté, il faudra encore apprécier, autant que possible, l'étendue des lésions, et, dans cette appréciation, on devra se méfier :

1° De l'empâtement des parties péri-osseuses, faisant parfois croire à des hypertrophies ou à des déformations du squelette, qui n'existent pas.

Cet empâtement devra d'ailleurs toujours être réduit à sa valeur vraie, séparé de l'œdème qui peut l'accompagner par un repos de quelques jours au lit.

2° L'absence de douleurs, de phénomènes aigus, peut tromper en sens inverse, et faire juger les lésions plus limitées qu'elles ne sont.

VII

Le traitement médical du pied tabétique ne présente qu'un médiocre intérêt; on n'a jamais pu, jusqu'ici, entraver la marche des arthropathies ataxiques; on a essayé la thérapeutique la plus variée, mais toujours avec des succès douteux. Cependant, dans le cas de MM. Gaucher et Duflocq, le nitrate d'argent, les bains sulfureux, semblent avoir donné les meilleurs résultats.

Dans quelques cas, un traitement chirurgical a pu paraître indiqué. Czerny a pratiqué l'amputation, suivie de mort, due à un érysipèle. Une autre fois, il fit l'arthrotomie, avec une légère amélioration, passagère du reste.

Malgré ces insuccès, un traitement chirurgical, consistant franchement dans l'ablation des parties malades, nous paraît pouvoir être discuté dans des cas où la marche sera aiguë, les symptômes médullaires peu avancés, les lésions locales suffisamment graves pour rendre la marche impossible; dans ces circonstances le chirurgien pourra céder aux instances du malade.

BASSIN VICIÉ

RÉTRÉCISSEMENT DE CINQ CENTIMÈTRES ET DEMI : CÉPHALOTRIPSIE RÉPÉTÉE; GUÉRISON EN HUIT JOURS.

Par M. le docteur COULHON, ancien interne des Hôpitaux.

Les bassins viciés ont été divisés en quatre catégories d'après les dimensions de leur plus petit diamètre :

1° De 11 centimètres à 9 et demi;
2° De 9 centimètres et demi à 8;
3° De 8 centimètres à 6 et demi;
4° De 6 centimètres et demi à 5 et au-dessous.

Cette division, établie par P. Dubois, a été acceptée par tous les auteurs; elle est devenue classique. Au point de vue didactique, elle est excellente. Mais au point de vue de la pratique usuelle, et pour fixer sur-le-champ les résolutions du médecin appelé d'urgence, il n'est pas inutile de la simplifier, ou de formuler des indications claires et précises.

En prenant comme instrument de mensuration le doigt indicateur, qui est incontestablement le plus commode et le plus expéditif de tous les pelvimètres, on peut admettre deux degrés de rétrécissements :

Le premier renferme les diamètres sacro-pubiens, qui excèdent la longueur de l'index. Ce sont les plus communs. D'une manière générale, on peut dire, sauf certaines exceptions que j'omets à dessein, qu'ils sont justiciables du forceps.

Le second degré comprend les diamètres sacro-pubiens inférieurs à l'index, c'est-à-dire à 7 centimètres et demi environ. Ces derniers imposent au choix du médecin deux opérations graves : l'une, la céphalochlasie, qui sacrifie le fœtus pour sauver la mère; l'autre, l'opération césarienne, qui, pour conserver l'enfant, met souvent en péril les

deux existences. Ces cas d'angustie prononcée du bassin sont d'ailleurs d'une rareté extrême, et le nombre des médecins est grand, qui ont parcouru une longue carrière sans avoir fait usage du céphalotribe. Aussi cet instrument est-il considéré comme un outil de luxe, et ne figure-t-il pas dans l'arsenal ordinaire du praticien. Il serait facile de citer des arrondissements entiers, où on frapperait en vain à la porte de tous les membres du corps médical ; on ne trouverait pas un seul céphalotribe.

Quoi qu'il en soit, de même que le forceps est l'instrument nécessaire dans les rétrécissements du premier degré, de même le céphalotribe est indispensable dans ceux du deuxième degré : et la communication que je soumets au lecteur lui démontrera, j'espère, que l'opération césarienne, préférée en Allemagne, doit céder le pas à la céphalotripsie, plus appréciée en France, surtout depuis qu'un de nos maîtres éminents, M. le professeur Pajot, lui a fait subir l'heureuse modification des applications répétées :

Le 17 avril 1887, à une heure de l'après-midi, je suis appelé, dans un quartier populeux de Montluçon, auprès de la nommée Pauline D... qui est en travail depuis quatre heures du matin.

Cette fille, âgée de vingt-six ans, malingre, chétive, de taille exiguë, de complexion délicate, est atteinte d'une infirmité remarquable. Boitant tout bas, l'aisselle gauche lourdement appuyée sur une béquille à deux branches, elle avance lentement, le dos en l'air, paraissant plutôt ramper que marcher. Aussi y a-t-il une véritable explosion d'étonnement d'abord, de joie ensuite, quand on apprend qu'elle est sur le point de faire ses couches. Personne ne la savait enceinte; et chacun se demande, les femmes surtout, par quel ingénieux artifice a bien pu s'opérer la conception. La surprise est d'autant plus grande, que Pauline D... vit seule, retirée dans une pauvre mansarde, sans relations connues, et ne sortant que rarement pour aller chercher de l'ouvrage, ou quelques maigres provisions de bouche.

Arrivé près d'elle, je la fais mettre dans le décubitus dorsal, les jambes étendues, et je me mets en mesure de pratiquer le toucher. Mais j'en suis empêché par un ventre énorme, qui retombe en besace sur les cuisses, et par les cuisses elles-mêmes, qui sont fixées dans l'axe du corps, et ne peuvent faire aucun mouvement d'abduction, surtout la cuisse gauche. Le membre inférieur droit peut cependant s'écarter un peu en dehors, et me permettre d'arriver jusqu'au pénil. La vulve est inaccessible ; elle regarde droit en arrière. Quelque peu surpris de cet obstacle inattendu, je découvre la malade, et je constate qu'elle a les deux fémurs ankylosés en pseudarthroses dans les fosses iliaques externes, que les cuisses sont en flexion permanente sur le bassin, et que les mouvements très limités des membres inférieurs ont leur centre non pas dans les articulations coxo-fémorales qui n'existent plus, mais dans l'articulation de la colonne lombaire avec le sacrum. Il y a à la fois luxation double de la hanche, et ankylose des articulations nouvelles. Les fémurs et les tibias ne présentent d'ailleurs aucune incurvation et sont absolument rectilignes.

Il suit de là que, dans la marche, les jambes étant verticales, le bassin est incliné en avant, le pubis devient inférieur, et le sacrum est horizontal. Le tronc se redresse; et la colonne lombaire forme avec le sacrum un angle droit, un coup de hache, une lordose énorme, d'un genre particulier, que l'on peut qualifier du nom de lordose fonctionnelle.

Dans le décubitus horizontal, les jambes étendues, le même phénomène se produit : la vulve porte sur le plan du lit, et, en glissant la main sous les lombes, on trouve une cambrure, une concavité profonde de la région lombo-sacrée. Cette concavité disparaît naturellement par l'élévation des cuisses, qui change la direction du bassin.

D'après cet exposé, on peut comprendre que la fécondation n'avait pas dû être facile. La position, attaquée de front, était inexpugnable; un mouvement tournant seul avait pu donner accès dans la place.

Pendant que je poursuis avec un vif intérêt mon examen, Pauline D... répondant à mes questions sur ses antécédents et son enfance, me raconte qu'elle n'a marché que fort tard, à quinze mois, et qu'un mois après elle dut prendre le lit, pour n'en sortir qu'à l'âge de six ans, atteinte d'une claudication très prononcée. Elle avait fait, sans nul doute, pendant cette longue période, une double coxalgie, terminée par luxations et ankyloses.

Je procède donc au toucher, après avoir fait relever les cuisses dans la direction verticale, et en glissant latéralement la main droite sous le siège.

La vulve est molle, humide ; le périnée est souple, quoique un peu épais ; l'excavation est large dans tous les sens; mais sa hauteur est diminuée par l'affaissement de la moitié supérieure du sacrum, qui est projetée en avant. Le doigt explorateur, remontant le long de l'os, est arrêté par la symphyse au niveau de la première articulation sacrée. Changeant de direction, d'arrière en avant et en haut, il rencontre le promontoire, qui semble surplomber le pubis, puis le col utérin, qui est dilaté de 2 à 3 centimètres, et enfin la tête, qui est très élevée, et se tient au-dessus du détroit supérieur.

Le diamètre sacro-pubien est inférieur de 1 centimètre à la longueur de l'index, sans déduction de la symphyse ; ce qui donne une dimension approximative de 5 à 6 centimètres.

Nous avons donc affaire à un rétrécissement du second degré; la céphalotripsie est indiquée.

J'expose la situation à la malade; je lui déclare que l'accouchement ne pourra se faire spontanément, et qu'elle ait à se préparer à une opération libératrice. Rien ne presse d'ailleurs. La poche des eaux est rompue depuis la matinée, il est vrai; mais l'état général est bon, les forces intactes, la présentation et la position favorables, le col large comme une pièce de deux francs; les battements du cœur fœtal sont nettement et régulièrement frappés, et ont leur maximum en avant et à gauche; l'aire du détroit supérieur est un peu plus large à gauche qu'à droite, mais les bords en sont régulièrement curvilignes. Il n'y a ni péril, ni urgence, et on a tout le temps de prendre une décision.

Je revois la malade à quatre heures et à huit heures du soir. Il n'y a rien de changé dans la situation. Les contractions sont énergiques, les poussées vigoureuses ; mais le col résiste et ne se dilate pas. La tête ne s'engage pas.

Après une nuit de laborieuse insomnie, le lendemain matin, Pauline D... semble fatiguée. Elle est pâle et agitée ; le pouls s'élève à 100 pulsations; il y a un léger élargissement du détroit cervical, mais la tête n'est pas engagée.

Dans le milieu de la journée, l'agitation est plus vive ; les efforts répétés énervent la malade et lui donnent des nausées ; la face est rouge, vultueuse ; il y a une impatience fébrile ; le pouls monte à 110 ; la peau est chaude et couverte de sueurs. Le col est ouvert de la largeur d'une pièce de cinq francs ; les battements de cœur du fœtus sont faibles, obscurs, à peine distincts par moments.

Comme il n'y a encore aucun symptôme grave, ni menaçant pour la mère, et que le col offre une certaine résistance à la dilatation, je remets à ma prochaine visite l'intervention opératoire, que l'on est décidé à accepter, pourvu qu'il n'y ait pas d'incision avec un instrument tranchant.

A sept heures du soir, une modification sensible s'est produite dans l'état de Pauline D...; ses forces sont épuisées, le pouls est à 120. Il y a eu plusieurs vomissements dans la soirée. Les contractions utérines sont rares et affaiblies. La malade a perdu tout son courage ; elle devient inerte. On me montre quelques cuillerées d'urine sanguinolente, qu'elle vient d'émettre. L'heure est venue d'intervenir, d'autant mieux que l'enfant a cessé de vivre, et que le col est de la largeur du diamètre sacro-pubien, et facilement dilatable.

Les réservoirs ayant été évacués, la parturiente mise dans la

position obstétricale, les cuisses relevées fortement, la main d'un aide énergiquement appliquée sur l'utérus pour fixer la tête fœtale, la craniotomie est exécutée avec les ciseaux de Smellée. Puis le céphalotribe est introduit; ses branches sont portées à une grande hauteur pour saisir la base du crâne; le manche est appuyé fortement contre le périnée pour rapprocher le plus possible l'axe de l'instrument de celui du détroit supérieur; la vis est serrée à fond pour que le broiement soit plus complet. Des tractions douces sont pratiquées pendant quelques minutes, mais n'amènent aucun résultat. Une résistance dure, osseuse, s'oppose à la sortie du fœtus.

L'instrument est retiré, puis réappliqué après une dizaine de minutes de repos. De nouvelles tractions, conduites avec prudence, et dans différentes directions, semblent engager la tête dans le détroit supérieur; mais elle est arrêtée par un nouvel obstacle, qui ne paraît pas opposer une grande résistance, et céderait peut-être, mais que j'aime mieux ne pas forcer.

Le céphalotribe est retiré, et appliqué une troisième fois. Après quelques tractions combinées avec des mouvements de rotation destinés à accommoder les parties fœtales broyées avec les plus petits diamètres du bassin, le fœtus est extrait avec facilité, sans que la mère ait manifesté aucune douleur.

L'enfant, du sexe féminin, était de volume moyen, de 50 centimètres de longueur; sa tête était aplatie, réductible aux plus minimes dimensions d'épaisseur, et donnait au toucher la sensation d'un sac de noix écrasées, tellement les os du crâne avaient été fragmentés par les pressions énergiques de l'instrument. La délivrance fut naturelle.

L'accouchement avait duré en tout une heure environ, en comptant la craniotomie.

Quatre jours après, Pauline D... se levait pour faire son lit. Le huitième jour, elle commençait à s'occuper de son ménage, encore navrée de l'aventure, mais ne ressentant plus qu'une grande lassitude.

Que le lecteur veuille bien mettre en regard : d'un côté cette céphalotripsie simple, facile, sans aide médical, sans anesthésie, sans complications, couronnée d'un succès rapide et inespéré : de l'autre, la section césarienne, opération sanglante, délicate, qui réclame le concours de plusieurs médecins, l'administration de l'anesthésie, et qui comporte plus d'un mystérieux aléa, sans compter les complications les plus variées et les plus graves : hémorrhagie, gangrène, péritonite, etc.

Que le lecteur compare et se prononce. Son jugement peut-il être hésitant ou douteux ? Nous ne le croyons pas. Cependant, il faut tout dire. Depuis quelques années, un accoucheur de renom, le docteur Sœnger Léopold, a mis en œuvre et préconisé un nouveau procédé, basé sur le système de Lister.

Ce procédé, conçu avec une entente parfaite des règles de l'antisepsie, a été expérimenté en Italie et en Allemagne. Les résultats, paraît-il, ont été favorables. On parle même d'une statistique, qui n'aurait donné, pour les femmes, qu'une mortalité d'un dixième. C'est très beau; mais il importe d'ajouter que les faits cités ne sont pas encore très nombreux, et qu'ils appartiennent presque tous à la pratique de tocologistes éminents, les Sœnger, les Chiara (de Florence), les Morisani (de Naples). Or, une arme, si défectueuse soit-elle, peut devenir excellente entre des mains habiles. Et il ne serait pas irrationnel de conclure plutôt au mérite et au talent des opérateurs, qu'à la valeur de l'opération elle-même.

Dans tous les cas, en acceptant comme démontrés les avantages de la nouvelle méthode, en appréciant même les données acquises avec le plus bienveillant optimisme, on est forcé de reconnaître qu'elle est passible d'un reproche sérieux : elle n'a pas un caractère suffisamment pratique.

Les césariens (ainsi les appelle M. le docteur Pajot) auront beau perfectionner leurs incisions, multiplier leurs sutures, aseptiser avec luxe leur champ opératoire, ils ne feront jamais que l'hystérotomie abdominale soit autre chose qu'un moyen exceptionnel. Elle devra être réservée pour les circonstances, où la mère exprimera le désir formel d'exposer sa vie pour conserver son enfant, ce qui n'est pas commun, et pour les cas plus rares encore où les dimensions des petits diamètres du bassin ne permettront pas l'introduction du céphalotribe.

L'hystérotomie, qui ne saurait être jamais une opération de choix, deviendra alors une opération de nécessité.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouvelle Géographie universelle (1) par Élisée Reclus.

Le quatorzième volume de la Géographie de Reclus, par suite d'un petit retard, n'avait pas pu paraître, comme de coutume, pour l'heure si agréable des étrennes. Nous avions toutefois averti nos lecteurs que ce n'était que partie remise. Et, en effet, le livre n'a pas tardé à paraître et c'est nous qui, entraîné par les exigences de chaque jour, ne vous avons pas encore présenté ce volume. Réparons donc au plus vite ce retard.

Ce nouveau volume est consacré à l'Océan et aux terres océaniques. Il contient 4 cartes en couleur tirées à part, 201 cartes intercalées dans le texte et 83 vues ou types gravés sur bois.

Après une très intéressante introduction sur l'hémisphère océanique, M. Élisée Reclus aborde l'histoire des îles de l'Océan Indien (Sokotra, Madagascar, les Comores, les Amirautes et Seychelles et les Mascareignes). Sous ce dernier nom, nous trouvons Maurice, la Réunion, Rodrigues et les îles Kœling, Amsterdam et Saint-Paul, et enfin les Iles Australes.

Passant à l'Insulinde, l'auteur, après une vue d'ensemble, nous décrit Sumatra, les îles et archipels de la Sonde, Sumata, Bornéo, Java et Madœra, Bali, Lumbok, Soembawa, Flores et les archipels de Solor et d'Allor, Soemba, Timor et l'archipel de Rotti, les îles du Sud-Ouest et Sud-Orientales, les Célèbes, les Moluques.

Traversant les Philippines, nous parcourons la Micronésie, la Papouasie, la Mélanésie, et nous arrivons à l'Australie et Tasmanie, pour finir par la Nouvelle-Zélande, les îles Fidji, la Polynésie équatoriale et l'archipel Hawaiien.

Ce voyage vertigineux, qui nous rappelle involontairement, en ce moment, le « Tour du monde en 80 jours », nous fait assister aux descriptions les plus curieuses mais les plus exactes; l'intérêt marche toujours avec l'exactitude la plus scrupuleuse. On connaît la manière de M. Élisée Reclus; il puise aux sources les plus sévères, contrôle toutes les assertions, s'entoure de tout ce qui peut le préserver d'erreurs et élève ainsi à la géographie un monument qui comptera dans l'œuvre scientifique de notre siècle.

Dictionnaire de botanique (2), par M. H. Baillon.

Le vingt-troisième fascicule de ce remarquable dictionnaire comprend les mots Laam-Lith.

Le commencement de la lettre L est très riche en renseignements, car un seul article a réclamé un certain développement : nous voulons dire l'article *Lichen*. L'auteur nous y donne non seulement un résumé très clair de cette classe si intéressante et si contestée dans ces derniers temps. Il prend parti pour le Lichen contre la théorie algo-lichénique. Et, à ce propos, si

(1) Un volume gr. in-4°. — Prix : 30 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(2) In-4°. Prix du fascicule : 5 francs. — Paris, Hachette et Cie.

l'éminent maître Baillon n'est pas à l'Institut, parce qu'il a dit son fait, avec assez de verdeur, à l'un de ses membres, on peut être assuré que l'illustre Nylander ne fera pas partie de ce même Institut, puisqu'il traite, avec non moins de verdeur, le même membre dudit Institut. Ecoutez plutôt :

« Decaisne gonidia Lichenum sicut algas admittens e sensu Schwenderiano, declaravit : « Le parasitisme des Lichens paraît un fait parfaitement démontré, et le mémoire de M. Bornet ne peut laisser aucun doute sur le parasitisme. » (*Bulletin de la Société de botanique* 23 mai 1873.) Doctor Nylander hypothesin illam Schwendeneri absurdissimum indicavit, demonstravitque gonidia manifeste in cellulis thalli Lichenum oriri, nullumque adesse parasitismum. Decaisne igitur etiam hic in summo errore versatur et de rebus loquitur sibi minime familiaribus ; ignorantia parum juvat. Preparationes microscopicæ optimæ, indubie confirmantes originem intrathallinam gonidiarum et gonidimisam haberi possunt apud J. Bourgogne, prope Merdignac (Côtes-du-Nord). Tales preparationes præstant figuris, quas plus minusve schematicas facile faciunt auctores, arte sæpius magis occupati quam simplici veritate. »

Parmi les notices biographiques, signalons celle de Lamarck, où nous lisons : « Nous sommes heureux de constater qu'après avoir été acquis par des étrangers, et avoir été longtemps comme séquestré par Roeper, l'important herbier de Lamarck vient de rentrer à Paris, dans cet établissement où le grand naturaliste fut tant martyrisé, et où sa fille, après sa mort, attachait des plantes sèches pour ne pas mourir de faim. »

Nous livrons cette dernière réflexion aux méditations de nos confrères.

Disons, pour terminer, que la planche chromolithographiée, jointe à ce fascicule, représente l'Ilicium Floridanum.

L'année scientifique et industrielle (1), par Louis Figuier.

Pour la trente-deuxième fois, M. Louis Figuier nous donne le volume qu'il consacre à l'année scientifique et industrielle, et pour la trente-deuxième fois, nous le présentons avec un grand plaisir à nos lecteurs.

Le cadre adopté par l'auteur était excellent ; l'auteur le conserve. Sous une série de têtes de chapitres, il inscrit tous les faits qui intéressent le savant. Mais de ces divers chapitres, les uns sont d'ordres plus particuliers, comme l'astronomie, la météréologie, la physique, la mécanique, la chimie et l'art des constructions ; d'autres, au contraire, commencent à nous toucher de plus près, l'histoire naturelle et les voyages scientifiques ; enfin, avec l'hygiène publique, la médecine et la physiologie, nous sommes sur le terrain de nos études ordinaires. L'auteur s'éloigne de nous par les chapitres de l'agriculture, des arts industriels, mais nous ramène aux Expositions, aux Académies et Sociétés savantes, pour terminer pieusement son volume par le souvenir de ceux qui nous ont quittés.

Pour notre part, c'est avec un sentiment de reconnaissance, que nous avons vu le nom de notre ami si regretté H. Brochin, inscrit dans ce Panthéon des hommes de sciences. M. Louis Figuier avait pu, dans sa carrière, apprécier et la valeur et la bonté de celui que nous avons perdu.

L'*Année scientifique* reste l'exposé le plus net, le plus clair et le plus précieux des travaux scientifiques, des inventions et des principales applications de la science à l'industrie et aux arts.

Recueil très abondant de faits, il ne saurait s'analyser, mais il se lit avec charme et ce nouveau volume ne le cède en rien à ceux qui l'ont précédé. Il rendra, un jour, bien des services, comme bien souvent les volumes déjà parus ont rendu service à celui qui désire faire des recherches sur un point du mouvement scientifique de ces trente dernières années.

E. L. S.

(1) In-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

Fièvre des foins, pathogénie et traitement (1), par Marcel Natier.

M. M. Natier accepte pour la fièvre des foins la théorie nasale. Celle-ci serait la seule capable d'expliquer les phénomènes observés. La thérapeutique fournirait un argument important en faveur de cette théorie, puisque, par le traitement nasal, certains auteurs n'hésitent pas à promettre la guérison 90 fois sur 100. Au début on peut employer de simples applications de cocaïne destinées à diminuer l'intensité du réflexe d'origine nasale. Si ce procédé de douceur échoue, il faut avoir recours à la cautérisation galvano-caustique destinée à modifier fortement les parties qui servent de point de départ à ce réflexe anomal.

Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme (2), par L.-F. Arnaud.

M. L.-F. Arnaud, ancien interne des asiles de la Seine, s'attache à démontrer que la paralysie générale devient de plus en plus fréquente et qu'elle atteint des âges qu'elle épargnait autrefois. L'âge moyen de la paralysie générale tend à s'abaisser, et, au-dessous de trente ans et même de vingt-cinq, on peut en citer un nombre assez grand d'observations.

Les classes ouvrières sont moins épargnées qu'on ne l'a dit autrefois, d'après les 202 observations que l'auteur a compulsées. Ces résultats s'appliquent au département de la Seine, placé, il est vrai, dans des conditions particulières.

La cause principale de la maladie est la prédisposition héréditaire, elle correspond ainsi à une véritable dégénérescence familiale. Le surmenage intellectuel n'aurait pas autant d'influence sur sa genèse que le surmenage général de tout ordre : excès de travail manuel, excès vénériens, excès de boissons, de veilles, de table. On peut aussi incriminer le séjour dans un milieu surchauffé, un accident tel que l'insolation, un traumatisme portant sur le crâne. Souvent encore, il est impossible d'attribuer la maladie à des causes suffisantes pour en expliquer l'apparition.

L'hérédité des *tendances congestives* se rencontre 53 fois sur 100, l'hérédité vésanique 18 fois sur 60 ; l'hérédité alcoolique vient en dernier lieu, encore faut-il tenir compte du terrain sur lequel on l'observe.

L'hérédité congestive serait la plus habituelle dans la paralysie générale précoce, elle serait tout au moins plus facile à discerner. Cette paralysie générale précoce se présente surtout sous la forme clinique de la démence paralytique primitive.

Albert Mathieu.

Grundriss der Augenheilkunde (3), par le docteur A. Vossius.

L'ouvrage de Vossius est un traité complet d'ophthalmologie et comme tel ne saurait être analysé dans toutes ses parties et avec tous les détails qu'il mérite. Nous insisterons seulement sur les chapitres qui nous ont le plus frappé, sinon par leur nouveauté, du moins par leur conception particulièrement pratique.

Tels sont, par exemple, les deux premiers chapitres qui traitent des méthodes d'exploration de l'œil et des procédés généraux de thérapeutique, depuis le choix des lunettes jusqu'à l'emploi des médicaments spécialement employés en oculistique. L'étudiant et le praticien trouveront là des renseignements que les traités plus complets négligent d'ordinaire de fournir.

Les parties cliniques de l'ouvrage de Vossius sont d'une concision que nécessite la forme restreinte de son traité ; de là des fautes de détail et des oublis inhérents à tout travail forcément élémentaire et écourté. Tel qu'il est, néanmoins, ce volume, qui n'a pas moins de 430 pages, constitue un memento qu'il sera très utile de consulter pour ressaisir les grandes lignes des affections oculaires ; la partie thérapeutique y est spécialement traitée avec soin.

E. Valude.

(1) Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.
(2) Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.
(3) Leipzig, 1888, Franck Denticke.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Armée territoriale. — Par décret, en date du 1er mars 1889, ont été promus :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Kuhff.

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Bélière, Delfosse, Millot et Régnard.

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. Maricourt, et Deschamps, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Yvon.

3e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Brunon, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Rouen.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Monestier.

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. Larrieu, Mascarel et Richard.

5e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Menu.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.*— M. Jacquelin ; MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bar, médecin accoucheur des hôpitaux de Paris ; Bolot, professeur suppléant à l'École de médecine de Besançon.

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Duflocq et Foubert, chefs de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Cousin, prosecteur à l'École de médecine de Marseille, et Maurel, chef de clinique médicale à ladite École.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 30. — MARDI 12 MARS 1889. 62e ANNÉE. MARDI 12 MARS 1889. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Statistique intégrale du traitement des maladies chirurgicales et des opérations pendant l'année 1888.

Dans les salles J.-L. Petit et Boyer (autrefois, salles Sainte-Rose et Saint-Jean), il a été traité 481 malades qui ont donné 32 morts.

Si je retire un malade mis par erreur en chirurgie et qui est mort dans la soirée d'une hémorrhagie cérébrale, reste 31 morts.

Voici d'abord les morts :

1 abcès froid par congestion de l'abdomen, symptomatique de carie du bassin et des vertèbres lombaires, morte d'épuisement.

1 brûlure aux deuxième et troisième degrés des deux membres inférieurs, mort d'urémie, le malade était d'ailleurs tuberculeux.

1 anthrax de la nuque, mort de coma diabétique.

1 anthrax de la nuque, mort de pneumonie des vieillards.

1 contusion de l'arcade sourcilière, morte d'érysipèle et pneumonie.

1 angioleucite gangréneuse autour d'une cicatrice de fracture compliquée (le malade avait voulu accompagner les Sœurs Augustines renvoyées de la Charité, et avait pris à la porte de l'hôpital un refroidissement).

1 fracture compliquée de plaie avec emphysème traumatique, refus d'amputation, septicémie.

1 péri-arthrite tuberculeuse du genou et du cou-de-pied et nécrose superficielle d'un ancien moignon d'amputation, infection purulente.

1 abcès de la prostate, infection urineuse.

1 angioleucite gangréneuse de la jambe et diabète.

1 épithélioma inopérable de l'utérus, érysipèle.

1 cancer de l'utérus inopérable.

1 vaginite, érysipèle de la face et du cuir chevelu, méningo-encéphalite.

1 sarcome périostique de l'orbite inopérable.

1 grosse hernie inguinale, péritonite herniaire et péritonite généralisée.

1 squirrhe de l'aisselle en cuirasse inopérable.

1 fracture du col du fémur, pneumonie des vieillards.

1 cancer généralisé, corps thyroïde et viscères.

1 plaie de tête en voie de réparation et tuberculose pulmonaire des deux poumons.

Plus 12 décès sur des opérés que l'on trouvera plus loin.

Le nombre des opérations pratiquées, tant dans les salles qu'à la consultation de l'hôpital (1), s'élèvent à 465 sans compter 10 réductions de luxations (de l'épaule 6, du coude 2, et du pouce 2) et 3 enlèvements de bagues par le procédé d'Aetius.

Sur ce chiffre élevé, il faut compter 144 incisions de panaris, 26 incisions de durillons forcés, 125 incisions d'abcès divers superficiels et profonds qui n'ont donné lieu à aucun décès.

15 extractions d'aiguilles, morceaux de bois et de verre, dont un morceau de canne dans l'orbite, 15 guérisons; — 4 ablations d'amygdales, 4 guéris; — 10 polypes des fosses nasales, 10 guéris; — 29 ongles incarnés, traités par l'arrachement, 29 guéris; — 2 loupes multiples détruites par le caustique, 2 guéris; — 10 kystes sébacés enflammés, traités par incision et énucléation, 10 guéris; — 1 circoncision, 1 guéri; — 1 symblépharon, 1 guéri; — 9 hydrocèles vaginales, traitées par la ponction et l'injection iodée, 9 guéris.

Voici les résultats des opérations plus compliquées :

Incisions du sein avec drainage double, 3; guéris, 3.

Incision et drainage d'un adéno-phlegmon du cou, 1; guéri, 1.

Abcès froids et arthrite tuberculeuse avec nécrose aiguë du fémur, 4; morts, 2 (morts de septicémie chronique).

Ligature de l'artère temporale, de la cubitale, 2; guéris, 2.

Trépanation du tibia pour abcès des os, 2; guéris, 2.

Drainage de l'humérus nécrosé, 1; guéri, 1.

Amputation du gros orteil avec le métatarsien, 1; guéri, 1.

Résection de l'extrémité des 4 premiers métatarsiens aux deux pieds pour cicatrice difforme, 1; guéri, 1.

Épithélioma de la lèvre avec autoplastie, 2; morts, 2 (1 mort de pneumonie des vieillards, 1 mort d'érysipèle et infection purulente).

Épithélioma de la langue, de la voûte palatine, 2; guéris, 2.

Gros sarcome de l'ombilic, ouverture de l'abdomen, 1; guéri, 1.

Gros kyste hydatique central du foie, traité par la mé-

(1) Nous donnons annuellement à la Charité, les lundis, mercredis et vendredis, 3900 consultations en moyenne.

thode de Récamier, 1 mort (rupture du kyste dans l'abdomen); — fistules à l'anus, 6; guéris, 6; — fissure à l'anus, dilatation, 1; guéri, 1; — hémorrhoïdes enlevées avec le fer rouge, 2; guéris, 2; — hernies étranglées, opérées par la kélotomie, 4; morts, 3 : 2 morts de péritonite; 1 mort (malade opéré après une réduction violente en ville, déchirure du sac et de l'intestin, un anus contre nature a été établi, mort le cinquième jour, par suite du transport de son lit, imprudence des gens de service).

Castration, 4; guéris, 3 (1 mort, suite de gangrène du scrotum, c'était un diabétique opéré pour une vaginalite chronique ou hématocèle menaçant de s'ouvrir).

Sarcome de l'ovaire. Ovariotomie forcée, irréductibilité de la tumeur, 1; mort, 1 (morte de péritonite).

Polype de l'utérus, 3; guéris, 3.

Sarcome et squirrhe du sein, amputation du sein, 4; guéris, 3 (1 mort de catarrhe suffocant au déclin d'un érysipèle erratique).

Adénomes du sein, amputations du sein, 2; guéris, 2.

Ablation de tumeurs diverses. — Kyste dermoïde de la fourchette sternale, du volume d'une pomme, gros kyste sébacé de la cuisse, lipome de la hanche, sarcome de la peau de la cuisse, grosse loupe du cuir chevelu, 5; guéris, 5.

Fibromes de la jambe, du genou, de la main, 3; guéris, 3.

Sarcome du grand pectoral, 1; mort, 1 (tubercules au début, infection purulente).

Sarcome du vaste externe, 1; mort, 1 (femme de soixante-dix-sept ans, arthrite suppurée du genou, septicémie aiguë).

Mélanome de la paroi abdominale enlevé avec le fer rouge, 1; guéri, 1.

Nous avons eu à traiter 4 fractures compliquées de plaies, 1 de l'avant-bras et 3 de la jambe; il n'y a eu qu'un décès, celui qui a été signalé plus haut et qui a refusé l'amputation. 4 mutilations des doigts avec ouverture des articulations, traitées par l'occlusion avec les bandelettes de diachylum, ont guéri toutes 4.

Cette année, à l'inverse de ce qui se passait autrefois dans mon service, il y a eu, sur mes blessés et opérés, 13 érysipèles développés dans les salles et 2 seulement venus du dehors.

J'ai perdu 4 malades de pneumonie et 3 d'infection purulente. Je n'hésite pas à dire que le changement désastreux du personnel en est une des principales causes. Ces nouveaux employés ne savent pas, comme les Sœurs, nourrir nos malades et les préserver du froid. Toutes mes statistiques, publiées jusqu'ici dans la *Gazette des hôpitaux* et dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*, en font foi. La moyenne des érysipèles développés dans mon service oscillait toujours entre 1 et 3 au maximum.

J'ajoute, pour être complet, que je ne me sers que des anciens modes de pansement, l'occlusion au diachylum pour les plaies et opérations de la main et des doigts, le cataplasme pour les plaies de la face et de la tête, et le pansement à l'eau et à l'alcool camphré pour les opérations d'ablation de tumeur avec perte de substance Enfin, mes malades sont traités dans deux salles de 21 lits, où il y a toujours en surcroît une moyenne de 8 brancards ou lits supplémentaires.

Au total, sur les 481 malades entrés dans mon service et qui y sont restés jusqu'à leur guérison ou leur mort (il y a, je le sais, dans les hôpitaux étrangers une habitude contraire, et qui consiste dans l'évacuation des malades des salles de chirurgie, 12 à 15 jours après l'opération), j'ai eu 302 hommes et 179 femmes, la mortalité a été de 18 pour les hommes et 11 pour les femmes.

Si j'établis la mortalité de mon service suivant la méthode de l'administration de l'Assistance publique dans son *Compte moral* annuel, c'est-à-dire en divisant le nombre total des sorties, par guérison ou par décès, par le nombre des morts, j'arrive aux résultats suivants :

Chirurgie : hommes, 1 décès sur 16,6; — femmes, 1 décès sur 16,2.

La moyenne actuelle de tous les hôpitaux réunis est :

Chirurgie : hommes, 1 décès sur 17,9; — femmes, 1 décès sur 14,4 (1).

Le Compte moral de l'Assistance publique pour l'année 1845, que je possède, permet d'établir une comparaison entre la chirurgie ancienne et la chirurgie moderne et il y aura, certes, un intérêt à comparer la mortalité en chirurgie dans les hôpitaux pendant l'année 1845, et pendant l'année 1888. Voici à cet égard ce que sont les chiffres de 1845 :

Chirurgie : hommes, 1 décès sur 21,18; — femmes, 1 décès sur 18,47.

La mortalité est donc aujourd'hui de un cinquième plus élevée que la mortalité en 1845; ce qui n'a pas changé, c'est un excédent de mortalité pour les femmes.

Il était nécessaire de rechercher si la mortalité dans le service de médecine avait également varié. Voici encore ce que nous apprend la comparaison des chiffres :

En 1845, services de médecine, hommes et femmes réunis : 1 décès sur 8,94.

En 1888, 1 décès sur 6,56.

En 1845, services de médecine et de chirurgie réunies, hommes et femmes ensemble : 1 décès sur 10,20.

En 1888, 1 décès sur 7,13.

Sur un seul point, la mortalité est moindre en 1888 qu'en 1845. La mortalité des accouchées était :

En 1845, 1 décès sur 27 femmes.

En 1888, elle est de 1 décès sur 61 femmes.

Je sais bien que jadis il y avait beaucoup moins d'accouchements dans les hôpitaux qu'il n'y en a aujourd'hui. On voit, en effet, maintenant beaucoup de personnes assez aisées, qui viennent faire leurs couches dans les hôpitaux. Jadis, il n'y avait que les plus malheureuses qui y venaient accoucher.

Il n'est pas moins curieux de constater que la mortalité dans les hôpitaux d'enfants suit la mortalité des adultes.

En 1845, il y avait dans l'hôpital des Enfants : 1 décès sur 6,50.

En 1886, 1 décès sur 4,68.

Mais il est juste de dire qu'en 1845 il y avait beaucoup moins de parents qui consentaient à se séparer de leur enfant.

La mortalité dans les hôpitaux de vieillards n'a pas beaucoup varié en 1845 et 1888 : elle était en 1845 de 1 sur 7,44, en 1888, elle est de 1 sur 6,19. Il était bon de savoir cela, car on aurait pu se demander si la mortalité augmentée dans les hôpitaux ne tenait pas à ce qu'aujourd'hui nous laissons mourir dans nos salles des incurables que l'on envoyait jadis terminer leurs jours dans les hospices et, dans ce cas, la mortalité en 1845 eût dû être plus élevée qu'en 1888, mais il n'en est rien.

(1) *Compte moral de l'Assistance publique*, Paris 1889.

Il y aurait beaucoup de choses à dire à cet égard. Y a-t-il un appauvrissement de la race? Subissons-nous l'influence de causes multiples? Ce serait à voir et à étudier plus longuement qu'il n'est possible de le faire ici; en tous cas, l'ancienne chirurgie ne souffre pas de la comparaison avec la nouvelle.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Hystérie et intoxication mercurielle.

Dans une de mes conférences du jeudi, j'appelais votre attention sur un cas très curieux par la complexité des phénomènes qu'il présentait : paralysie traumatique, hystérie, saturnisme, etc. (1); aujourd'hui, je vais vous parler d'un cas comparable en ce qu'il s'agit encore d'un fait d'intoxication métallique, mais différent, et par le métal intoxiquant et par les allures cliniques de la maladie.

Il s'agit du malade couché au n° 24 de la salle Saint-Louis, homme âgé de trente-huit ans, entré ici, il y a dix jours, avec de l'incoordination motrice, un tremblement très prononcé, généralisé aux quatre membres, mais avec prédominance dans les membres inférieurs, prédominance telle que le moindre mouvement détermine des oscillations très accentuées. Aujourd'hui, après dix jours de séjour ici, ce tremblement a déjà diminué; il est intermittent de sorte que, par exemple, il cesse dès que le malade repose dans son lit, ce qui n'existait pas à son arrivée à l'hôpital; mais pour peu qu'il fasse quelque mouvement dans son lit, une trépidation assez intense se produit, qui augmente surtout dans les mouvements de flexion beaucoup plus que dans ceux d'extension, le spasme se produisant surtout dans la sphère des fléchisseurs.

Ce tremblement est à grandes oscillations et non pas à petites, comme dans l'alcoolisme, par exemple, et se passe notamment autour des grandes articulations. Le muscle lui-même a une tonicité exagérée, de sorte que la moindre percussion détermine un réflexe très étendu sur les muscles voisins du muscle présenté. Ce fait nous démontre l'existence d'un état particulier de la moelle, lequel nous est encore confirmé par d'autres phénomènes dont je parlerai tout à l'heure.

Le second symptôme est l'incoordination motrice. Cet homme, en effet, a la démarche d'un ataxique véritable, démarche désordonnée dans laquelle il jette ses membres par un mouvement brusque, il talonne en touchant le sol. De plus, si, en marchant, il veut s'arrêter brusquement ou s'il veut tourner sur ses pas, ces phénomènes ataxiques s'accentuent brusquement aussi, il titube et chancelle. Enfin, caractère bien spécial et bien significatif, il présente le signe de Rhomberg et il le présente à son maximum, c'est-à-dire qu'il tombe, si, étant debout, on lui fait fermer les yeux.

Cependant, nous devons le reconnaître, chez lui l'incoordination est plus apparente que réelle. C'est ainsi qu'étant au lit, il exécute tous les mouvements qu'on lui commande avec une force suffisante et sans la moindre exagération, ce qui le distingue des ataxiques véritables. De plus, il n'a pas perdu la notion de position de ses membres au lit et, les yeux fermés, ne les cherche pas. Donc, en réalité, il est encore maître de ses mouvements dans une certaine mesure, bien que ses membres soient agités d'oscillations involontaires, d'un tremblement violent, irrégulier, de sorte qu'il y a antagonisme réel entre ses mouvements et sa volonté, de là le défaut de coordination.

D'autre part, si cet homme présente quelques analogies avec les choréiques, cependant ses mouvements ne sont pas des mouvements choréiformes, il est, en somme, un trembleur qui a une réflectivité spinale exagérée. Il a également ce que l'on appelle le phénomène du pied, c'est-à-dire un tremblement épileptoïde dû à l'exagération réflexe des phénomènes centraux, des phénomènes qui se passent du côté de la moelle. Enfin il a — et j'y insiste vivement — une exagération de la réflectivité tendineuse et non pas sa suppression comme dans l'ataxie.

C'est donc un trembleur, je le répète, et non pas un ataxique ordinaire. J'ajoute qu'il a conservé sa force normale, ainsi que la contractilité musculaire et électrique normales. Mais il présente une petite diminution de la sensibilité dans tout le côté gauche, caractérisée par une hémianesthésie spéciale dont le malade s'aperçoit très bien lui-même, mais qui respecte cependant tous les organes des sens, sauf ceux de la vision.

De plus, il a des troubles fonctionnels sensitifs, tels, par exemple, que des douleurs fulgurantes se montrant : 1° dans la région lombaire et irradiant vers la partie supérieure des cuisses; 2° dans le voisinage de l'articulation des genoux et irradiant vers les malléoles; 3° enfin, mais plus rarement, partant de la région spinale postérieure et inférieure (dorsale) et remontant vers le thorax. Par contre, il n'a jamais eu de crises viscérales, rien du côté de la vessie ou des sphincters, aucun trouble trophique, pas de douleurs en ceinture comme dans l'ataxie.

Avec la symptomatologie que je viens de décrire, quel diagnostic dois-je émettre? Le cas est complexe, car, à première vue, on serait porté à croire à l'ataxie, eu égard surtout à l'incoordination motrice, au signe de Rhomberg, aux douleurs fulgurantes, etc. Mais si cet homme était un ataxique, il ne serait toujours pas un tabétique, puisque le réflexe tendineux, loin d'être supprimé comme dans l'ataxie, est, au contraire, exagéré et que le tremblement n'a pas non plus le caractère de l'ataxie, surtout de l'ataxie au début, ce tremblement étant extrêmement accentué bien que le mal soit de date récente; enfin les ataxiques présentent des troubles diffus de la sensibilité avec plaques anesthésiques, ce qui n'existe pas ici, etc., etc.

Cet homme serait-il alors un pseudo-tabétique? Le pseudo-tabes est une affection tenant à des lésions périphériques des nerfs bien plus qu'à un état spinal; elle se rencontre surtout chez les alcooliques, dans les maladies infectieuses, l'intoxication par le plomb, par l'oxyde de carbone, chez lez hystériques; elle s'accompagne toujours d'un certain degré de parésie, de diminution des forces, ce qui n'existe pas chez notre malade. De plus, dans le pseudo-tabes des alcooliques, par exemple, les malades se plaignent généralement de douleurs persistantes dans un groupe de muscles, notamment dans ceux du mollet, et on constate presque toujours soit l'absence, soit une diminution du réflexe tendineux, comme chez les vrais tabétiques. Je dois ajouter que le tremblement est un des éléments importants du diagnostic qui doit nous éloigner du pseudo-tabes, dans lequel le tremblement n'existe jamais.

Il nous reste encore deux autres affections à passer en

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 909.

revue : le tabes spasmodique et la sclérose en plaques. Le premier est une affection rare, sorte de myélite dans laquelle, si l'on rencontre des phénomènes analogues à ceux de notre malade (exagération du réflexe tendineux, phénomène du pied, etc.), on trouve aussi de la parésie musculaire, de la contracture, symptômes que notre malade ne présente nullement.

Quant à la sclérose en plaques, comme caractère commun avec les affections de notre malade, je citerai l'intermittence des tremblements, mais par contre, dans la sclérose, le tremblement est à petites et non à grandes oscillations comme ici, il y a toujours de la parésie, des troubles cérébraux, des troubles viscéraux, etc., dus à la dissémination de la lésion en différents points de l'axe cérébro-spinal.

En résumé, par aucun côté, la maladie de notre homme ne présente un type morbide bien défini, de là la nécessité d'étendre son histoire, ses antécédents pathologiques.

Cet homme a trente-huit ans; depuis l'âge de dix-sept ans il travaillait dans les usines de Graissessac, et, jusqu'à vingt-sept ans, il a toujours été bien portant; mais, à cette époque, il a changé de profession et s'est fait ouvrier chapelier, s'occupant exclusivement de la préparation des peaux de lapin, préparation qui, comme vous le savez, exige l'emploi du nitrate de mercure. Très rapidement son organisme s'est imprégné de mercure, si bien qu'au bout d'un an il commençait à présenter du tremblement des membres inférieurs, et que, l'année suivante, il cessait tout travail et entrait à l'hôpital avec un certain degré d'intoxication mercurielle. Après y avoir fait un séjour de trois mois, il se remettait à la préparation des peaux de lapin, mais, dix mois plus tard, il était de nouveau forcé de cesser tout travail, et de se faire traiter, de nouveau aussi, pour une rechute plus grave que la première fois; les membres supérieurs étaient envahis, à leur tour, par le tremblement, le malade avait de la stomatite. A dater de ce jour, le tremblement n'a jamais cessé.

Enfin, l'année dernière, il a encore essayé de reprendre sa profession d'ouvrier chapelier, mais bientôt le tremblement s'est de plus en plus accentué, persistant et progressant même jusqu'au jour où il est entré dans mon service.

Comme on le voit, l'étiologie est des plus nettes, l'influence du mercure est incontestable. Et cependant, cet homme ne reproduit pas complètement le tableau de l'intoxication mercurielle. Tout d'abord nous voyons ici le tremblement commencer par les membres inférieurs et non pas par les supérieurs, avec prédominance dans ceux-ci; de plus, la face et la tête ne sont pas pris, et cet homme n'a aucun affaiblissement dans ses mouvements, contrairement à ce qui se passe dans l'intoxication mercurielle. Celle-ci ne suffit donc pas à expliquer la situation, quoique nous devions en tenir compte cependant dans le diagnostic.

Mais si nous approfondissons les antécédents de cet homme, nous apprenons qu'en 1882 et 1883, il fut atteint de rhumatisme, affection pour laquelle il fut soigné à Laennec. A cette époque, il avait quitté, pour un certain temps, sa profession de chapelier et s'était fait passementier. Or, dans le décours de son rhumatisme, il fut brusquement frappé d'hémiplégie du bras gauche avec hémianesthésie sensorielle et sensitive complète, et sans aphasie, comme dans l'hystérie. Puis, une fois guéri de ses douleurs rhumatismales, il était allé à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, qui le considéra comme un hystérique. Il y resta dix mois et guérit brusquement, conservant seulement le tremblement dont il était atteint depuis l'année 1878.

Au commencement de l'année 1886, il est forcé de rentrer à la Salpêtrière, pour paraplégie des deux membres inférieurs avec anesthésie généralisée, accidents dont il guérit au bout d'un assez long temps. Mais quand, à la fin de cette même année, il quitta l'hôpital, il commençait à jeter les jambes en marchant comme un ataxique.

Mais, comme je l'ai dit tout-à l'heure, cet homme n'est point un ataxique franc, c'est un trembleur chez lequel les phénomènes névropathiques protéiformes conduisent à reconnaître chez lui l'influence de l'hystérie, influence prouvée par quelques-uns de ses stigmates : légère diminution de la sensibilité du côté gauche, points hyperesthésiques rachidiens, rétrécissement du champ visuel des deux côtés, diminution de la notion des couleurs, hérédité (mère nerveuse, un frère épileptique à l'asile des Incurables de Nancy).

Cet homme est donc un hystérique parfaitement avéré; mais quelle influence le mercure a-t-il pu avoir sur lui? Cette influence est des plus évidentes, puisque jusqu'à l'âge de vingt-sept ans, jusqu'au moment où il est entré dans la chapellerie, il n'avait jamais été malade, et que c'est à partir de ce moment aussi, ou mieux quelques années plus tard, que sa névrose a éclaté, pendant le cours d'un rhumatisme. Il y a là une relation de cause à effet, une influence absolue du mercure sur un terrain prédisposé.

Ce n'est point là, du reste, un fait exceptionnel; nous connaissons bien aujourd'hui l'influence métallique, pour éveiller l'hystérie chez l'homme; j'en ai observé au moins cinq ou six faits, jusqu'à présent; MM. Potain, Charcot, Peter l'ont également démontré.

Quant au pronostic — et je reviens à mon malade — si le tremblement a diminué depuis son séjour ici, par contre, l'incoordination n'a subi aucune modification, de là des réserves expresses au sujet de l'avenir, car, si cet homme peut guérir, il peut aussi tomber dans l'ataxie vraie, greffée sur l'hystérie.

Comme traitement je l'ai mis au bromure de potassium à la dose de 2 grammes le soir, et à la teinture de valériane dont il prend, chaque matin, 30 et quelques gouttes. De plus, je lui ai prescrit l'hydrothérapie, et si ces moyens ne suffisaient pas, j'aurais recours ultérieurement aux courants continus et aux bains prolongés. Quant au mercure, cet homme s'y étant soustrait, depuis nombre de mois, je n'ai pas cru devoir m'en occuper.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mars 1889. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

COMMUNICATION

Sclérose diffuse péri-épendymaire et syringo-myélie. — M. **Hallopeau** rappelle avoir publié, il y a vingt ans, un travail sur une maladie de la moelle qu'il a appelée « sclérose diffuse péri-épendymaire » et qui lui paraît se rattacher au type désigné par MM. Debove et Dejerine, d'après les auteurs allemands, sous le nom de syringo-myélie.

Il croit devoir maintenir la dénomination qu'il a adoptée autrefois ; car, dans cette affection, le tissu péri-épendymaire était le siège principal de la maladie, et celle-ci a été liée au

développement, non d'une tumeur, mais d'une phlegmasie chronique.

M. DEJERINE, sans contester le cas de M. Hallopeau, pense que la syringo-myélie est la conséquence, non pas d'une inflammation péri-épendymaire, mais bien d'une néoplasie centrale de la moelle. C'est ce qu'ont démontré les travaux des anatomo-pathologistes allemands dans ces dernières années. Sur une pièce que lui a confiée récemment M. Barth, l'existence d'une néoplasie péri-épendymaire est indiscutable, car le néoplasme, qui existe dans toute la longueur de la moelle, est presque énucléable sur certains points. Or, on n'observe jamais rien d'analogue dans les produits purement inflammatoires.

Quant au diagnostic clinique de la syringo-myélie, il est aujourd'hui aussi nettement établi que celui d'autres maladies de la moelle épinière, l'ataxie locomotrice par exemple. Dans aucune autre affection médullaire, on n'observe cette dissociation de la sensibilité qui aboutit à la conservation parfaite de la sensibilité tactile, alors que la sensibilité à la douleur et à la température a disparu.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES CONTAGIEUSES DANS LES HOPITAUX D'ENFANTS

M. CADET DE GASSICOURT s'applique à démontrer que les cas intérieurs de contagion sont surtout la conséquence de l'introduction des malades du dehors dans les salles communes. Il s'appuie, pour cette démonstration, sur la statistique de l'hôpital Trousseau, pendant l'année 1888, relativement à la rougeole, la varicelle, la scarlatine, la diphthérie et la coqueluche. Au point de vue de la contagiosité, celle de ces maladies qui doit être mise en tête de la liste est la rougeole, qui donne 29 p. 100 de cas de contagion, et celle qui vient en dernier lieu est la coqueluche, qui ne donne que 9,60 p. 100. La varicelle donne 19,85 p. 100, la scarlatine 15 p. 100, la diphthérie 10 p. 100. La rougeole est donc la maladie infectieuse la plus contagieuse; la coqueluche est celle qui l'est le moins.

M. Cadet de Gassicourt fait connaître la disposition des différentes salles de l'hôpital Trousseau, et, en étudiant les cas de contagion de la rougeole dans ces différentes salles, on voit que, tandis que dans les salles communes qui sont les plus rapprochées des salles d'isolement, pour la rougeole il n'y a que 29 p. 100 de cas de contagion : dans les salles les plus éloignées il y en a 33 p. 100; dans les salles de chirurgie, il y en a 35 p. 100. A mesure que l'on s'éloigne des salles d'isolement, on voit s'accroître le nombre des cas de contagion. Le même fait se reproduit pour la scarlatine, la diphthérie.

La cause des cas intérieurs de contagion n'est donc pas dans la proximité des salles d'isolement; elle a surtout pour cause l'importation dans les salles communes des malades venus du dehors. Le diagnostic précoce de la rougeole ou de la diphthérie étant souvent très difficile, pour ne pas dire impossible, on reçoit dans les salles communes un certain nombre d'enfants se trouvant dans la période d'invasion de la maladie. Ce sont ces enfants qui deviennent des foyers de contagion. M. Cadet de Gassicourt cite plusieurs exemples à l'appui de cette manière de voir. Pourquoi, par exemple, le nombre des cas de contagion est-il plus élevé dans les salles de chirurgie? C'est parce que dans ces salles on garde beaucoup plus longtemps les enfants atteints de rougeole; on ne les isole que lorsqu'ils sont arrivés à la période d'éruption.

Comme conclusion à tirer de cette statistique, M. Cadet de Gassicourt pense que la principale cause des cas intérieurs est dans les malades venus du dehors, et non dans le transport de la maladie des salles d'isolement dans les salles communes. L'isolement est donc insuffisant comme moyen prophylactique. M. Grancher pense que le remède à opposer à cet état de choses doit être cherché dans l'antisepsie médicale; M. Cadet de Gassicourt pense que le meilleur moyen à employer pour combattre la production de ces cas intérieurs serait d'établir des chambres d'isolement pour les malades douteux.

M. RICHARD fait connaître une statistique publiée dans la thèse inaugurale de M. Fahm, sur les maladies infectieuses à l'hôpital des Enfants de Bâle.

Fahm rapporte qu'à Bâle, à l'hôpital des Enfants, il existe une division d'isolement qui, de 1870 à 1885, a traité 324 enfants atteints d'affections contagieuses. Sur ces 324 enfants, la proportion des cas intérieurs a été la suivante :

Rougeole	10,18 p. 100
Scarlatine	24,69 —
Diphthérie	20,99 —
Erysipèle	20,99 —
Coqueluche	10,49 —
Fièvre typhoïde	2,47 —

Donc, la scarlatine, la diphthérie et l'érysipèle sont les maladies qui ont été contractées le plus souvent à l'hôpital des Enfants de Bâle.

L'auteur fait ressortir, et c'est une analogie avec ce que nous a appris M. Cadet de Gassicourt, que les opérés ont une prédisposition remarquable à contracter la scarlatine.

Il attire également l'attention sur ce fait que les infections nosocomiales présentent une gravité plus grande que celles contractées à l'extérieur.

M. SEVESTE pense qu'il est nécessaire de maintenir les salles d'isolement, mais cela ne suffit pas. D'accord avec M. Cadet de Gassicourt, il émet le vœu qu'on établisse des chambres d'isolement pour les malades suspects et que tous les enfants qui ont été en contact avec un enfant atteint de rougeole, par exemple, ses voisins de lit, soient considérés comme suspects et, comme tels, transportés dans les chambres d'isolement.

M. COMBY insiste sur les dangers de la promiscuité des enfants dans les salles de consultation, dangers signalés par M. Ollivier, qui en a indiqué le remède en demandant qu'un interne, de garde dans ces salles de consultation, soit chargé de faire la sélection des enfants atteints ou suspects d'affections contagieuses. Il faudrait qu'il y eût des salles d'attente spéciales pour ces enfants. Il est donc possible de parer à ce danger sérieux, en employant le moyen prophylactique préconisé par M. Ollivier, et, d'ailleurs, parfaitement réalisable. M. Comby, qui est chargé d'une consultation dans un dispensaire d'enfants malades, a, depuis six ans, eu recours à ce moyen, et les cas de transmission d'affections contagieuses, qu'il a constatés dans ce dispensaire, peuvent être considérés comme une quantité négligeable.

COMMUNICATIONS

Hémoglobinurie paroxystique. — M. HAYEM revient sur la malade atteinte d'hémoglobinurie paroxystique que M. Millard a bien voulu lui confier, et dont il a déjà entretenu la Société.

Sous l'influence de la température qui régnait en décembre, et qui était au-dessous de 0 degré, les urines rendues ressemblaient absolument au vin de Malaga. Elles étaient donc pathognomoniques.

Les accès ont reparu. Ils sont de deux sortes. Lorsque la température extérieure est de 8 à 10 degrés au-dessus de 0, le séjour à l'air s'accompagne seulement d'une crise d'albuminurie paroxystique, accompagnée ou non d'une très légère hématurie. Lorsque, au contraire, la température extérieure est voisine de 0 degré, les grands accès d'hémoglobinurie se déclarent au bout d'une heure à une heure et demie d'exposition à l'air. On dirait d'un violent accès de fièvre intermittente. Les urines sont alors jus de pruneaux.

M. Hayem a examiné le sang et les urines au cours de ces grandes crises.

Le sang laisse sourdre, après la coagulation, un sérum rouge-cerise, laqué, assez foncé.

Il a constaté aussi que le sérum était, actuellement, teinté dès le début de sa séparation d'avec les caillots. Mais il a pu observer, en outre, un fait qu'il croit d'une grande importance. Quand l'accès est à son apogée, le sang obtenu par une petite prise se

coagule rapidement, peut-être plus rapidement qu'à l'état normal. Puis, déjà au bout de trois quarts d'heure, le caillot laisse transsuder du sérum. Mais, après un temps court (quatre heures), le caillot est complètement redissous. Le sang contenu dans l'éprouvette est nettement séparé en deux couches d'épaisseur à peu près égales et formées, l'inférieure par les globules rouges précipités et tassés, la supérieure par le sérum rouge-cerise. Si on agite, les deux couches se mélangent, et on constate que le sang est absolument liquide. Il reste tel jusqu'à putréfaction.

En dehors des crises d'hémoglobinurie, le caillot se comporte comme celui de toute saignée.

Cette redissolution, qui est un fait très intéressant, n'a jamais été signalée chez l'homme en dehors de l'hémoglobinurie.

Relativement aux urines pendant les crises, dans les premières gouttes excrétées on trouve un petit nombre de globules rouges, tandis que dans les urines rendues ultérieurement on ne constate que de l'hémoglobine parfaitement dissoute, sans trace de stromas globulaires.

Quelles indications peut-on tirer de ces faits relativement à la nature de l'hémoglobinurie paroxystique? Ils prouvent, selon M. Hayem, que l'hémoglobinurie n'est pas le résultat d'une hémoglobinhémie, mais bien un processus en quelque sorte étranger au sang circulant, et se produisant uniquement *in vitro*, pendant la rétraction du coagulum.

En second lieu, pour que l'on pût expliquer l'hémoglobinurie par l'hémoglobinhémie, il faudrait qu'il y eût une différence nettement accusée entre la coloration du sérum pendant les accès et dans leurs intervalles. Or, cela n'est pas.

Enfin, — et c'est là, non plus un raisonnement, mais une preuve directe — on constate nettement la dissolution d'un certain nombre de globules rouges dans le sang pur examiné au microscope.

M. Hayem ajoute, en terminant, qu'il maintient l'opinion qu'il a exprimée sur la participation active des reins dans les altérations présentées par les malades hémoglobinuriques au moment des accès.

Guérison d'un cas de goître exophthalmique. — M. GÉRIN-ROZE communique une observation de guérison d'un goître exophthalmique accompagné de troubles gastriques assez graves pour avoir fait craindre un moment la mort par inanition.

Ce cas se rapportait à une demoiselle, âgée de trente-six ans et demi lors de l'apparition de la maladie de Basedow, qui se compliqua, dès le début, de troubles gastriques intenses. On employa successivement, et sans grand succès apparent, la teinture de digitale, le bromure de potassium, les injections hypodermiques d'ergotine, les applications de sacs de glace sur la région précordiale, le drap mouillé, les courants continus. Enfin, à la suite d'un séjour à la campagne, tous les accidents disparurent. La guérison se maintient depuis huit ans. La malade s'est mariée il y a six ans, et a eu un enfant bien portant.

Sur un cas de rage inutilement traité par les inoculations pastoriennes. — M. GÉRIN-ROZE communique l'observation d'une jeune fille de seize ans, mordue à la pommette gauche par un chien enragé, le 7 janvier dernier, soumise aux inoculations seize heures après la morsure et traitée à l'Institut Pasteur, du 9 au 28 janvier. Elle dit avoir reçu quatre injections par jour les 9, 10, 11, 12 et 13 janvier, et une seule injection quotidienne du 14 au 28 janvier inclusivement.

Malaise général et progressif à partir du 1er février. Le 7, elle entre à Lariboisière. A partir du 8 au soir, délire, cris, hallucinations, convulsions généralisées, spasmes pharyngés, sputation, hyperesthésie extrême. Les liquides sont repoussés avec horreur.

Mort quatorze heures après le début des convulsions.

Le bulbe a été remis à M. Chantemesse.

Si l'on admet que le vaccin dont on s'est servi avait été préparé avec tout le soin imaginable, il faudra bien avouer que, même dans les cas en apparence les plus favorables, c'est-à-dire lorsque les inoculations sont faites moins d'un jour après la morsure, en dehors de tout traumatisme sérieux, il est des sujets absolument réfractaires à leur emploi.

Un jeune garçon de dix ans a été mordu par le même chien, un jour avant cette malade, et à la première phalange de l'index gauche. Il a été traité également à l'Institut Pasteur, et à partir de la neuvième heure après la morsure. Jusqu'à ce jour il n'a rien présenté d'inquiétant.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Armée territoriale. — Par décret, en date du 4 mars 1889, ont été promus :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Surre.

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. Hourlier et Richard.

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. Brassart, Cambus, Colnot, Dureau, Jacquot, Lémeré, Lévêque, Morienvalle et Wurtz.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. Sériziat.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Bélières, Boulay, Contal, Desplous, Richardière et Rouquayrol.

— Par décret, en date du 8 mars 1889, M. Lambling, agrégé, est nommé professeur de chimie organique, à la Faculté de médecine de Lille.

— Par décret, en date du 9 mars 1889, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. Cauvin.

Au grade de médecin de première classe. — MM. David, Aubry, Mestayer, Torel, Legrand et Gauthier.

— *Armée active.* — Par décision ministérielle, en date du 9 mars 1889, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin-major de deuxième classe Butel, pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

MM. les médecins aides-majors de première classe Vogelin, pour le 162e d'infanterie; Creton, pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

— *Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements).* — Les candidats subiront la première épreuve d'admissibilité dans l'ordre suivant :

Chirurgie. — MM. Marchand, Bazy, Broca, Charpentier, Castex, Nélaton, Pollosson, Coppens, Villard, Walter, Vallas, Genevez-Montaz, Clado, Février, Courtin, Barette, Gangolphe, Rochet, Tuffier, Ricard, Picqué, Routier, Verchère, Phocas, Hartmann, Ménard, Rochard, Michaux et Estor.

Accouchements. — MM. Tissier, Bonnaire, Rivière, Auvard, Chambreland, Turgard, Bureau, Boissard et Bar.

Trois candidats passeront à chaque séance. Le samedi, il n'y aura pas de séance.

Le sujet donné aux trois premiers candidats (chirurgie) a été : « Fistule pyo-stercorale. »

— Le concours de Saint-Lazare s'ouvrira le 12 mars. Sont admis à concourir :

1° Pour les places de médecins : MM. Barthélemy, Brivois, Buret, Brette, Feulard, Gillet, Lannelongue, de Molènes-Mahon, Reuss et Mlle Edwards.

2° Pour les places de chirurgiens : MM. Baudier, Fournel, Gundelach, Jullien, Ozenne, Verchère et Wickam.

Le jury médical est composé de MM. Balzer, Budin, Fournier, Hallopeau, Lancereaux, Le Pileur et Quinquaud.

Le jury chirurgical est composé de MM. Chéron, Horteloup, Humbert, Lannelongue, Pinard, Terrillon et Vidal.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Lortet, professeur d'histoire naturelle, est maintenu, pour trois ans, en qualité de doyen de ladite Faculté.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Kayser (Marie-Louis-Napoléon) est nommé chef de clinique obstétricale et gynécologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Martins, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier.

— Le tribunal correctionnel vient de condamner à quinze jours de prison — et 2000 francs de dommages-intérêts envers la Société de prévoyance des pharmaciens de Paris, plaignante et partie civile — M. Maurice Faurie, officier de santé, un spécialiste dont le nom, dans les vespasiennes, est transformé en celui de professeur Morisse.

Le professeur Morisse était prévenu d'avoir illégalement exercé la pharmacie en ouvrant, sous le nom d'un intermédiaire, à côté de son cabinet médical, une officine où étaient débitées les drogues par lui prescrites.

C'est la dixième contravention relevée à sa charge — et par conséquent la dixième condamnation prononcée contre lui.

— On nous signale un escroc qui se présente chez les médecins comme courtier d'abonnement. Nous prions nos confrères de prendre note que la *Gazette des hôpitaux* n'a aucun courtier d'abonnement.

— Le 31 mars 1889, M. Dubost, notaire à Vichy, mettra en vente, sur la mise à prix de 5000 francs, l'établissement hydrothérapique du docteur Lugagne, à Vichy. — Pour tous renseignements, s'adresser à Mme Veuve Lugagne, 28, boulevard des Batignolles, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

25

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

77

APIOL DES DRS JORET & HOMOLLE

L'APIOL est le spécifique des désordres menstruels : il provoque les règles et arrête leur écoulement exagéré ou persistant. Mais on délivre, sous le nom d'Apiol, de simples extraits ou teintures de persil. L'Apiol vrai, liquide oléagineux, plus dense que l'eau et d'une belle couleur ambrée, est celui des Drs JORET et HOMOLLE, le seul expérimenté avec succès, notamment dans le service du Dr MAROTTE, à la Pitié. — DOSE : 1 caps. matin et soir pendant 5 à 6 jours lors de la venue présumée des règles ou de leur écoulement.

Dépt gal : Phie BRIANT, 150, r. Rivoli. Ttes phies.

35

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les

Affections aiguës et chroniques de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes

Phie PELISSE, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

21

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

Une innocuité complète, une efficacité parfaitement constatée dans les *Rhumes, Bronchites* et la *Grippe*, ont assuré au **Sirop d'Aubergier** une vogue immense.

(*Formulaire* BOUCHARDAT, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 26e édit.)

Ce **Sirop** est une des rares préparations qui pourront être employées dans la médication infantile.

(Drs GUBLER, DEBOUT, Jules SIMON.)

Paris, COMAR et Cie, 28, rue Saint-Claude, Paris.

23

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

39

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 5 francs par semaine. GAZ, 0 f. 10 le litre. — Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** francs.

Phie LIMOUSIN, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

33

GUÉRISON DE L'ASTHME par le

PAPIER FRUNEAU

40 ans de succès incontestable. — **Amélioration immédiate des affections chroniques du poumon.**

Toutes pharmacies, France et Etranger.

Nantes, E. FRUNEAU, 13, r. du Chapeau-Rouge.

21

LES BONBONS DE FER DIASTASÉ

du **Dr V. BAUD**

CONTIENNENT 1 CENTIGR. 1/2 DE CITRATE DE FER

Le nouveau mode de préparation que nous appliquons au **Fer**, accroît beaucoup son efficacité curative et fait disparaître les actions locales irritantes de sa forme chimique, en lui substituant une loi de la nature, qui le rend plus apte à exercer sans troubles son action digestive et d'assimilation.

Notre méthode consiste à provoquer un mouvement de germination dans la graine de cresson; à obtenir qu'elle absorbe et assimile une solution médicamenteuse titrée. Pendant ce travail vital, elle développe une abondante diastase, principe de la salive et de la digestion.

Reste à dragéifier ces graines en évitant de compromettre les principes diastasiques, et, selon l'expression du savant **Bouchardat**, le malade peut avaler son médicament dans son laboratoire. (*Voir la brochure*).

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

Dr V. Baud

69

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Éch. fo.)

41

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse)

Contre les maux de gorge, angines, extinction de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, Paris, et ttes pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

55

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.)

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

62

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

CAPSULES MOLLES DE BOURGEAUD

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote, la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

74

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents*.

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

22

TRÈS IMPORTANT

pour MM. les Médecins spécialistes des

MALADIES PULMONAIRES

ET DES VOIES RESPIRATOIRES

D'après les expériences de MM. Bouchard, Gimbert, Hugues, Reuss, Sommerbrodt, etc., il a été reconnu que la créosote ne peut être assimilée facilement et produire tous les effets désirés que préparée sous la forme de la **Tolu-Créosote**, selon le professeur Sommerbrodt. — La **Tolu-Créosote** formant *seule* une émulsion parfaite, est digérée par les estomacs les plus faibles et parvient toujours jusqu'aux poumons et parties malades. Il suffit de prescrire : « **la Tolu-Créosote** » *selon Sommerbrodt.* — Dose : 5 à 8 capsules par jour. — Travaux scientifiques et extraits de journaux médicaux, envoyés gratis sur demande par le dépositaire à Paris : Ch. BOURY, pharmacien, 26, rue du Pont-Louis-Philippe.

58

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

44

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

33

ALBUMINATE DE FER

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Spécifique des troubles de la menstruation.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

N° 31. — JEUDI 14 MARS 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 14 MARS 1889. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Dujardin-Beaumetz a présenté un malade opéré avec succès par M. Fort d'un rétrécissement de l'œsophage par l'électrolyse. C'est là une nouvelle et heureuse application de la méthode employée par M. Fort pour le traitement des rétrécissements uréthraux. Nous publierons prochainement l'observation de ce malade.

M. Roussy a ensuite été appelé à la tribune pour y donner lecture d'un travail sur la découverte qu'il a faite d'une substance pyrétogène. L'importance de cette étude nous engage à la publier *in extenso*.

Sur la proposition de M. Gautier, ce travail a été renvoyé à une commission composée de MM. Schützenberger, Gautier et Hayem.

Le reste de la séance a été occupée par M. Verneuil qui, appelé à présider le concours d'agrégation en chirurgie, n'a pu encore terminer son argumentation sur le tétanos.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Responsabilité des sages-femmes; droit pour les étrangers d'exercer la médecine en France; droit de pénétration sur la frontière.

On a voulu créer une responsabilité particulière aux sages-femmes. Il y en a eu beaucoup de poursuivies pour avoir fait des applications de forceps et même des embryotomies, mais il est tellement entré dans les mœurs que les sages-femmes soignent les femmes en couches que, le plus souvent, l'application du forceps, de leur part, ne donne pas lieu à une poursuite. La loi ne permettait pas, autrefois, aux sages-femmes de faire des prescriptions; une seule leur est maintenant permise par un décret de 1873, c'est le seigle ergoté.

Il y a un point de droit qui m'a surpris. Un docteur L... (de Toulouse), voulant faire poursuivre une sage-femme qui avait affiché à sa porte ces mots : « Soins aux dames et aux enfants », le procureur lui répondit : « Non, je ne peux pas poursuivre, quand on annonce seulement qu'on va commettre un délit. » Cette jurisprudence me rappelle l'industriel qui avait planté impunément sur la frontière de Belgique un poteau avec cette inscription : « Ici on vend du tabac de contrebande. »

J'arrive maintenant à une question qui a beaucoup préoccupé l'opinion, je veux parler du droit, pour les étrangers, d'exercer la médecine en France. Les uns viennent d'abord étudier la médecine chez nous. Il y a trois ou quatre ans, vos prédécesseurs avaient protesté énergiquement contre les faveurs accordées aux étudiants étrangers. Cependant, lorsqu'un étranger demande à se faire inscrire à la Faculté, on exige de lui des diplômes à peu près analogues à ceux dont vous êtes munis, et, depuis quelques années, si les diplômes qui sont fournis paraissent insuffisants, on envoie les candidats subir un petit examen à la Sorbonne. Je dois dire que le jury se montre assez indulgent. Mais nous avons obtenu qu'en règle générale, il n'y ait plus de dispenses accordées par le ministre de l'Instruction publique.

D'une façon générale, l'équivalence dans les conditions n'existe pourtant pas. Il est certain que les étrangers ne sont pas soumis à l'obligation du service militaire, et que c'est un grand avantage pour eux. Mais il faut reconnaître qu'il y a un intérêt national à ce qu'un certain nombre d'étrangers nous conservent leur clientèle médicale. Ce courant a cessé au moment de la guerre, et il en était résulté pour nous une véritable déchéance. Il est essentiel que nous leur ouvrions largement nos laboratoires et que, plus tard, ils conservent, dans leur pays, un bon souvenir de notre hospitalité.

D'ailleurs, le danger vient plutôt de celui qui, après avoir étudié chez lui, demande à exercer en France. Sur ce point, la réciprocité des procédés n'existe avec aucun pays. Il y a seulement, depuis six semaines, un bill qui fait considérer le doctorat français comme suffisant pour permettre à son titulaire d'exercer dans les colonies anglaises.

Presque toutes les sociétés médicales de province, surtout dans les villes d'eaux minérales ou dans les stations d'hiver, se plaignent amèrement de la concurrence que leur font les médecins étrangers. Il y a deux ans, ces plaintes avaient été telles, dans les Alpes-Maritimes, que le préfet voulut contrôler la situation de ces médecins; mais des raisons diplomatiques s'interposèrent, si bien que sur 80

ou 85 on en a tourmenté 2, dont l'un avait été mis à l'ordre du jour à Villersexel, porté pour la Légion d'honneur, etc. Les ministres se trouvent souvent très embarrassés par les ambassades, et sont forcés d'accorder un grand nombre de permissions.

Certains docteurs étrangers demandent à être dispensés de scolarité, afin de passer leur thèse et d'obtenir le diplôme français. Cette faveur ne s'accorde presque jamais. Mais la grande difficulté, c'est toujours le premier examen : il y en a qui prennent le temps de faire des recherches, souvent très remarquables, sur un point quelconque de pathologie, pour se faire dispenser de ces fourches caudines. Malgré tout, la loi est à peu près formelle, et lorsque le grand Dumas voulut concourir pour la chaire de chimie de cette Faculté, il dut d'abord passer tous ses examens, où on lui demanda naturellement quelques explications sur ses plus belles découvertes.

Il y a des diplômes absolument grotesques. De ce nombre sont ceux que délivre l'Université de Philadelphie. M. Dechambre eut un jour la curiosité d'écrire une lettre, qu'il fit signer par son domestique, pour savoir quelles étaient les conditions requises pour obtenir, devant la Faculté, le diplôme de docteur. On lui répondit qu'il suffisait d'envoyer 250 francs. M. Dechambre n'hésita pas à le faire, et il avait pour domestique un docteur en médecine... de Philadelphie.

D'autres diplômes un peu plus sérieux, et d'autres soustitres, ne donnent pas davantage le droit d'exercer. Un certain docteur qui s'intitulait « agréé de Saint-Pétersbourg » fut condamné, pour exercice illégal, à 100 francs d'amende.

Il faut vous défier aussi de supercheries analogues à celle de cet individu qui, ayant ouvert une maison de santé, faisait venir en consultation des sommités médicales, telles que MM. Ricord, Gosselin, etc., et puis signait à côté de leurs noms, après qu'ils étaient partis. Le Parquet fut extrêmement étonné de trouver des signatures aussi autorisées à côté de celle de W...

Le droit de pénétration de l'exercice de la médecine d'une frontière à l'autre est une convention qui existe avec l'Espagne, la Belgique et le Luxembourg, et que nous sommes en train de faire avec la Suisse. Les médecins de ce pays demandent, en ce moment, à ce que la pénétration puisse s'exercer jusqu'à 8 kilomètres de la frontière. Cependant, ce droit doit être très limité, sous peine de voir des médecins étrangers exercer presque exclusivement sur notre territoire.

On a soulevé aussi la question de l'exercice de la médecine d'un pays à l'autre. Nous avons répondu que nous ne demandions pas mieux, à la condition que les médecins étrangers soient accompagnés, dans leurs visites, du médecin français qui les a demandés. L'abus est, du reste, à craindre. En ce moment, on poursuit un docteur B..., qui va de ville en ville, donnant des consultations, qui n'a pas de domicile et ne paie pas de patente.

Une des questions qui ont soulevé le plus de contestations, c'est la permission accordée aux médecins par l'article 27 de la loi du 27 germinal an XI, de tenir en même temps la pharmacie. Il y a encore 33471 communes, où il n'y a pas de pharmacien, et il y en a environ 3000, où le médecin est aussi le pharmacien. Il a été jugé qu'ils n'ont pas le droit de porter des médicaments aux malades qu'ils vont voir dans les communes où se trouve un pharmacien. En même temps cet état de choses crée une foule de difficultés; il est absolument mauvais, au point de vue de la dignité professionnelle.

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES

SUR LA PATHOGÉNIE DE LA FIÈVRE; THÉORIE GÉNÉRALE SUR LA NATURE ET LES RÔLES PHYSIOLOGIQUE ET PATHOGÈNE DES DIASTASES OU FERMENTS SOLUBLES.

Par M. le docteur Roussy,

Chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

I

Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie de la fièvre.

I. Observations d'ordre clinique. — 1° J'ai vu survenir une fièvre intense chez des hommes et chez des enfants, soit après un surmenage aigu, soit très peu de temps après l'ingestion de bière altérée, de viande faisandée, d'eaux stagnantes tenant en macération des feuilles mortes diverses, du foin, du chanvre, etc.;

2° La brusque apparition de cette fièvre et sa disparition plus ou moins rapide et inattendue m'ont porté à faire l'hypothèse qu'elle était causée par la présence dans l'organisme de substances chimiques solubles, plutôt que par celle de micro-organismes;

3° Dans le but de vérifier la valeur de cette hypothèse, j'ai entrepris des recherches expérimentales sur les lapins et sur les chiens, avec des matières plus ou moins analogues à celles qui me paraissaient avoir produit la fièvre que j'avais observée chez l'homme;

4° Ces recherches, poursuivies pendant plus de trois ans et comprenant plus de quatre cents expériences variées, me conduisent à formuler les conclusions suivantes, en leur imprimant, suivant les cas, le caractère réservé qu'elles comportent encore.

II. Injections de matières putrides. — 1° Les injections sous-cutanées et intra-veineuses de bière altérée, de viande faisandée, etc., déterminent toujours de la fièvre chez le lapin et le chien;

2° Cette fièvre se produit presque immédiatement après l'injection et atteint très rapidement 42 degrés. Dans ces cas, l'injection produit une maladie infectieuse, qui est généralement suivie de mort.

La rapidité et l'intensité, qui caractérisent cette fièvre, dès le début, portent à penser qu'elle doit être attribuée plutôt à des substances chimiques solubles qu'à l'action mécanique des micro-organismes qui sont dans les liquides injectés;

3° Les injections intra-stomacales ne déterminent que peu de fièvre chez le lapin, et restent sans effet chez le chien.

Ces faits portent à penser que les substances chimiques solubles sont ou modifiées ou détruites, dans l'intestin ou les organes qu'elles doivent traverser pour pénétrer jusque dans le milieu intérieur. Peut-être ne sont-elles même pas absorbées chez le chien;

4° La fièvre qui se produit chez le lapin, même dans les cas d'injections intra-stomacales, semble confirmer qu'elle est plutôt due à l'absorption de substances chimiques solubles, qu'à l'introduction dans le sang, à travers la muqueuse gastro-intestinale, de micro-organismes.

III. Substances frigorigènes ou algogènes d'origine microbienne. — 1° Ces substances chimiques peuvent être rencontrées dans les matières animales détruites par la fermentation microbienne. Elles sont susceptibles d'être extraites par l'éther, l'alcool et le chloroforme;

2° La substance extraite par l'éther possède les propriétés frigorigènes les plus énergiques. Elle produit un abaissement thermique de 4 degrés. Elle paraît avoir une tendance à cristalliser. Elle se comporte comme une base en présence des réactifs

généraux des alcaloïdes. Pour ces différentes raisons, il me semble juste de la distinguer sous le nom spécial de *Frigorigénine* ou d'*Algogénine*;

3° La production des substances frigorigènes paraît soumise à des conditions particulières de la fermentation animale par action microbienne, car on ne rencontre pas ces substances dans toutes les matières animales en fermentation, ou du moins dans tous les stades de cette fermentation;

4° L'existence de ces substances étant absolument certaine, il y aurait lieu de les rechercher, soit dans les milieux de culture du bacille du choléra, etc., soit chez les malades qui présentent de l'hypothermie.

II

Substances pyrétogènes élaborées par les cellules de levure.

En expérimentant les liquides putrides cités plus haut, j'avais été particulièrement frappé, à plusieurs reprises, par la puissance pyrétogène de la bière altérée. Examinant de plus près la composition de ce liquide, j'y découvris une très grande quantité de cellules de levure. En me servant de la bière altérée je n'avais, en somme, expérimenté qu'une macération de cellules de levure. Je fus ainsi naturellement conduit à attribuer les propriétés pyrétogènes du liquide aux cellules de levure qu'il contenait en si grande abondance.

Tel est le point de départ de toutes les expériences que j'ai faites dans la suite sur les produits solubles de la cellule de levure, expériences qui m'ont donné des résultats si satisfaisants. J'étais d'autant plus porté à faire des recherches sur les propriétés des produits élaborés par ce micro-organisme, que sa vie présente les plus grandes analogies avec la vie des cellules de notre propre organisme. Comme ces dernières, il a les mêmes besoins alimentaires, comme ces dernières aussi il rejette les mêmes déchets azotés.

I. Propriétés pyrétogènes de l'eau de lavage des cellules de levure. — 1° L'eau qui a servi à laver les cellules parfaitement vivantes de levure de bière possède des propriétés pyrétogènes énergiques.

2° Ces propriétés pyrétogènes ne doivent pas être attribuées à l'action mécanique des micro-organismes qui se trouvent, du reste, en nombre relativement restreint dans cette eau de lavage.

3° En effet, ces microbes, séparés de l'eau de lavage par des filtrations appropriées, réduits à l'état de cadavre au moyen de la chaleur et introduits dans la circulation du chien, même en quantité assez considérable, ne déterminent qu'une modification nulle ou insignifiante dans la calorification.

4° Les propriétés pyrétogènes de l'eau de lavage des cellules de levure sont bien dues aux substances chimiques solubles qu'elle tient en solution.

5° Ces substances sont presque totalement retenues dans les pores du filtre minéral fin.

6° La filtration au moyen du filtre minéral fin est un très mauvais procédé pour faire l'étude des substances chimiques solubles.

7° Des solutions parfaitement titrées de chlorhydrate de strychnine, très toxiques à des doses déterminées, ont perdu leurs propriétés toxiques à ces mêmes doses en passant à travers le filtre minéral. Des pesées faites à la balance de précision ont démontré que 70 p. 100 du chlorhydrate de strychnine était resté dans le filtre.

De plus, des solutions de curare éminemment toxiques sont devenues absolument inoffensives par la filtration avec le filtre minéral fin.

Ces faits démontrent, de la façon la plus péremptoire, que les recherches qui ont été faites jusqu'à ce jour, sur les propriétés des produits solubles contenus dans les bouillons de culture filtrés avec le filtre minéral fin, contiennent de grosses causes d'erreur.

8° Le meilleur moyen d'étudier les substances chimiques dissoutes dans les bouillons de cultures, etc., consiste à extraire à l'état de pureté ces différentes substances et à les expérimenter séparément.

9° Les substances chimiques solubles, qui donnent des propriétés pyrétogènes à l'eau de lavage des cellules de levure, sont directement issues de l'intérieur de ces micro-organismes. Elles représentent des produits de sécrétion ou d'excrétion.

10° Ces substances prennent des propriétés pyrétogènes beaucoup plus énergiques quand les cellules de levure sont réduites à l'autophagie, dans un milieu inerte, tel que l'eau distillée et stérilisée.

II. Extraction des substances pyrétogènes élaborées par les cellules de levure. — 1° Ces substances peuvent être extraites en quantités suffisantes pour en faire une étude séparée, en traitant, par une grande quantité d'alcool fort, une petite quantité d'eau distillée stérilisée, où plusieurs kilogrammes de cellules de levure pure ont été réduites à l'autophagie.

2° Les différentes substances ainsi obtenues peuvent être séparées et purifiées grâce à leur inégale solubilité dans l'eau, l'alcool pur ou additionné d'eau en quantité variable.

3° J'ai réussi à isoler ainsi quatre substances, dont trois bien cristallisées, et une composée de fines granulations homogènes.

4° Deux des substances cristallisées m'ont semblé être, la première, de l'acide succinique ou du phosphate acide de soude, la seconde, de la tyrosine. La troisième cristallise en palmes académiques parfaitement formées qui s'unissent souvent par deux pour former de véritables couronnes.

III. Différences dans les propriétés pyrétogènes des substances élaborées par les cellules de levure réduites a l'autophagie. — 1° Les substances cristallisées, expérimentées séparément, ne déterminent, même à dose relativement forte, chez le chien, qu'une élévation thermique faible (environ 1 degré), et de courte durée, et cela sans produire les autres troubles fonctionnels caractéristiques de la fièvre.

2° Cette propriété de faire monter ainsi la température animale, sans produire le véritable tableau de la fièvre, paraît appartenir à un assez grand nombre de substances.

Aussi, convient-il, ce me semble, pour ces raisons, de les ranger, au moins provisoirement, sous la dénomination de « Substances calorigènes ou thermogènes ».

3° La plus active des substances élaborées par les cellules de levure, celle qui influence le plus les processus de la calorification animale, est représentée par la substance composée de granulations homogènes, citée plus haut. Son énergie pyrétogène est surprenante. Quelques dixièmes de milligramme par kilogramme d'animal suffisent pour déterminer rapidement, chez le chien, l'accès le plus intense et le plus typique.

Cet accès décrit son évolution en neuf ou dix heures et en trois phases, au cours desquelles se déroulent tous les troubles fonctionnels qui caractérisent l'accès de fièvre paludéenne.

4° En raison de ses propriétés physiologiques si puissantes et si bien définies, en raison aussi de ses propriétés chimiques, résumées plus bas, je crois que l'on ne saurait mieux désigner cette singulière substance que sous le nom expressif de *Pyrétogénine*.

IV. Propriétés physiques de la pyrétogénine. — La pyrétogénine est une substance blanche, granuleuse, homogène, faiblement volatile, répandant une odeur de levure.

Mise sur la langue, elle donne tout d'abord simplement la sensation d'un corps faiblement gommeux. Puis on éprouve un sentiment de chaleur, de sécheresse qui s'étend plus ou moins à toute la bouche et qui finit par déterminer un sentiment de strangulation.

Cette substance est très hygroscopique. En présence de l'air elle se liquéfie, devient sirupeuse et brunit fortement. Elle se conserve difficilement.

Elle est très soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, la benzine, le chloroforme, etc.; l'éther semble en dissoudre une petite quantité.

La pyrétogénine semble perdre de sa force pyrétogène pendant les opérations que nécessitent son extraction et sa purification. Elle paraît posséder sa plus grande énergie à l'état naissant.

Desséchée sur l'acide sulfurique et dans le vide immédiatement après sa purification, elle est très blanche, sa surface est luisante, brillante et porcelainée.

V. Propriétés chimiques de la pyrétogénine. — La pyrétogénine est neutre au papier tournesol. Mais en présence des acides picrique, phosphomolybdique, phosphotungstique, phosphoantimonique, etc., elle se comporte absolument comme une base. Elle précipite avec le chlorure d'or et avec le chlorure de platine. Elle réduit faiblement le sulfate de cuivre ammoniacal.

Tous les précipités que forme la pryrétogénine avec les acides énumérés ci-dessus montrent avec le temps une tendance plus ou moins nette à cristalliser.

Mais de tous ces précipités le plus abondant, le plus franchement cristallisé est celui déterminé par l'acide phosphomolybdique, qui forme ainsi un phosphomolybdate de pyrétogénine.

Ce sel se compose de cristaux microscopiques parfaitement conformés et très abondants, que l'on ne saurait mieux comparer qu'à des enveloppes de lettre portant un cachet quadrangulaire au centre de leur face dorsale.

L'analyse cristallographique de ces cristaux, faite, sur ma prière, par M. Jeannetaz, professeur de minéralogie et de cristallographie à la Faculté des sciences de Paris, a démontré qu'ils sont biréfringents, qu'ils dépolarisent vivement la lumière et éteignent parallèlement à leurs côtés, qu'ils représentent des octaèdres basés appartenant au système orthorhombique. Leur petitesse n'a pas permis d'en faire une analyse plus complète.

La pyrétogénine ne produit absolument aucune réaction en présence du ferrocyanure de potassium additionné de perchlorure de fer, de l'iodure double de mercure et de potassium, de l'iode dissous dans l'iodure de potassium, de l'iodure double de cadmium et de potassium, de l'iodure double de bismuth et de potassium, de l'acide iodhydrique, etc.

La pyrétogénine paraît donc être une molécule spéciale; elle se comporte comme une base, mais ni comme une base putréfactive, ni comme une base végétale ordinaire. Elle présente des propriétés basiques nettes et puissantes, mais qui semblent lui être particulières. C'est là un fait d'une haute importance et sur lequel j'attire toute l'attention.

VI. Nature de la pyrétogénine. — La pyrétogénine bien préparée, à l'état de pureté, est une substance exclusivement organique. Brûlée sur la lame de platine d'une façon lente et progressive, elle répand successivement l'odeur de levure, de pain brûlé et de café torréfié. Elle ne laisse absolument aucune trace.

Chauffée en présence de la chaux sodée, elle dégage de l'ammoniaque qui bleuit fortement le papier tournesol.

La pyrétogénine est donc une base purement organique, spéciale et azotée.

Bien plus, la pyrétogénine présente encore une propriété des plus remarquables, sur laquelle on ne saurait trop fixer l'attention. Cette singulière substance possède, en effet, à un haut degré, le pouvoir de dédoubler le sucre candi en glucose et lévulose. Une quantité infime suffit pour transformer rapidement une quantité relativement énorme de sucre. Elle se comporte donc absolument comme une diastase.

III

Théorie générale sur la nature et les rôles physiologique et pathogène des diastases ou ferments solubles.

1° La pyrétogénine est donc non seulement une base exclusivement organique, spéciale et azotée, mais elle est encore une *diastase* et une diastase d'une grande énergie, c'est-à-dire un de ces ferments solubles, que l'on retrouve toujours et partout où vit une cellule, qui ne semblent dédoubler la molécule organique que par leur seule présence, sans se détruire, et dont l'action mystérieuse frappe l'esprit des savants et confond leur sagacité depuis si longtemps.

2° Les diastases semblent bien dédoubler la matière organique suivant des processus chimiques plus ou moins analogues à ceux qui ont lieu dans les dédoublements produits par l'action de la soude, de la potasse ou de la baryte sur les corps gras ou sur l'albumine. Cependant on ignore absolument en vertu de quelle propriété chimique mystérieuse agissent ces singuliers ferments.

3° Or, en présence des propriétés nettement basiques de la pyrétogénine, n'est-il pas permis de penser que les autres diastases jouissent de propriétés semblables et qu'elles dédoublent la matière organique précisément grâce à cette basicité? Et qui sait si les nombreuses substances basiques que les chimistes extraient des organismes végétaux sous le nom d'alcaloïdes, substances dont on ne connaît ni l'origine ni le but mystérieux, qui sait, dis-je, si ces substances ne sont pas tout simplement autant de diastases élaborées par les cellules végétales pour les besoins de leur nutrition? S'il en était ainsi, l'agent chimique général du dédoublement organique et de la nutrition serait donc une base.

Cette grave question, que je pose incidemment à propos de la découverte de la nature basique d'une diastase, la pyrétogénine, est, je crois, bien faite pour faire réfléchir et susciter un examen approfondi.

4° La pyrétogénine diffère de l'*Invertine*, que j'ai également isolée et expérimentée, par ses propriétés physiologiques et par sa composition. En effet, l'invertine est très peu pyrétogène et de plus elle laisse un résidu salin par la calcination, tandis que la pyrétogénine pure ne laisse aucune trace.

5° La pyrétogénine semble devoir ses propriétés physiologiques précisément à la simplicité de sa molécule.

6° L'invertine et la pyrétogénine sont donc deux diastases différentes, sécrétées par le même micro-organisme. Il n'y a rien d'étonnant à ce que la cellule de levure élabore des diastases d'*énergie chimique* différente suivant les conditions du milieu où elle vit. Ces faits sont parfaitement d'accord avec tous ceux du même genre que possède déjà la science.

7° Quoi qu'il en soit, la pyrétogénine est une diastase d'une grande énergie. Il suffit d'en introduire quelques dixièmes de milligramme dans l'organisme d'un chien pour le faire entrer en fermentation, c'est-à-dire pour lui donner une fièvre intense, Cette diastase semble agir dans cet organisme comme l'invertine dont elle est sœur agit dans un tonneau de moût de raisin.

8° C'est là un fait nouveau et positif jusqu'ici inconnu dans la science et qui me paraît bien gros de conséquences pour la pathologie générale. Sa portée n'échappera certainement à personne.

9° Ce fait me semble susceptible d'une grande généralisation. Toutes les cellules, en effet, tous les micro-organismes, en un mot, toutes les unités biologiques élaborent des diastases ou ferments solubles dont elles se servent pour attaquer et transformer la matière, soit en dehors d'elles, soit au sein de leur propre substance.

Ces ferments solubles ont souvent une énergie chimique surprenante, qui liquéfie les corps les plus résistants, en apparence inattaquables, ainsi que cela s'observe pour certains noyaux de fruits.

10° Soit pour se nourrir ou se multiplier, soit pour attaquer ou se défendre en présence d'un ennemi parasite, soit pour le détruire comme dans le phagocytisme, la cellule se sert de sa diastase. C'est là sa principale arme de vie et de combat. La diastase paraît être pour la cellule ce que la griffe et la dent est au lion, ce que le venin est au reptile. La diastase, je devrais dire les diastases, est enfin évidemment à la cellule ce que les sucs digestifs sécrétés par les organes du tube digestif, et qui agissent surtout par les diastases, sont aux organismes des animaux les plus compliqués.

11° L'étude des diastases ou ferments solubles est donc d'une importance absolument capitale pour la médecine. Il y a là un vaste champ de recherches encore presque vierge, sur lequel on ne saurait appeler trop de travailleurs.

12° Il y a trois ans, alors que la presque totalité des microbiologistes, sinon la totalité, paraissaient encore ne se préoccuper que du rôle pathogène joué par les microbes considérés en eux-mêmes, comme éléments figurés, j'ai attiré leur attention d'une façon toute spéciale sur la nécessité d'étudier l'action pathogène des substances chimiques qui résultent de leurs vies (1).

Un peu plus tard, j'ai rassemblé et classé, dans une série de revues générales étendues (2), les substances de cet ordre, et j'ai vulgarisé les différents procédés qui ont servi soit à les découvrir, soit à les extraire et à les purifier.

La riche moisson de faits nouveaux qui a déjà été faite dans cette nouvelle voie de recherches démontre suffisamment son importance et dispense d'insister plus longuement sur la nécessité de s'y engager de plus en plus.

13° Aujourd'hui, il me paraît absolument insuffisant d'étudier, en bloc, l'action pathogène ou vaccinante des nombreuses substances chimiques solubles qui résultent de la vie des microbes ou de la cellule en général. Il faut absolument pousser l'analyse beaucoup plus profondément et étudier, une à une, toutes les substances chimiques solubles ou insolubles.

14° Parmi ces substances, les diastases, c'est-à-dire les ferments solubles, sont, j'en suis profondément convaincu, de beaucoup les plus importantes. C'est donc sur elles que j'attire tout spécialement l'attention pour le moment.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mars 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Laënnec qui se porte candidat au titre de membre correspondant ;

2° Un pli cacheté de M. Bertrand (de Toulon), sur l'emploi topique de l'acide borique comme moyen de prévenir ou de rendre moins apparentes les cicatrices de la face dans la variole ;

3° Un travail sur un mode particulier de traitement de la suette miliaire par M. Violet, de La Villedieu-du-Clain (Vienne) ;

4° Une note sur une variété d'onyxis propre aux confiseurs, par M. Poncet (de Lyon).

PRÉSENTATION DE MALADE

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, au nom de M. Fort, un malade atteint de rétrécissement de l'œsophage, que M. Fort a opéré avec M. le docteur Brochin, par son procédé d'électrolyse uréthrale.

Le rétrécissement, qui avait 5 millimètres de diamètre, est actuellement de 14. Le malade, mourant d'inanition, pouvait à peine prendre quelques gouttes de bouillon ; depuis qu'il a subi l'opération, il mange toutes sortes d'aliments. Arrivé à Paris, le 16 février, il pesait 114 livres ; il en pèse aujourd'hui 123. C'est la première fois qu'on applique l'électrolyse linéaire aux rétrécissements de l'œsophage. Le succès a été complet.

DISCUSSION SUR LE TÉTANOS

M. VERNEUIL continue son argumentation sur les origines du tétanos. Nous attendrons la fin de cette communication pour en donner un résumé.

---

(1) ROUSSY. *Microbes, ptomaïnes et maladies.* — In-8° de 236 pages. Paris, Doin (ouvrage portant le millésime de 1887, mais publié néanmoins au commencement de l'année 1886).

(2) ROUSSY. Ptomaïnes et leucomaïnes, *Revue des sciences médicales*, t. XXXI, p. 296 et 704 ; — Les alcaloïdes animaux devant la médecine légale, *Idem*, t. XXXII, p. 729.

COMMUNICATIONS

Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie de la fièvre ; théorie générale sur la nature et les rôles physiologique et pathogène des diastases ou ferments solubles. — M. ROUSSY fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 286.)

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Schutzenberger, Gautier et Hayem.

Grossesses extra-utérines ayant évolué jusqu'à terme ; laparotomie ; guérison. — M. PINARD communique deux observations de grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à terme. Dans les deux cas il pratiqua avec succès la laparotomie, deux mois environ après la mort du fœtus.

Dans la première observation la grossesse eut la physionomie habituelle en pareil cas (expulsion de la caduque au troisième mois, phénomènes péritonitiques, faux travail à terme, etc.). Toutefois cette observation a présenté les particularités suivantes :

1° La présence en un point de la paroi abdominale, en rapport avec l'insertion placentaire, d'un frémissement et d'un souffle très facilement perçus qui ont duré autant que la circulation inter-kysto-placentaire, et dont la disparition a été une indication de l'intervention ;

2° La situation de l'utérus repoussé en arrière et en haut, alors que le plus souvent on le trouve en avant ;

3° La présence de la vessie tapissant, doublant toute la partie inférieure du kyste et empêchant de pratiquer l'élytrotomie, c'est-à-dire l'ouverture du kyste à ce niveau ;

4° La tension des parois du kyste fœtal qui augmenta progressivement après la mort du fœtus, fait en opposition avec ce qu'on observe dans les cas de grossesse utérine où, le fœtus étant mort et retenu un certain temps, la tension des parois utérines diminue progressivement ;

5° L'élimination du placenta qui, ainsi que cela a été noté déjà un certain nombre de fois, eut lieu du douzième au seizième jour ;

6° Enfin, M. Pinard insiste sur les bénéfices qu'il retira de l'emploi de la solution aqueuse et saturée de naphtol. Il n'y eut aucun symptôme d'intoxication. L'élimination du placenta se fit sans qu'il y eût pour ainsi dire de mauvaise odeur. Le naphtol non caustique ne causa aucune sensation désagréable à l'opérée et la plaie a toujours présenté le meilleur aspect. Cet antiseptique est donc appelé à rendre les plus grands services lorsqu'il s'agira de laver et d'irriguer fréquemment de larges et profondes cavités.

Dans la seconde observation les points plus particulièrement intéressants sont les suivants :

1° Évolution silencieuse de cette grossesse ectopique dont la physionomie a été sensiblement la même que celle d'une grossesse utérine. D'où difficulté du diagnostic.

2° Avantages du manuel opératoire suivi : suture du kyste à la paroi abdominale et abandon du placenta avec antisepsie à l'aide de la solution de naphtol.

Si l'on ajoute à ces deux observations une troisième déjà communiquée à l'Académie et dans laquelle l'élytrotomie fut pratiquée de préférence à la laparotomie, cela fait trois cas dans lesquels l'abandon du placenta et son antisepsie ont donné chaque fois les meilleurs résultats.

ÉLECTION DES COMMISSIONS DE PRIX POUR 1889

L'Académie procède à la nomination, par le scrutin, des Commissions de prix pour l'année 1889. Voici, d'après le résultat du scrutin, quelle est la composition de ces Commissions :

Prix de l'Académie. — MM. Marey, Luys et François-Franck.
Prix Avarenga. — MM. Peter, Besnier et Robin.
Prix Barbier. — MM. Villemin, Le Roy de Méricourt et Nocard.
Prix Buignet. — MM. Schützenberger, Javal et d'Arsonval.
Prix Capuron. — MM. Tarnier, Guéniot et Budin.
Prix Civrieux. — MM. Potain, Bouchard et Damaschino.
Prix Daudet. — MM. Ranvier, Charpentier et Fournier.

Prix Desportes. — MM. Laboulbène, Hayem et Vidal.
Prix Godard. — MM. Le Fort (Léon), Labbé et Lannelongue.
Prix Huguier. — MM. Richet, Cusco et Siredey.
Prix de l'hygiène de l'enfance. — MM. Lagneau, Vallin, Charpentier, Roussel, Roger et de Villiers.
Prix Laborie. — MM. Larrey, Trélat et Verneuil.
Prix Laval. — MM. Hérard, Jaccoud et Moutard-Martin.
Prix Louis. — MM. C. Paul, Dujardin-Beaumetz et Féréol.
Prix Meynot. — MM. Perrin, Duplay et Panas.
Prix Monbinne. — MM. Colin (Léon), Bucquoy et Leblanc.
Prix Portal. — MM. Empis, Lancereaux et Cornil.
Prix Pourat. — MM. Polaillon, Duval et Laborde.
Prix Vernois. — MM. Brouardel, Trasbot et Proust.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

16. M. Ussel. Le fibrome dans l'orbite. — 17. M. Gaillard. Essai sur la topographie médicale des Nouvelles-Hébrides. — 18. M. Bourdon. Contribution à l'étude des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et de leur traitement (gastrotomie suivie de succès). — 19. M. Gallas. Quelques considérations sur les accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse inférieure, et en particulier sur l'ostéo-périostite et son traitement par le débridement préventif. — 20. M. Devaux. De l'oligodipsie et de ses rapports avec l'herpétisme de M. Lancereaux. — 21. M. Salanoue-Ipin. Étude sur le Trétodon vulnérant au Cambodge. — 22. M. Legendre. Contribution à l'étude de la syphilis par conception. — 23. M. Robin. Naphtol β et benzoate de soude dans la fièvre typhoïde. Benzoate de soude dans la diphthérie. — 24. M. Viaud. Saintes et son arrondissement. Essai de géographie médicale d'hygiène et d'épidémiologie. — 25. M. Cureau. Des influences psychiques dans l'étiologie des états morbides.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

La quatrième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris, du 7 au 13 octobre 1889, sous la présidence de M. le baron Larrey.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour :

I. — Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales.

II. — Traitement chirurgical de la péritonite.

III. — Traitement des anévrysmes des membres.

Extrait des statuts. — I. Le Congrès français de chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie.

III. Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile en payant la cotisation.

Extrait du règlement. — I. Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au Secrétariat général et y joindre la somme de vingt francs. Il leur est délivré un reçu détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session.

(Adresser les cotisations à M. Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, à Paris.)

III. Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils doivent joindre un résumé très bref contenant les conclusions de leur travail.

(Adresser toutes les communications à M. le docteur S. Pozzi, secrétaire général, 10, place Vendôme, à Paris.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats au concours qui doit s'ouvrir le lundi 25 mars, pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central, sont au nombre de vingt-deux. Voici leurs noms par ordre alphabétique :

MM. Barette, Beurnier, Broca, Castex, Clado, Coudray, Garnier, Guinard, Hallé, Hartmann, Jullien, Lejars, Ménard, Ozenne, Petit-Vendol, Phocas, Poirier, Rémy, Ricard, Rochard, Verchère, Walther.

Le jury de ce concours est constitué *provisoirement* comme suit : MM. Kirmisson, Péan, A. Marchand, Blum, Desormeaux, Panas et Jaccoud.

— *Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements).* — Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation. Séance du lundi 11 mars : MM. Carpentier, Castex et Nélaton : « Plaies de la vessie. »

Séance du mardi 12 : MM. Pollosson, Coppens et Villar : « Du retard et de l'absence de la formation du cal. »

— Un concours pour deux places d'interne en médecine aura lieu, à l'hôpital de Saint-Denis (Seine), le mercredi 20 mars 1889, à huit heures et demie du matin. — Les candidats doivent avoir seize inscriptions.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Meurisse, licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur des travaux pratiques d'histoire naturelle, en remplacement de M. Bergé, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Cuénot (Lucien), docteur ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur d'anatomie et physiologie comparées.

M. Hébert, professeur de géologie, est maintenu dans les fonctions de doyen de ladite Faculté.

— Le service médical de l'Exposition de 1889 est ainsi composé : M. le docteur Moizard, médecin en chef ; MM. les docteurs Audigé, Balme, Benoît de Martouret, Beurnier, Boultier, Cadet-Naudet, Colin (René), Costilhes, de Crésantigues, Devillers, Duhoys de la Vigerie, Gauchas, Guillier, Hirtz (Hippolyte), Lafage, Lebreton, Lepage, Leriche, Leroux, Moutier, Petit, Quenu, Seailles, Tapret, Tripet, Trousseau, Weil (Julien).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur L.-J. Lefranc, ancien médecin de la manufacture des glaces de Saint-Gobain, décédé à Chauny, le 12 mars 1889, dans sa soixante-deuxième année.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le premier cours des travaux pratiques de médecine opératoire commencera le lundi 18 mars 1889. M. le docteur Boiffin, prosecteur, avec le concours de ses aides d'anatomie, fera sa première démonstration à une heure précise, dans le pavillon n° 3 de l'École pratique.

— *École pratique des Hautes-Études.* — Les personnes qui désirent prendre part aux travaux du laboratoire de psychologie physiologique sont priées de s'adresser au laboratoire, tous les jours, de deux heures à quatre heures, excepté le jeudi ; ou les mêmes jours de dix heures à onze heures du matin, chez M. Beaunis, directeur du laboratoire, 58, rue de Courcelles. — Le laboratoire se trouve dans la nouvelle Sorbonne, au premier étage, entrée par le chantier de la rue Saint-Jacques, près de la rue des Écoles.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Lippmann commencera le cours de physique, le samedi 16 mars, à deux heures, dans l'amphithéâtre de physique, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Il traitera de l'acoustique et de l'optique.

M. Salet, maître de conférences, chargé de cours, commencera un cours annexe de spectroscopie et de photochimie, le samedi

16 mars, à trois heures et demie, dans la salle des conférences (escalier F), et le continuera les samedis suivants à la même heure.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, le samedi 16 mars, à huit heures et demie très précises du soir : « L'acier » par M. Lodin, ingénieur au corps national des mines, professeur à l'École des mines.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Sur la curabilité de l'ascite au cours de la cirrhose alcoolique du foie.

Par M. Paul TISSIER, interne des hôpitaux de Paris.

I

La disparition de l'ascite au cours de la cirrhose alcoolique du foie, que cette disparition ait lieu spontanément ou sous l'influence du traitement, a été observée et décrite de longue date. Il n'est guère de médecin qui n'ait été témoin de faits de ce genre, aussi s'était-on préoccupé, surtout dans ces vingt dernières années, de chercher la raison de cette évolution particulière de l'ascite en pareil cas. Nous verrons même, dans un instant, que les explications, fournies à cette époque par les auteurs qui se sont occupés alors de cette question, restent actuellement légitimes et sont encore invoquées aujourd'hui. On se rappelle la discussion soulevée à la Société médicale des hôpitaux, par la communication de M. Troisier, faite le 9 juillet 1886, à propos d'une observation de disparition de l'ascite, au cours d'une cirrhose atrophique, à la suite de diurèse abondante. A cette occasion, MM. Moutard-Martin, Richard, Féréol, Legroux et Guyot rapportèrent des cas analogues et s'efforcèrent de chercher, dans la pathogénie de l'ascite, la raison de sa curabilité.

Mais la discussion s'élargit rapidement et, du symptôme, elle s'adressa bientôt à l'affection elle-même, et on en vint à parler, non plus de la curabilité de l'ascite, mais bien de la *curabilité de la cirrhose du foie*.

Il ne faut pas se méprendre, cependant, sur la signification réelle de ces derniers termes et surtout vouloir les interpréter à la lettre; dans l'esprit de la majorité des auteurs, la disparition de l'ascite reste le point essentiel et prédominant. En même temps que l'épanchement péritonéal est résorbé, on note bien ordinairement un amendement notable de la santé générale, coïncidant avec un meilleur fonctionnement de l'appareil digestif et une reprise des forces; mais on pourrait à la rigueur, quoique nous ne donnions pas cette explication pour suffisante dans tous les cas, loin de là, admettre que la disparition et la non-reproduction de l'ascite sont pour beaucoup dans cette amélioration, souvent fort sensible, de l'état général.

II

Nous nous proposons, dans cette Revue, de rechercher les éléments morbides curables de la cirrhose alcoolique, de demander à leur essence anatomique, à leur processus pathogénique, la clef, la raison de leur curabilité; nous exposerons ensuite les nombreuses observations publiées jusqu'ici, en nous efforçant de tirer de leur rapprochement et de leur étude respective des conclusions précises, permettant de leur donner ou même de leur restituer leur véritable signification.

Avant d'entrer dans cette discussion, et nous disons discussion parce qu'il s'agit d'une question encore à l'étude, nous croyons inutile d'en faire l'historique, nous réservant de mentionner à propos de chaque point particulier les travaux des auteurs qui ont apporté des documents nouveaux ou des faits intéressants.

Et tout d'abord où commence la cirrhose alcoolique du foie? N'est-on en droit de conclure à l'existence de la cirrhose, que lorsque le foie est atrophié et présente des granulations? N'y a-t-il pas, en d'autres termes, lieu d'admettre une phase évolutive antérieure à la phase atrophique proprement dite? La cirrhose des buveurs est-elle d'emblée atrophique? Il ne nous appartient pas de nous prononcer sur cette question. Mais, on le conçoit, sa solution préjudicielle, nous importe au plus haut point dans notre étude, puisque, si l'on admet l'existence d'une période préparatoire, congestive ou hypertrophique, précédant l'atrophie, nous devrons rechercher si, à ce moment, la lésion hépatique est curable, si le foie est susceptible de recouvrer son intégrité. Le foie de Laënnec représente, en réalité, une lésion constituée, qui ne semble guère être susceptible de rétrocéder. Et cette altération profonde du foie réalisée, il ne saurait que difficilement être question de curabilité de la cirrhose. On pourra voir encore parfois l'ascite disparaître définitivement, ou d'ordinaire seulement pour un temps plus ou moins long, mais il ne s'agira, en pareil cas, que de la guérison d'un symptôme et point de celle de la lésion du foie, de la lésion essentielle.

La phase congestive du début de la cirrhose, amenant ordinairement une augmentation du volume de l'organe, a été longtemps contestée, surtout en France, et aujourd'hui

encore, des auteurs autorisés se refusent à admettre son existence. Il est, cependant, hors de conteste qu'on observe fréquemment, chez des individus peu tempérants, un foie débordant les fausses côtes de plusieurs travers de doigt et présentant une dureté spéciale ; si l'on ne veut pas voir là le début de la cirrhose de Laënnec, tout au moins est-il permis de considérer cet état du foie, revenant par poussées avant de s'installer définitivement, comme une forme de cirrhose alcoolique à forme congestive, qui se rencontre souvent chez les buveurs qui doivent finir par de la cirrhose [Rendu] (1). Parmi les auteurs qui ont pu suivre le passage de la phase hypertrophique à la phase atrophique, nous citerons MM. Bamberger, Lépine, etc.

A cette première période, quelles sont les lésions hépatiques ? Lorsqu'on soumet expérimentalement des animaux à l'action de l'alcool, il se montre promptement une congestion du foie (Dujardin-Beaumetz et Audigé, Mairet et Combemale, Zenon-Pupier). MM. Straus et Blocq, dans un remarquable travail, ont bien étudié ces premières phases de l'action de l'alcool sur le foie, chez le lapin. Vers le troisième mois apparaît dans les espaces portes une infiltration de cellules embryonnaires, qui finissent par circonscrire un ou plusieurs lobules. Le foie est très ferme, plus consistant.

Sur l'homme, on n'a que rarement l'occasion d'étudier les lésions hépatiques à ce stade. On trouve alors le foie plus volumineux, lisse, tendu, de coloration plus foncée que de normale. Les vaisseaux des espaces portes et les radicules de la veine porte sont bourrés de globules rouges et notablement élargis. On aperçoit dans les espaces portes de petits amas de cellules embryonnaires qui trahissent le début de l'inflammation périportale (2).

Ces lésions sont-elles curables ? On a admis que la congestion du foie, que l'inflammation caractérisée par la présence de cellules embryonnaires pouvaient disparaître, étaient en un mot, pour parler le langage de l'école, susceptibles de résolution. On a comparé l'action de l'alcool à celle de la syphilis sur le foie. Autant l'action du traitement spécifique est énergique et utile aussi longtemps que le processus est à l'état évolutif, caractérisé surtout par la présence d'éléments embryonnaires, autant il reste impuissant une fois la lésion constituée, une foie la phase de sclérose réalisée. M. le docteur Françon s'est fait le défenseur de cette opinion dans une thèse remarquable, soutenue devant la Faculté de Lyon et à laquelle nous ferons de larges emprunts.

Que se passe-t-il en clinique, lorsqu'on se trouve en présence de ces lésions initiales de la cirrhose alcoolique ? Tous les médecins savent avec quelle rapidité les accidents hépatiques disparaissent en pareil cas, lorsqu'on vient à supprimer l'alcool, et surtout lorsqu'on soumet le malade au régime lacté. La disparition des accidents est souvent complète, on peut suivre le bord inférieur du foie et constater qu'il remonte progressivement jusqu'à revenir à sa situation normale. La guérison est-elle durable ? C'est là un point difficile à élucider, les malades une fois sur pied s'empressant de reprendre leurs habitudes antérieures et à peine blanchis travaillant comme à plaisir à détruire les bénéfices de leur guérison momentanée.

(1) Rendu. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, article Foie.

(2) Cf. Semmola. *Hépatite interstitielle* ; — Klebs. *Hyperplasie diffuse chez les ivrognes.*

En tous cas, il est permis et légitimement permis d'affirmer que ce premier élément morbide de la cirrhose, l'élément congestif, est curable. Si même à la congestion s'ajoute un certain degré d'inflammation, d'hépatite interstitielle des buveurs, la curabilité paraît encore possible.

Nous ne citerons pas d'observations répondant à cette première catégorie de faits, car il s'agit d'une éventualité nullement rare, et tout le monde en a de pareils présents à l'esprit. La suppression des alcools, le régime lacté, une cure à Vichy notamment, tels sont les moyens indiqués, en pareil cas, pour obtenir sinon toujours la guérison absolue et définitive, au moins une disparition complète des troubles hépatiques.

III

De la pathogénie de l'ascite et de sa curabilité. — Nous n'avons pas à parler ici de l'importance de l'ascite dans la cirrhose alcoolique du foie. Elle ne fait défaut qu'exceptionnellement (1). Son époque d'apparition, précoce ou tardive, son mode de début, lent, insidieux ou bien encore brusque et rapide, nous intéressent davantage, car nous pouvons déjà trouver là des preuves de la non-identité constante et nécessaire du processus qui préside à la formation de l'épanchement péritonéal. Il y a bien longtemps qu'Hippocrate, puis Galien, attribuaient l'ascite à des affections, à une obstruction du foie. Tulpius incrimina le péritoine dont il décrivit les lésions et Willis porta surtout son attention sur les altérations des extrémités vasculaires. Nous n'aurions pas rappelé ces faits historiques, si nous n'avions voulu que nous conformer aux règles étroites et classiques qui imposent d'aller à propos de tout consulter Hippocrate et Galien, mais il nous semble que les trois opinions que nous avons rapportées conservent encore aujourd'hui, après de nombreuses discussions, leurs positions respectives et ont ainsi vraisemblablement leur part de vérité. Les expériences de Lower, de Bouillaud ; les travaux d'Andral, de Becquerel, de Gubler sont trop connus pour que nous ayons besoin d'y insister. Ils ont solidement assis le rôle de l'obstruction des veinules portes intra-hépatiques dans la pathogénie de l'ascite des cirrhotiques.

Aussi est-ce cette obstruction, résultant de la compression produite par le tissu conjonctif néoformé des espaces de Kiernan, qui est le plus souvent invoquée comme cause de l'ascite. A cet étranglement des radicules portes par les blocs fibreux qui occupent les espaces portes, vient encore se joindre fréquemment une cirrhose péri-sus-hépatique qui contribue à gêner la circulation intra-hépatique. Ce n'est pas tout : on sait la fréquence des lésions des vaisseaux dans la cirrhose alcoolique, lésions que MM. Cornil et Ranvier ont étudiées avec beaucoup de soin dans leur Traité d'anatomie pathologique. La tunique interne, épaissie, proémine à l'intérieur du vaisseau, en rétrécit le calibre et gêne notablement le cours du sang.

Ces lésions vasculaires sont-elles exclusivement intra-hépatiques ? et la veine porte, ses branches d'origine, ses radicules terminales périphériques restent-elles indemnes ? Quant à ce qui touche la veine porte et ses branches d'origine, la pyléphlébite adhésive a surtout été signalée chez

(1) Hanot. Cirrhose sans ascite. *Archives générales de médecine*, 1886. p. 602 ; — Lecorché. *Études médicales*, 1881, p. 213 ; — Dieulafoy, Société médicale des hôpitaux, 23 juillet 1886, p. 341 ; — Eug. Fauvel. *Cirrhose atrophique sans ascite*, Thèse de Paris, nº 372, 1888.

les buveurs (Lancereaux, Frerichs, Budd). M. Françon a constaté dans un cas de cirrhose alcoolique, avec ascite, un épaississement et un certain degré de sclérose de la tunique interne au niveau de la veine porte extra-hépatique et de la veine splénique. Enfin, M. le professeur Dieulafoy insiste sur la nécessité de songer dans certains cas à une lésion directe des origines péritonéales de la veine porte, l'ascite étant alors périphérique et non plus centrale. C'est surtout au début de la cirrhose, lorsqu'on observe une ascite considérable, alors que la circulation collatérale est à peine indiquée (Dieulafoy), alors que l'atrophie ne s'est pas encore produite (Potain), que l'on est en droit de supposer ces lésions radiculaires. Il y aurait ainsi une sorte de parallèle à établir entre les altérations des extrémités opposées du système porte et à en rechercher l'importance respective. Ces considérations ne sont, du reste, pas purement théoriques, et elles ont été vérifiées dans plus d'une circonstance. La fréquence des hémorrhoïdes (Duret), l'existence de varices œsophagiennes (Dusaussay, Hanot, Audibert) survenant aux toutes premières périodes de la cirrhose, indiquent une altération des parois veineuses. M. Balzer (1) a rencontré, chez des sujets alcooliques n'ayant présenté aucun signe de cirrhose, des dilatations variqueuses, au niveau des veines de l'estomac. MM. Dieulafoy et Giraudeau ont trouvé à l'estomac, à l'intestin, au mésentère, des phlébites atteignant les veinules ayant moins de 2 millimètres de diamètre.

Les lésions péritonéales généralisées ou même localisées au foie peuvent être la cause immédiate de l'ascite : on sait combien fréquemment la péri-hépatite intervient dans les diverses affections du foie pour amener la production d'un épanchement péritonéal.

Nous n'insisterons pas sur la fréquence de la péri-hépatite dans la cirrhose alcoolique, elle est hors de conteste, mais les lésions péritonéales de l'alcoolisme sont moins connues. Déjà signalés et observées par Bright, les altérations de la séreuse péritonéale ont été bien étudiées par Hilton Fagge (en Angleterre) Leudet et M. Lancereaux [en France] (2). Dans les cas d'ascite, dit Hilton Fagge, le diagnostic se pose surtout entre une obstruction porte et des lésions péritonéales. Ces dernières sont fréquentes, bien plus qu'on ne le croit, et peuvent revendiquer au moins un tiers des cas d'ascite (les affections du cœur et du rein étant mises de côté).

IV

M. Lancereaux (2), dans son article Alcoolisme du *Dictionnaire encyclopédique*, décrit chez les alcooliques une péritonite chronique, qu'il appelle pseudo-membraneuse, et qui amène la formation dans le péritoine d'une sérosité claire, transparente, susceptible de résorption. Cette lésion, très fréquente, serait tantôt primitive, essentielle, tantôt, au contraire, secondaire, symptomatique d'une altération viscérale (foie, estomac, intestin). Dans les faits décrits par M. Lancereaux, les viscères abdominaux ne présentaient pas d'inflammation susceptible d'expliquer la péritonite, qui, du reste, semble chronique d'emblée. Il faut admettre, en pareil cas, une action directe de l'alcool sur le péritoine, qui provoque une irritation proliférative et la formation d'exsudats fibrineux. Les cas de péritonite chronique

(1) Balzer. *Revue mensuelle*, p. 514, 1877.
(2) Voir encore Husson. Thèse, 1884; — Steibel. Thèse, 1875.

secondaire sont bien plus fréquents, et il peut s'agir alors, tantôt de lésions hépatiques, tantôt de lésions stomacales ou intestinales [duodénum (1), cæcum, côlon]. Les lésions péritonitiques étaient surtout localisées autour du gros intestin, dans une observation fort intéressante de M. Tapret (2).

Notons, en passant, à propos de cette observation, que l'on trouve souvent, dans les cas de cirrhose alcoolique, compliquée de péritonite chronique, des lésions du grand épiploon, qui forme une véritable corde, pouvant simuler une tumeur. Il subit alors une véritable transformation fibreuse.

Le péritoine sus-ombilical peut être le siège d'une sorte de cirrhose d'origine alcoolique plus ou moins diffuse.

Les pseudo-membranes limitent des loges de dimensions variables, aussi l'ascite présente-t-elle alors des caractères particuliers. La péritonite est-elle secondaire à l'ascite, ou au moins cette dernière joue-t-elle le rôle d'agent provocateur; la lésion péritonéale est-elle, au contraire, contemporaine de la cirrhose du foie, et les deux processus hépatique et péritonéal marchent-ils de pair provoqués par le même principe irritant, l'alcool ? Certains auteurs, Leudet en particulier, tendent à voir dans la lésion péritonéale une inflammation subaiguë, indépendante de l'ascite et susceptible de guérison, au moins partielle.

A côté de cette forme de péritonite alcoolique chronique, on a encore décrit la péritoite granuleuse alcoolique (Lancereaux, Tapret), dans laquelle se montrent disséminées sur a séreuse, et spécialement sur les feuillets du mésentère épaissi, des masses saillantes, granuleuses, transparente. fibroïdes, non degénérées à leur centre et non tuberculeuse Cette variété est plus rare que la précédente.

Nous ne pouvons terminer cette rapide esquisse de la péritonite alcoolique, sans rappeler l'opinion de Leudet (3), dont nous avons déjà indiqué les idées sur la question : « L'ascite curable chez les alcoolisés, ou du moins susceptible de s'arrêter pendant un temps prolongé, est-elle idiopathique ? Je ne le crois pas. Les symptômes indiquen une altération de l'estomac et cette lésion du tube digestif est susceptible de provoquer une inflammation lente de la séreuse abdominale. » Ainsi Leudet (4) admet que l'ascite peut être consécutive aux lésions stomacales de l'intoxication alcoolique et ne doit pas ainsi être toujours rapportée à un processus hépatique en pareil cas.

Donc, nous voyons que l'ascite, qui s'observe dans la cirrhose alcoolique, n'est pas une dans son origine et peut reconnaître pour point de départ une lésion extra-hépatique. Cette lésion peut même affecter une marche aiguë, et alors l'épanchement est louche, séro-fibrineux.

Il est enfin un dernier facteur, qu'il ne faut pas oublier pour trouver la raison de certains cas d'ascite, et qui consiste en irritation péritonéale, accidentelle : récemment encore M. le professeur Potain attirait l'attention sur l'influence du froid dans la production de l'ascite au début de la cirrhose.

(1) Lancereaux. Loc. cit., p. 627.
(2) Tapret. *Cirrhose atrophique, pleurésie, péritonite chronique, rétraction de l'épiploon simulant une tumeur, fausses membranes récentes et anciennes.*
(3) Leudet. Congrès de Montpellier, 1879.
(4) Moroux. *Des rapports de la cirrhose du foie avec la péritonite tuberculeuse*, Thèse, 1883; — Voir encore Wagner. *Deutsch. Arch. f. Kl. med.*, 1884; — Weigert. *Deutsche med. Wochenschrift*, 1883; — Mathieu. *Progrès médical*, 1882, p. 444.

Il est encore une cause d'ascite qu'il ne faut pas négliger dans la cirrhose atrophique du foie chez les alcooliques. Depuis longtemps, on a signalé la présence de tubercules chez les malades atteints de cirrhose. Les statistiques de Prior ont démontré que la tuberculose devait être considérée comme une complication fréquente des hépatites alcooliques. Les lésions tuberculeuses ne restent pas d'ailleurs toujours localisées au poumon. Elles peuvent envahir le péritoine [Moroux] (1) et être ainsi l'origine, la cause directe d'un épanchement abdominal. Les poumons peuvent même alors n'être pas intéressés. On les a trouvées aussi dans le foie, et les cirrhoses, que l'on a désignées quelquefois sous le nom de cirrhoses tuberculeuses, sont fréquemment des cirrhoses vulgaires, avec développement parallèle, ou, mieux, consécutif de tubercules. Ceux-ci se présentent, dans certains cas, sous l'aspect de petites granulations grisâtres ou jaunâtres, siégeant de préférence sous la capsule de Glisson. La recherche des bacilles y est fort délicate et souvent reste infructueuse (1).

Les granulations tuberculeuses du péritoine demandent souvent à être recherchées attentivement, on rencontre alors quelques petites taches grisâtres, jaunâtres, présentant au microscope la structure du follicule tuberculeux et caractérisées par la présence de bacilles de Koch.

V

Si l'on se borne à donner pour origine, à l'ascite de la cirrhose de Laënnec, la compression intra-hépatique des branches de la veine porte, les cas de disparition spontanée de l'ascite, ou consécutivement à la ponction, sont difficiles à comprendre, une fois la lésion constituée. Mais l'étude rapide, que nous venons de faire, de la pathogénie des épanchements, nous explique suffisamment les raisons multiples qui permettent de comprendre leur curabilité.

Du reste, même dans les cas d'ascite liée à la sclérose périportale intra-hépatique, on pourrait encore, à la rigueur, concevoir la guérison possible de l'ascite sous l'influence de l'irritation causée par le trocart. Cette irritation, nullement rare, et qu'on ne doit pas négliger (Murchison, Leudet, Rendu), amène la formation d'exsudats, la production d'adhérences et consécutivement la disparition de l'ascite, liée peut-être alors au développement considérable que peut prendre en pareil cas la circulation collatérale.

Il nous semble superflu d'entrer ici dans les détails des circulations supplémentaires, ayant pour but de ramener au cœur, par des chemins détournés et variés, le sang de la veine porte qui se trouve en partie arrêté au niveau du foie. Ces données sont aujourd'hui classiques et connues de tout le monde. La disparition de l'ascite due aux lésions péritonéales, ou même résultant de l'infiltration embryonnaire des espaces de Kiernan au début de la maladie, peut s'effectuer sans qu'il soit nécessaire d'invoquer l'ouverture de nouvelles voies sanguines. Il n'en est pas toujours ainsi, et, en dehors des vaisseaux qui se forment dans les néo-membranes, qui s'organisent et provoquent des adhérences entre le péritoine et les parois abdominales ou diaphragmatiques, on constate fréquemment le développement souvent fort marqué des veines portes accessoires, dont l'étude a été remarquablement faite, il y a trente ans, par M. le professeur Sappey (1).

(1) Lauth. *Essai sur la cirrhose tuberculeuse*, Thèse de Paris, 1888.

VI

Il n'est pas sans quelque intérêt d'indiquer ici brièvement les conclusions des médecins qui ont exprimé leur opinion à ce sujet, au cours de la discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux, en 1886-87-88, et à laquelle nous avons déjà fait allusion. M. Troisier admet, sans nier l'ascite par irritation péritonéale, que certaines formes d'hépatite alcoolique peuvent avoir un processus subaigu. L'exsudat, au lieu de se transformer en tissu fibreux, se résorberait peu à peu et permettrait à la circulation intra-hépatique de se rétablir et par conséquent à l'ascite de disparaître ; la cirrhose vulgaire, la cirrhose de Laënnec, arrivée à la période confirmée, peut subir un temps d'arrêt et même rétrocéder, ce qui modifie singulièrement le pronostic de cette affection.

M. Dieulafoy fait remarquer que la notion d'obstacle mécanique à la circulation porte ne saurait suffire pour expliquer, dans tous les cas, l'ascite qui peut se montrer comme premier symptôme d'une cirrhose atrophique. En dehors de la péritonite localisée, de la périhépatite, ou même d'une poussée de péritonite subaiguë, il faut songer aux altérations des rameaux d'origine de la veine porte. MM. Dieulafoy et Giraudeau y ont constaté de la périphlébite, dans des cas où il n'existait pas de péritonite. Les parois des racines de la veine porte sont doublées ou triplées de volume, et, par suite de la sclérose de la tunique externe, les autres tuniques ont disparu ; dans quelques points on voit des prolongements fibreux, vestiges de la veine, unis à d'autres prolongements voisins et enserrant l'artériole et le rameau nerveux. Peut-être, ajoute M. Dieulafoy, des lésions semblables pourraient-elles expliquer aussi les hémorrhagies qui surviennent souvent au début de la cirrhose du foie ; on est dès lors amené à se demander si la disparition de l'ascite, au cours de la cirrhose, n'est pas un indice de lésion intra-hépatique, encore peu avancée, et de rétrocession des lésions péritonéales ou veineuses extra-hépatiques.

M. Letulle insiste aussi, comme M. Troisier, sur les lésions de l'*hydro-péritonite subaiguë*, presque toujours circonscrite, souvent prédominante autour de l'appareil spléno-hépatique, pensant que l'œdème péritonéal n'est qu'un des facteurs, peut-être le moins actif, dans ces formes si rapidement curables d'ascite symptomatique de la cirrhose hépatique au début.

Il rapporte à ce sujet une observation particulièrement intéressante, dans laquelle il pratiqua l'examen chimique du liquide extrait de l'abdomen, au moment d'une poussée aiguë.

Nous lui emprunterons le tableau suivant, fort intéressant en la question.

Analyse de l'ascite (pour mille) :

Cardiopathie (Frerichs) : matériaux solides, 17,6 ; matériaux albuminoïdes, 11,8 ; sels minéraux (Méhu), 7,9 ; fibrine (Méhu), 0,1.

Cirrhose (Frerichs) : matériaux solides, 20,4 à 24,8 ; matériaux albuminoïdes, 10,1 à 13,4 ; sels minéraux, 7,9 ; fibrine, 0,1.

(1) Sappey. *Bulletins de l'Académie de médecine*, 8 mars 1859, et *Traité d'anatomie descriptive, splanchnologie*, p. 290.

Péritonite chronique simple (Frerichs) : matériaux solides, 55 ; matériaux albuminoïdes, 38,6 ; sels minéraux, 2 ; fibrine, 0.

Cirrhose compliquée de péritonite légère (Frerichs) : matériaux solides, 33,35 ; matériaux albuminoïdes, 42 ; sels minéraux, 2 ; fibrine, 0.

Cirrhose avec poussée péritonéale aiguë (Letulle) : matériaux solides, 51 ; matériaux albuminoïdes, 60 ; sels minéraux, 5,25 ; fibrine, 0,25.

Ainsi, dans ce dernier cas, proportion très élevée de fibrine, et quantité considérable de matériaux solides et de substances albuminoïdes. Il s'agit dans ces faits d'hydropéritonite subaiguë (Gendrin, Cruveilhier).

A propos d'une observation de M. Troisier (1), M. Bucquoy exprime ainsi son opinion : « Je crois qu'il n'est pas un médecin ayant un certain temps de pratique qui n'ait observé des cas analogues. Il n'est pas absolument rare, en effet, de rencontrer des alcooliques avérés, atteints de cirrhose atrophique du foie, et chez lesquels soit spontanément, soit à la suite du traitement, on voit survenir des rémissions très marquées et même des guérisons apparentes de plusieurs années de durée. »

Dans un cas rapporté par M. Rendu (2), non seulement le malade présentait de l'ascite (14 ponctions), mais encore une teinte subictérique marquée et une tendance manifeste aux hémorrhagies cutanées. Malgré les réserves (Blachez) que comporte ce cas, il n'en est pas moins d'un grand intérêt pour nous, puisqu'il montre que l'ascite est le plus marquant mais non le seul élément curable dans les hépatites des alcooliques.

Nous nous arrêterons un instant sur le mémoire présenté par M. Lancereaux à l'Académie de médecine, dans sa séance du 30 août 1887 (3). M. Lancereaux, après avoir rapporté plusieurs cas de guérison de cirrhose, insiste sur le traitement de cette lésion. Le lait cru, associé à l'emploi de l'iodure de potassium, à la dose de 2 à 4 grammes, donnerait les meilleurs résultats. La guérison est plus ou moins rapide suivant la forme, l'intensité et la période plus ou moins avancée du mal. L'iodure de potassium arrête le développement des éléments jeunes du tissu conjonctif et s'oppose à leur organisation définitive ; le lait, d'autre part, fait cesser toute irritation et, par cela même, annule la cause qui donne naissance à ce tissu et engendre la cirrhose alcoolique.

Les faits de disparition de l'ascite sont nombreux, mais ils sont loin d'être comparables, aussi adopterons-nous, en le modifiant légèrement, le plan proposé par M. A. Françon et rangerons-nous les observations publiées en plusieurs groupes :

A. *Cas de disparition de l'ascite, dans lesquels les malades ont été perdus de vue ou sont encore en traitement ;*

B. *Cas de disparition de l'ascite remontant déjà à une époque éloignée, chez des sujets que l'on a suivis ;*

C. *Cas de disparition plus ou moins ancienne de l'ascite avec examen autopsial.*

Ces groupes sont, on le voit, assez arbitraires, mais ils vont singulièrement nous faciliter la tâche et surtout ils nous permettront de poser avec plus de précision les termes du problème, que nous ne croyons susceptible d'être résolu qu'en suivant cette voie. L'éloquence brutale des faits vaut mieux, dans ces questions litigieuses, que les meilleures théories. Or, c'est malheureusement par l'explication que l'on commence souvent en médecine, sans s'inquiéter si les faits veulent bien rentrer dans les cadres qu'on leur assigne *a priori*.

(1) Troisier. Société médicale, 10 décembre 1886.
(2) Rendu. Société médicale, 14 janvier 1887.
(3) Lancereaux. *Bulletin de l'Académie de médecine*, p. 312.

VII

A. Cas de disparition de l'ascite, dans lesquels les malades ont été perdus de vue ou sont encore en traitement. — Ces cas constituent la majorité des faits publiés, c'est en s'appuyant sur eux que la plupart des auteurs ont cru pouvoir donner des conclusions fermes. Qu'il en soit ainsi, cela s'impose, si l'on songe aux conditions toutes spéciales de la clinique hospitalière. Les malades, une fois guéris de leur ascite, s'empressent de réclamer l'exeat et, dans la plupart des cas, se trouvent absolument perdus de vue. Le fait brutal existe, l'ascite a disparu, mais pour combien de temps ? Les bienfaits du repos, du régime, de la suppression des alcooliques, persisteront-ils quand le malade aura repris ses anciennes habitudes ? Il y a longtemps que l'on a signalé ces rémissions temporaires au début de la cirrhose, et nous les trouvons indiquées dans la plupart des classiques.

Nous avons eu l'occasion d'examiner un malade sorti de l'hôpital guéri, au point de vue de l'ascite, qui, plus de six mois après, revint accusant les mêmes symptômes que lors de sa première entrée. L'ascite avait lentement reparu, le malade n'ayant en rien modifié son genre de vie. Le régime lacté, l'iodure de potassium firent encore diminuer cette fois l'ascite, mais le malade sortit avant qu'on pût être fixé sur l'évolution de l'épanchement. Dans combien d'observations pareille chose s'est-elle présentée ? Le malade s'en va mourir dans un autre service et il est impossible de reconstituer son histoire pathologique.

Nous pourrions citer un grand nombre d'observations de ce genre, nous nous contenterons d'en indiquer seulement quelques-unes :

1° *New-York Med. Journ.*, 1880 p. 47. Bellevue Hosp., Gaspard Griswold ;

2° Pel. *Nederl. Tydochr. v. Geneesk*, 1882 ;

3° F. Giraud. *Marseille médical*, 1883, p. 106 ;

4° Coutray de Pradel. Obs. V, loc. cit. ;

5° Bard. *Province médicale*, 19 février 1887, Mémoire de Blanc ;

6° Gooding. *Brit. Med. Journ.*, 9 octobre 1886, p. 676 ;

7° Troisier. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 9 juillet 1886, p. 327 ;

8° Letulle. *Id.*, 23 juillet 1886, p. 342 ;

9° Bucquoy. *Id.*, 10 décembre 1886, p. 489 ;

10° Troisier. *Id.*, 10 décembre 1886, p. 487 ;

11° Lancereaux. Académie de médecine, 30 août 1887, Obs. VII, VIII, VI, V, IV, III ;

12° Fritz. *In Thèse* de Françon, p. 157 ;

13° H. Mollière. *Id.*, p. 157 ;

14° Dupuis. *Id.*, p. 159 ;

15° Millard. Société médicale, novembre 1888.

VIII

B. Cas de disparition de l'ascite, remontant déjà a une époque éloignée, chez des sujets que l'on a suivis. — Les faits de la seconde catégorie sont plus probants ; nous y comprendrons les cas où la mort étant survenue au bout d'un

temps variable, l'autopsie n'a pas été pratiquée. Il faut reconnaître, d'une part, que certaines observations sont fort incomplètes, que dans quelques-unes même le diagnostic ne s'impose nullement; et, d'autre part, qu'il ne s'agit pas toujours de cirrhose avec atrophie, ce qui rend singulièrement disparates les cas publiés à ce sujet.

WETZLER. *Archives de médecine*, 1827. L'ascite ne s'était pas reproduite au bout de deux ans.

LEUDET. *Clinique médicale*, Obs. XIII. Le malade a été suivi deux ans.

LEUDET. *Congrès de Montpellier*, 1879. Le malade a été suivi dix-huit mois.

MURCHISON. *Leçons cliniques sur les maladies du foie*, p. 148, Obs. LI. Le malade a été suivi deux ans.

MURCHISON. *Id.*, Obs. LII. Le malade a été suivi deux ans.

LITHGOW. *Lancet*, 6 mai 1882. 12 ponctions. Le malade a été suivi trois ans.

FLORAND. Th. de Ribeton, 1885. 12 ponctions. Le malade a été suivi trois ans.

COUTRAY DE PRADEL. Obs. I. (Loco citato). Le malade a été suivi trois ans.

COUTRAY DE PRADEL. Obs. IV. Le malade a été suivi trois ans.

FRITZ. *Gazette hebdomadaire*, 1886, p. 590. Le malade a été suivi deux ans.

GOODING. *British Medical Journ.*, 1886, p. 276. Le malade a été suivi trois ans.

FÉRÉOL. *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 9 juillet 1886, p. 329. Le malade a été suivi dix-huit mois.

LEGROUX. *Id.*, 9 juillet 1886, p. 330. Le malade a été suivi un an environ.

TROISIER. *Id.*, 23 juillet 1886, p. 338. Le malade a été suivi quatre ans.

TROISIER. *Id.*, 23 juillet 1886, p. 339. Le malade a été suivi deux ans.

RENDU. *Id.*, 16 janvier 1887, p. 7. Le malade a été suivi cinq mois, le foie restait volumineux.

ROMAIN. *Archives de médecine militaire*, 1886, p. 389. Le malade a été suivi quelques mois.

LANCEREAUX. Loc. cit., Obs. I. Le malade a été suivi dix-huit mois.

LANCEREAUX. *Id.*, Obs. IX. Le malade a été suivi quinze mois.

LANCEREAUX. *Id.*, Obs. II. Le malade a été suivi dix-huit mois.

} Dans ces deux faits, le foie, d'abord volumineux, revint à son volume normal en même temps que l'ascite disparut.

BROUSSE. *Montpellier médical*, 1er octobre 1887. Le malade a été suivi sept ans.

LECLERC. *In* Th. de Françon, p. 175. Le malade a été suivi un an.

BOUVERET. *Lyon médical*, 1881, t. XXXVIII, p. 504. Le malade a été suivi quatre ans.

Il s'agissait vraisemblablement dans ce cas d'ascite secondaire à une péritonite (gros foie, rate normale, frottements péritonéaux).

Parmi ces observations, dont nous empruntons la plupart à la thèse de M. Françon où elles sont rapportées *in extenso*, un certain nombre sont incomplètes et fort peu probantes. Le volume du foie, ici diminué, là augmenté, n'est même pas toujours indiqué.

Le traitement employé fut, en dehors de la ponction, le régime lacté avec ou sans iodure. Dans un certain nombre de faits, la médication employée ne saurait même, en raison de son caractère de haute fantaisie, être prise en considération.

Dans les cas suivants, la mort survint peu de temps après la disparition de l'ascite et sous l'influence de causes diverses (pneumonie, tuberculose, etc.). Mais on ne pratiqua pas l'autopsie des sujets :

CHRÉTIEN. *Archives de médecine*, 1832. Six ans de bonne santé, mort par pneumonie.

MURCHISON. Loc. cit., Obs. CLXII. Guérison de l'ascite à trois reprises.

RAYMOND. Th. de Ribeton. Guérison trois ans, récidive, guérison spontanée, mort au bout de quelque temps.

IX

C. CAS DE DISPARITION PLUS OU MOINS ANCIENNE DE L'ASCITE AVEC EXAMEN AUTOPSIAL. — Les observations de disparition de l'ascite, dans lesquelles on a pu pratiquer l'autopsie, sont fort rares.

Il existait une cirrhose atrophique absolument typique chez la malade de M. Guyot, dont la guérison, au point de vue de l'ascite, s'était maintenue cinq ans. Il en était de même chez le malade observé par M. Legroux en 1850 et 1860 dans le service de son père. L'ascite disparut plusieurs fois par l'action du régime lacté, des pilules de Bontius et sans doute aussi de la privation d'alcooliques. Le diagnostic de cirrhose fut vérifié à l'autopsie.

Le malade de Leudet (1), après une rémission de trois ans, vit reparaître son ascite et succomba. On trouva un gros foie, plus volumineux d'un tiers qu'à l'état normal, avec granulations cirrhotiques. M. Dujardin-Baumetz a rapporté l'histoire d'un sujet de trente-cinq ans, dont l'ascite avait disparu sous l'influence du traitement lacté et de l'hippurate de chaux, qui succomba à une pneumonie. Le foie pesait 2k,700; granulations de cirrhose, péri-splénite.

Le tissu néo-formé dans les espaces portes était formé de tissu conjonctif adulte, mais contenait aussi de nombreuses cellules embryonnaires disséminées, abondants surtout autour des ramifications veineuses.

X

Leudet (2) rapporte brièvement l'histoire d'un individu de cinquante-six ans, ayant abusé de longue date des boissons alcooliques et éprouvant des symptômes de gastrite chronique. Trois ans auparavant, il avait été atteint d'un ictère, avec coloration intense de la peau et malaise considérable. Cet ictère dura trois mois. Ponctionné deux fois pour une ascite très abondante, il succomba bientôt et l'on trouva un foie avec granulations cirrhotiques, réduit d'un tiers de son volume. Péri-hépatite. Quelques dépôts pseudomembraneux sur le péritoine.

Ces quelques faits, que nous venons d'indiquer, prouvent bien que l'ascite peut disparaître, spontanément ou non, au cours de la cirrhose de Laënnec, sans qu'on soit le moins du monde autorisé à en induire la guérison de la cirrhose.

Mais dans la plupart des cas que nous avons rapportés, en même temps que l'ascite disparaît, l'état général s'amende notablement, les forces reprennent, la respiration

(1) LEUDET. Loc. cit., Obs. VI, p. 59.
(2) *Clinique médicale*, p. 50.

devient plus libre, les phénomènes de stase du côté des membres inférieurs disparaissent, l'appétit revient, les hémorrhagies ne se reproduisent plus et l'on assiste à une sorte de résurrection du malade.

Faut-il rapporter uniquement à la disparition de l'ascite, cause d'épuisement pour l'organisme, de gêne pour la circulation et la respiration, toutes ces modifications heureuses de l'état général? Cela n'est pas douteux pour la plupart des troubles qui résultent d'une action purement mécanique, sous la dépendance directe de l'épanchement péritonéal.

Mais il ne faut pas oublier que l'influence du traitement peut aussi se faire sentir, sur le système digestif notamment, et contribuer ainsi à rendre meilleur l'état général.

Aussi, après cette étude un peu aride, forcément basée sur des faits, croyons-nous être en droit de conclure que la fréquence de la disparition de l'ascite, soit momentanée, soit durable et même persistante, ne saurait être mise en doute.

L'étude des processus multiples qui peuvent provoquer l'ascite, dans les faits de cirrhose des buveurs, nous a montré comment il est légitime de s'expliquer la rétrocession de ce syndrome.

Il y a plus, et l'on doit admettre que la lésion, pendant les premières périodes de son évolution, est encore susceptible de guérison, ou au moins d'arrêt dans son développement. Mais lorsque la phase de sclérose a succédé à l'infiltration embryonnaire, la lésion est définitive et, si l'ascite peut encore disparaître, c'est surtout à la faveur de l'ouverture de nombreuses voies nouvelles de dérivation du sang porte, qui se produisent soit au niveau de la paroi abdominale, soit encore et fréquemment grâce à la formation d'adhérences, de néo-membranes péritonéales.

Du reste, remarquons que l'évolution et la marche de la cirrhose alcoolique sont éminemment variables. On ne sait pas grand'chose de ce que certains auteurs ont appelé la phase initiale, préparatoire de la cirrhose.

Or, dans certains cas, comme Leudet l'a justement fait ressortir, l'ascite est remarquablement précoce. Elle peut même constituer le phénomène révélateur de la lésion hépatique.

Elle reconnaîtrait alors pour cause une poussée congestive ou une lésion péritonéale, d'origine alcoolique ou même accidentelle (Potain), et l'on conçoit que cette ascite soit facilement, soit ordinairement curable, et que cette guérison puisse se maintenir fort longtemps.

Ainsi au début, la cirrhose des buveurs est peut-être curable, si l'on s'en rapporte à un certain nombre d'observateurs dignes de foi. La curabilité, ou plutôt l'arrêt du processus morbide, semble encore possible, à une période assez éloignée du début (Lancereaux), surtout si les malades renoncent à leurs habitudes et se soumettent au régime lacté et au traitement ioduré. Mais les faits de cette dernière catégorie sont déjà rares pour ne pas dire plus.

A toutes les périodes de l'évolution de la cirrhose, un certain nombre de ses éléments morbides, les poussées congestives, l'ascite, en particulier, sont fréquemment susceptibles de guérison. C'est là un fait bien anciennement observé et que des communications récentes ont eu le mérite de remettre en lumière, réagissant ainsi contre la tendance générale, de beaucoup de médecins, à voir, dans la cirrhose de Laënnec, une affection à marche éminemment progressive et inéluctablement fatale.

Sera-t-il permis, en présence d'un fait de cirrhose des buveurs avec ascite, de prévoir la curabilité de cette dernière? Au début de l'affection, lorsque l'état général du sujet est encore satisfaisant, le régime et le traitement auront grandes chances d'amener la disparition de l'épanchement. Plus tard, si l'invasion de l'ascite a été brusque, son évolution rapide, si elle s'est accompagnée au début de douleurs abdominales, plus ou moins vives, on sera en droit de songer à un processus péritonitique, surtout si les caractères du liquide évacué rappellent ceux des exsudats inflammatoires.

L'examen du sang pourrait, dans ces circonstances, être d'une réelle utilité, en montrant la présence ou l'absence de caractères phlegmasiques (réticulum fibrineux plus abondant, retard dans la coagulation, augmentation du nombre des globules blancs, etc.).

Enfin, l'étude des urines (urobilinurie) fournira des données précises sur le fonctionnement de la cellule hépatique, dont la connaissance est, en la demeure, le point essentiel, et permettra d'apprécier l'état de dégénérescence plus ou moins avancé, stationnaire ou progressif, du parenchyme du foie. C'est là un désidératum que nous avons retrouvé dans toutes les observations produites par les auteurs, comme exemples de guérison de la cirrhose alcoolique, que cette constatation, indispensable à notre avis, de l'état de la fonction biliaire. Dans l'histoire des cirrhoses, en effet, le pronostic est lié à l'état de la cellule hépatique (Hanot).

BIBLIOGRAPHIE. — L. BLANC. De la curabilité de la cirrhose alcoolique. *Province médicale*, février 1887. — BOUVERET. De l'ascite curable des alcooliques. *Lyon médical*, 1881, n° 50. — COUTRAY DE PRADEL. *Contribution à l'étude de la pathogénie et de la curabilité de l'ascite dans la cirrhose alcoolique au début*, thèse de Paris, 1886. — DE RENZI. De la cure de la cirrhose atrophique. *Annali universali*, 1880. — DESSAUX. *De la curabilité relative de quelques accidents hépatiques d'origine alcoolique*, thèse de Paris, 1887. — DIEULAFOY. *Manuel de pathologie interne*, t. II, p. 236-247, 1888. — A. FRANÇON. *Étude sur les hépatites chroniques et leur curabilité*, thèse de Lyon, 1888. — LEUDET. Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1874. *Gazette hebdomadaire*, 1881. — LANCEREAUX. Académie de médecine, 30 août 1887. — RIBETON. *De la curabilité de certaines formes de cirrhose atrophique du foie*, thèse de Paris, 1885. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. Juillet, août, décembre 1886; janvier 1887; novembre 1888. — CARAL. *Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique, sa marche, sa durée*, thèse de Lyon, 1885. — POTAIN. *Semaine médicale*, 1886-1888. — SEMMOLA. Congrès d'Amsterdam et *Bulletin de thérapeutique*, t. LXVII, p. 241. — MILLARD. Société médicale des hôpitaux et *Gazette hebdomadaire*, 1888. — HAYEM. Société médicale des hôpitaux, 1888.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. LE BEC.

Statistique chirurgicale de 1888.

L'année chirurgicale a été particulièrement favorable pour 1888. Outre les petites opérations faites sur les malades, qui n'ont pas besoin de rester à l'hôpital, nous avons eu à traiter 262 malades, notre service très actif ne comportant encore que 26 lits. Les malades se répartissent ainsi :

Maladies du thorax et du sein. — 4 fractures de côtes. — 2 contusions du thorax graves. — 4 cancers du sein, 3 opérés. — 1 adénome du sein. — 3 abcès froids du thorax et des

lombes, éther iodoformé. — 1 plaie pénétrante. — 1 tumeur calcifiée du dos. — 1 cancer de l'estomac.

Maladies du membre supérieur. — 1 cas de lipomes multiples. — 5 amputations de doigts. — 3 caries de métatarsiens, ablation. — 3 fractures du radius. — 1 plaie du poignet. — 1 plaie du bras. — 1 plaie de la main. — 1 curage de ganglions tuberculeux de l'aisselle. — 1 carie de l'épicondyle. — 2 phlegmons de la main et du bras. — 1 phlegmon de l'aisselle. — 1 abcès froid du bras. — 2 corps étrangers de la main. — 2 panaris graves. — 1 morsure de cheval. — 1 kyste séreux de l'aisselle. — 1 névrite traumatique ascendante.

Maladies du membre inférieur. — 1 gomme syphilitique. — 1 gomme strumeuse, curettage. — 1 hydarthrose du genou. — 1 lipome de la cuisse. — 3 fractures bi-malléolaires. — 1 fracture de jambe au tiers inférieur. — 2 fractures du col du fémur. — 2 fractures de cuisse. — 7 ankyloses du genou, redressement sans le chloroforme. — 1 sequestre de la jambe, ablation. — 1 désarticulation du gros orteil. — 1 gangrène diabétique du pied. — 2 abcès de moignons anciens. — 2 ténotomies, pieds-bots. — 1 tarsectomie, pied-bot. — 3 kystes sébacés volumineux. — 2 hygromas rotuliens suppurés. — 6 abcès tuberculeux, curage. — 2 abcès tuberculeux, éther iodoformé. — 3 amputations de jambe. — 1 amputation de cuisse tiers inférieur. — 1 amputation sous-trochantérienne. — 3 hydarthroses traumatiques du genou. — 1 ostéite tuberculeuse du tibia, curage. — 1 ostéite du fémur. — 1 ostéo-myélite prolongée du fémur. — 1 ostéo-myélite aiguë du fémur, trépanation. — 1 lymphangite de la jambe. — 1 entorse coxo-fémorale. — 2 coxalgies. — 1 ostéo-arthrite du pied. — 3 anthrax de la fesse. — 1 ankylose vicieuse de la hanche, ténotomie, redressement. — 2 abcès de la fesse. — 1 carie du calcanéum, curage. — 1 déviation des ongles des orteils. — 2 plaies de la cuisse. — 2 désarticulations des premiers métatarsiens avec orteils. — 3 tumeurs blanches des genoux. — 2 tubercules des testicules. — 1 abcès du pied. — 1 contracture de l'extenseur du pouce, ténotomie. — 1 phlegmon de la cuisse. — 1 abcès osseux du tibia. — 1 résection du genou. — 1 arthrite déformante du genou.

Maladies de la tête et du cou. — 1 contusion de l'œil. — 1 choroïdite. — 4 phlegmons du cou. — 1 cataracte. — 6 ganglions tuberculeux du cou, curage. — 1 ectropion, autoplastie. — 1 épithélioma du maxillaire supérieur. — 2 staphylorrhaphies. — 2 épithéliomas de la langue inopérables. — 1 séquestre de l'oreille moyenne. — 1 myxome du cou. — 1 épithélioma du front. — 1 plaie de tête. — 1 canthoplastie. — 1 autoplastie des paupières. — 2 tumeurs adénoïdes du pharynx. — 1 abcès de la cornée. — 1 phlegmon du voile du palais. — 1 papillome de la langue. — 1 conjonctivite granuleuse, massage. — 1 fistule congénitale du pharynx, drainage. — 1 lupus de la face. — 1 dacryocystite chronique. — 1 énucléation de l'œil.

Maladies de l'abdomen et des organes génitaux. — 2 hématocèles péri-utérines. — 8 endométrites. — 1 tuberculose anale. — 1 prolapsus utérins, colpyorrhaphie. — 2 polypes fibreux utérins. — 2 fistules à l'anus. — 1 névralgie ovarienne. — 7 fibromes utérins, traitement électrique méthode d'Apostoli. — 1 épiplocèle, sac adhérent. — 5 hydrocèles. — 1 rétrécissement du rectum, dilatation. — 2 tumeurs extra-utérines, laparotomies. — 2 lithotrities. — 1 taille périnéale pour pierre dans la prostate. — 1 pérityphlite. — 2 fissures à l'anus. — 1 périnéorrhaphie. — 3 kystes du foie, 2 procédé de Tillaux, 1 laparotomie. — 3 épithéliomas du col incurables, cautérisation. — 1 sarcome du testicule, castration. — 1 rétroflexion. — 3 fistules à l'anus. — 4 hernies, cure radicale. — 1 hernie de la ligne blanche, cure radicale. — 2 cancers primitifs de la vulve, ablation. — 1 abcès profond du bassin. — 2 pelvi-péritonites. — 1 kyste spermatique. — 1 pyélo-néphrite. — 2 rubans tuberculeux, grattage. — 2 fistules vésico-vaginales. — 2 abcès de la fosse ischio-rectale. — 1 rein flottant, néphrorrhaphie. — 2 antéversions, redressement utérin. — 1 épithélioma du rectum, extirpation. — 4 ovariotomies. — 2 hémorrhoïdes, cautérisation. — 1 épithélioma de la verge, amputation.

Nous avons pratiqué environ 150 opérations, et perdu seulement *une* seule femme, opérée de grossesse extra-utérine, pendant le neuvième mois de la grossesse et qui mourut d'hémorrhagie. Il est mort, en plus, les malades suivants, auxquels il n'a été pratiqué aucune opération : 2 cancers de la langue. — 1 pyélo-néphrite. — 1 cardiaque. — 1 cancer de l'estomac.

De plus, nous avons traité 16 femmes atteintes de fibromes utérins, par la méthode du docteur Apostoli, dont 8 ont été très améliorées, au point de vue des douleurs et des hémorrhagies, les autres ont été perdues de vue.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mars 1889. — Présidence de M. LE DENTU.

COMMUNICATIONS

Opération césarienne. — M. BOUILLY communique l'observation d'une femme rachitique, arrivée au terme d'une grossesse, et sur laquelle il a pratiqué avec succès l'opération césarienne. Cette femme avait déjà eu une grossesse et n'avait pu être délivrée que par la céphalotripsie. Malgré les recommandations qu'on lui avait faites, de venir consulter de bonne heure, au cas où elle redeviendrait enceinte, elle ne se présenta à l'hôpital qu'au terme de sa seconde grossesse. Cette femme présentait tous les caractères du rachitisme ; son bassin est régulièrement rétréci dans tous ses diamètres ; ses dimensions sont les suivantes : 24 centimètres et demi, 16 centimètres, 14 centimètres et 6 centimètres. M. Bouilly, lors de l'entrée de cette malade dans son service, constate, en outre, que la tête du fœtus se trouve dans la fosse iliaque droite, que le col n'est pas effacé, qu'il mesure 3 centimètres, qu'il est mou, dilatable. Toutefois, cette femme n'est nullement en travail, et M. Bouilly ne croit pas devoir attendre celui-ci pour pratiquer l'opération césarienne, seule chance de sauver l'enfant. Il pratiqua cette opération le 31 mars 1888.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques préventives, bains, injections vaginales antiseptiques, etc., il fait une incision sur la ligne médiane, arrive de suite sur l'utérus qui sort de lui-même hors de la cavité abdominale, l'incise sur une étendue de 16 centimètres sur sa face antérieure ; il s'échappe aussitôt un flot de liquide amniotique et M. Bouilly peut facilement extraire une fille vivante, pesant $3^{k},400$. Fausses membranes, placenta, tout fut retiré. Il y eut une certaine hémorrhagie, qu'une piqûre d'ergotine et le lavage à l'eau bouillie de la cavité utérine parvinrent, cependant, à arrêter assez facilement. La plaie utérine fut fermée par dix points de suture profonde, intéressant seulement le tissu musculeux et non la muqueuse. M. Bouilly appliqua ensuite dix points de suture superficielle. Afin d'éviter le retour de nouvelles grossesses, il appliqua une ligature sur

chaque trompe. L'utérus, bien suturé, fut réintégré dans le ventre et la plaie abdominale fut fermée par seize points de suture. Pansement antiseptique. L'opération avait duré une heure un quart. Il n'y eut aucun accident consécutif. Les sutures de la paroi furent enlevées le septième jour et le vingt et unième jour la malade partait guérie pour le Vésinet. Le point nouveau de cette observation est la ligature des trompes substituée à la castration ovarienne pour empêcher le retour d'une nouvelle grossesse.

M. GUÉNIOT félicite M. Bouilly de son succès. Il rappelle avoir autrefois recommandé cette pratique d'opérer, pour ainsi dire, hors du ventre. C'est le meilleur moyen de rendre inutile la toilette du péritoine toujours difficile en pareil cas. M. Guéniot ajoute que, plus on donne de longueur à l'incision utérine, c'est-à-dire que plus on coupe de fibres musculaires, moins on a ensuite de rétraction utérine. A ce point de vue l'incision de 16 centimètres, pratiquée par M. Bouilly, lui paraît excessive. Enfin, l'injection d'ergotine n'agissant, en général, que très lentement, il serait peut-être plus avantageux de la faire avant, que pendant l'opération. Si M. Bouilly était tombé sur le placenta, si celui-ci avait été inséré à la face antérieure de l'utérus, il aurait eu une hémorrhagie, dont il aurait eu peut-être quelque peine à se rendre maître. C'est pourquoi plusieurs opérateurs ont pratiqué l'injection d'ergotine avant de commencer l'opération.

M. MARCHAND a pratiqué l'opération césarienne sur une femme atteinte d'un cancer du col, rendant l'accouchement naturel impossible. Il put extraire l'enfant vivant, il y eut une hémorrhagie de la face interne de l'utérus, qu'il ne parvint à arrêter que par un tampon de glace. Il sutura l'utérus avec du catgut. La malade succomba le troisième jour, l'autopsie montra qu'un point de suture s'était ouvert et que les matières septiques intra-utérines étaient ainsi passées dans le péritoine. M. Marchand avait pratiqué cette opération pendant le travail.

M. BOUILLY répond à M. Guéniot, que, chez les femmes rachitiques, l'utérus s'énuclée spontanément. Il n'a donc eu, dans son cas, aucune difficulté, ni aucun mérite à opérer hors du ventre. M. Bouilly se montre moins craintif que M. Guéniot pour les hémorrhagies. S'il en avait eu une sérieuse, il aurait simplement appliqué un tube de caoutchouc sur la base de l'utérus et se serait ainsi rendu maître de l'hémorrhagie. Mais, dans son cas, l'ergotine et le lavage à l'eau chaude ont parfaitemen suffi.

M. Bouilly fait observer à M. Marchand, que jusqu'ici on a péché par le trop petit nombre de sutures. Il faut obtenir une occlusion parfaite de l'utérus et pour cela il ne faut pas craindre de multiplier les points de suture profonde et superficielle.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. BERGER présente une moitié de râtelier qui a été avalée par une femme pendant son sommeil et dont il a pu suivre le cheminement, pas à pas pour ainsi dire, à travers le tube digestif de cette femme qui a rendu ce corps étranger par les voies naturelles. Il l'a d'abord nettement senti au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac, puis après cinq ou six jours dans le cæcum, puis, deux jours après, au niveau de l'os iliaque; de là, il a disparu pendant quelques jours pour reparaître dans la fosse iliaque. Enfin, le corps étranger a mis dix-huit jours à sortir par les voies naturelles.

M. LE DENTU a extrait de l'œsophage un râtelier qui se trouvait à 27 centimètres. Il pensait pousser le corps étranger dans l'estomac, puis faire la gastrotomie. Mais il l'a ramené, malgré lui, par les voies supérieures, sans accident ni immédiat, ni consécutif.

M. JALAGUIER présente une grosse amande qui a séjourné cinq jours dans la bronche droite d'une femme de cinquante-huit ans. Cette femme ayant des accès de suffocation très pénibles quand l'amande remontait vers la trachée, M. Jalaguier fit la trachéotomie, dilata la trachée et ne put arriver à saisir le corps étranger. Son interne, profitant d'un accès de suffocation, parvint à le retirer.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis (1), par M. le docteur PÉAN.

M. Péan vient de faire paraître le sixième volume de ses leçons de clinique chirurgicale. Comme les précédents, ce livre est divisé en trois parties :

I. La première renferme douze leçons sur des sujets nouveaux et peu connus.

Une série a pour objet la cicatrisation; M. Péan s'est occupé surtout des bourgeons charnus, des retards dans la formation du tissu inodulaire, des services que rend alors la greffe épidermique, des dégénérescences cancéreuses. Il a traité, dans la suivante, de l'éléphantiasis des membres inférieurs et discuté son traitement. Deux leçons détaillées, sur les exostoses du bassin, sont suivies d'une autre sur les ruptures musculaires. Il a fait voir pourquoi et comment se produisent les déchirures du corps charnu, des tendons et des gaines aponévrotiques. Deux leçons renferment l'histoire de tumeurs mésentériques enlevées par la gastrotomie : des lipomes et des masses tuberculeuses. Une met en regard les indications de la castration utérine et ovarienne (voy. *Gaz. des hôp.*, 1886, p. 1170; 1888, p. 49). Une autre, enfin, se rapporte à un point intéressant de la chirurgie de l'abdomen, le traitement de certaines tumeurs kystiques, par excision et suppuration. Le procédé n'est pas nouveau pour M. Péan; il y a longtemps qu'il l'applique. On lui a reproché naguère de laisser incomplètes beaucoup de gastrotomies. Lorsqu'il avait affaire à des kystes sessiles, uniloculaires, trop adhérents à des viscères importants pour qu'on pût faire une ablation complète, il se dispensait de longues tentatives pour les mener à bien. Il n'avait qu'à se louer de la méthode mentionnée; il a eu la satisfaction de la voir adopter de différents côtés. Certains chirurgiens l'ont trouvée si rationnelle, qu'ils n'ont pas éprouvé le besoin de rejeter sur d'autres la responsabilité de son introduction en chirurgie : ils l'ont présentée comme leur découverte propre.

II. La seconde partie comprend 1 691 observations de malades qui ont passé dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, en 1883 et 1884. Il les a fait suivre de tableaux résumant les opérations pratiquées pendant le même temps, et de considérations brèves exposées devant ses élèves. Nous n'insisterons point sur cette statistique hospitalière; elle renferme 782 opérations importantes, à la suite desquelles le coefficient de la mortalité a été peu élevé (2,5 p. 100 au maximum). Pour l'anesthésie, M. Péan a abandonné la méthode de P. Bert, parce que la chambre métallique dans laquelle on doit opérer est trop étroite pour l'enseignement clinique. Il emploie aujourd'hui, avec avantage, des mélanges titrés de chloroforme et d'air, avec l'appareil de M. R. Dubois. Il a rappelé la disposition et l'utilité du lit dont il se sert pour les opérations; les avantages du pincement et du morcellement.

III. Enfin, la troisième partie est relative aux gastrotomies faites par M. Péan, du 1er janvier au 31 décembre 1886. Cette statistique comprend 182 cas, ce qui porte à 945 le chiffre total de ses opérations analogues, de 1864 à 1887. Parmi ces 182 gastrotomies :

71 ont été faites pour des tumeurs de l'ovaire, des trompes et des ligaments larges (68 grandes, enlevées par l'hypogastre, 3 petites, par le vagin).

Elles ont donné 70 succès et 1 insuccès.

1 pour tumeur du mésentère, 1 insuccès; — 4 pour tumeur du péritoine, 3 succès, 1 insuccès; — 1 pour tumeur de l'intestin, 1 succès; — 1 pour tumeur de la paroi abdominale, 1 succès; — 4 pour tumeur du rein, 3 succès, 1 insuccès; — 2 pour tumeur du foie, 2 succès; — 7 pour tumeur du bassin, 4 succès, 3 insuccès; — 1 pour tumeur de la fosse iliaque, 1 insuccès; — 90 pour tumeur du corps de l'utérus : (voie hypogastrique, 23, 20 succès, 3 insuccès; voie vaginale, 67, 66 succès et 1 insuccès).

(1) In-8°. — Prix : 25 francs. — Paris, F. Alcan.

Les résultats obtenus par M. Péan sont, comme on le voit d'après ces statistiques, aussi satisfaisants que possible. Il attribue lui-même ce succès au soin qu'il prend de bien établir le diagnostic avant d'opérer, et de ne rien négliger en ce qui concerne l'anesthésie, l'hémostasie et l'antisepsie, ce trépied de la chirurgie moderne.

Plusieurs des leçons, parues dans ce volume, ont été publiées dans la *Gazette des hôpitaux*, en particulier la leçon sur la valeur comparative de la castration ovarienne et de la castration utérine; la leçon sur le traitement des kystes uniloculaires par suppuration ; celles sur les avantages du morcellement.

Des péri-folliculites suppurées agminées en plaques (1), par M. J. Pallier.

La variété de péri-folliculites, ainsi désignée par M. J. Pallier, est entrée tout récemment dans le cadre nosologique des maladies de la peau, grâce aux travaux de MM. Quinquaud, Leloir, Fournier. Il s'agit des inflammations conglomérées des glandes folliculo-sébacées, partout où elles existent, et particulièrement de celles du dos, des mains et des pieds, des avant-bras et des jambes. Confondue jusqu'à ce jour avec de nombreuses maladies cutanées, comme l'eczéma, le sycosis, le lupus et même les manifestations syphilitiques, cette affection, grâce à de patientes recherches, constitue maintenant une entité morbide bien définie, classée, possédant son mode rationnel de traitement.

D'un point initial gros comme une lentille ou un petit pois, l'inflammation s'étend excentriquement de manière à constituer, à la période d'état, un placard plus ou moins étendu, bien circonscrit, nettement délimité, à bords curvilignes et non géographiques. La surface mamelonnée, anfractueuse, irrégulière, inégale, est criblée d'orifices multiples qui donnent à la lésion l'aspect d'une *véritable écumoire*.

Dans l'intervalle des pertuis se voient de petits amas jaunâtres sous-épidermiques, correspondants aux glandes folliculo-sébacées dilatées. Par la pression on fait sourdre des gouttelettes de pus par les orifices béants et des boudins vermicelliformes par les glandes rompues : cet aspect de *pomme d'arrosoir* est pathognomonique.

Cinq variétés cliniques : 1° la *forme commune*, décrite par Leloir, atteint sa période d'état en dix où douze jours, suppure franchement et évolue en six semaines ; 2° la *forme phlegmoneuse* ou *anthracoïde*, complication surajoutée et passagère de la précédente, constitue un retard dans la régression ; 3° la *forme papillomateuse*, d'une durée beaucoup plus longue, avec exubérance et anfractuosité plus grande de la surface ; 4° la *forme pseudo-ulcéreuse*, plus tenace, récidivante, suppurant plus longtemps et sans tendance à la guérison ; 5° la *forme serpigineuse et virulente*, qui peut apparaître d'emblée ou être une transformation des premières, caractérisée par des poussées successives sans ordre et sans méthode sur les limites du placard ; durée indéterminée de plusieurs mois.

L'anatomie pathologique fait l'objet d'un long chapitre ainsi que la bactériologie.

De nombreux monocoques et diplocoques à grains inégaux, avec quelques éléments de chaînettes, ont été rencontrés dans le pus et dans les tissus. Les cultures et les inoculations n'ont pas permis de voir d'autres microbes que les bactéries pathogènes ou non de la suppuration. La recherche réitérée du bacille de la tuberculose n'a jamais rien donné.

Bien que le micro-parasite spécial n'ait pu être isolé, cette affection est éminemment microbienne par l'évolution clinique, par les conditions requises de réceptivité et par les moyens thérapeutiques employés pour la faire disparaître. On la rencontre, en effet, chez les ouvriers, chez les sujets peu soigneux, en contact avec des liquides contaminés, chez ceux qui soignent des animaux et surtout chez les cultivateurs. La bactérie pathogène pénètre par effraction dans les culs-de-sac glandulaires et trouve dans ce milieu, modifié ou à modifier, les éléments nécessaires à une bonne culture.

Le pronostic est très réservé : on doit tenir le plus grand compte de l'incurie du sujet et de son désir d'être soigné, car ici il faut tout attendre d'une médication bien conduite.

A côté des cas simples qui guérissent, soit par des bains antiseptiques et des pansements ouatés compressifs, soit par des applications de solutions plus ou moins fortes de nitrate d'argent et de sublimé, l'auteur insiste avec raison sur la virulence et la ténacité de certaines péri-folliculites qui nécessitent une intervention active par le fer rouge ou la destruction totale par l'instrument tranchant.

(1) Thèse de Paris, 1889. — Paris, A. Coccoz.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Liste des officiers du corps de santé militaire qui ont produit les meilleurs travaux scientifiques en 1888.

Conformément à une décision ministérielle du 8 décembre 1871 et sur la proposition du comité technique du service de santé, le ministre de la Guerre a arrêté, le 9 mars 1889, que les noms des médecins et pharmaciens militaires, ci-après désignés, qui ont produit les meilleurs travaux scientifiques en 1888, seront insérés à titre de témoignage de satisfaction, dans le *Bulletin officiel* du ministère de la Guerre.

M. le médecin principal de première classe Delahousse.

MM. les médecins-majors de première classe Augarde, Camus, Eudes, Geschwind, Jeunehomme, Longet et Poulet.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Darde, Duléry, Escard, Lagrange, Mackiéwicz, Pauzat, de Schuttelaere et Tartière.

MM. les médecins aides-majors de première classe Dupeyron, Hublé et Maubrac.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Lafforgue.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Massie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 13 mars 1889, sont institués agrégés des Facultés de médecine (section de pathologie interne et médecine légale), les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Chantemesse (André), Combemal (François-Auguste-Frédéric), Gilbert (Nicolas-Augustin), Letulle (Maurice-Éléonore-Joseph-Lucien), Marie (Pierre), Mesnard (Louis-Marie-Victurnien), Netter (Juste-Arnold), Roque (Louis-André-Marie), Sarda (Nicolas-Élie-Gaston).

Par application des dispositions de l'arrêté du 30 juillet 1887, portant revision du régime du concours d'agrégation des Facultés de médecine, les agrégés dénommés ci-dessus demeureront en exercice pendant une période de neuf années, du 1er novembre 1889 au 31 octobre 1898.

Un délai de dix jours est accordé à tout concurrent qui a pris part à tous les actes du concours, pour se pourvoir contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites.

— *Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements).* — Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.

Séance du mercredi 13 mars : MM. Walther, Vallas et Genevey-Montaz : « Plaies de la région parotidienne. »

Séance du jeudi 14 : MM. Février et Courtin : « Kystes des mâchoires. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Maygrier, agrégé, commencera ses leçons sur les manœuvres obstétricales, le lundi 18 mars 1889, à midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Les manœuvres commenceront, à l'École pratique, le mardi 19 mars, à trois heures, et continueront les jours suivants, à la même heure. Les élèves, divisés en séries et dirigés par des moniteurs d'obstétrique, répéteront les manœuvres dans le pavillon VI. Les manœuvres obstétricales sont gratuites.

Pour être admis à y prendre part, les élèves devront se faire inscrire au bureau du chef du matériel de l'École pratique d'anatomie, de midi à quatre heures, du lundi 11 au samedi 16 mars.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Duclaux commencera le cours de chimie biologique le mardi 19 mars, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot (Paris-Vaugirard), et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera de la théorie et de la pratique de la fermentation alcoolique.

Les personnes qui veulent suivre ce cours sont invitées à aller demander à la Sorbonne, au secrétariat de la Faculté des sciences, une carte d'entrée qui sera délivrée gratuitement.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles MAURIAC.

Symptomatologie générale des cérébro-syphiloses.

II

Parmi les troubles fonctionnels qui donnent à la symptomatologie des cérébro-syphiloses une physionomie presque pathognomonique, il faut mettre au premier rang les parésies et les paralysies des nerfs craniens. Voilà encore un caractère dont l'anatomie pathologique nous donne la raison et qu'elle nous permettrait de deviner si la clinique ne nous en offrait pas constamment des exemples. Les lésions syphilitiques du cerveau, qui sont périphériques plutôt que centrales, n'ont-elles pas, en effet, une prédilection marquée pour les régions antérieures de l'organe et surtout pour sa base, vers les régions moyennes et sphénoïdales? L'écorce au niveau des principaux centres de localisation, les nerfs craniens dans leur trajet intracranien, voilà les points qu'attaque de préférence la syphilis. Aussi les paralysies intéressant les nerfs craniens antérieurs, et en particulier les nerfs oculaires et le nerf optique, ont-elles une valeur clinique presque aussi grande que les symptômes corticaux. Aucun phénomène morbide ne dénonce avec plus de certitude la nature diathésique de la lésion. Dans le chaos, l'obscurité, les formes changeantes du complexus, c'est un point fixe et comme un phare qui nous éclaire et qui nous guide. Supposez n'importe quelle association phénoménale ; du moment que vous y démêlez une mydriase, un prolapsus de la paupière supérieure, du strabisme, ou même une simple diplopie, sans strabisme évident, accusez hardiment et *a priori* la syphilis, sans crainte de porter un jugement téméraire. Sept ou huit fois sur dix elle est coupable.

La fréquence de ce phénomène capital, si grande qu'elle soit, n'est cependant pas supérieure à celle de certains autres troubles fonctionnels importants, plus graves, plus directement cérébraux, qui occupent une place prépondérante dans la symptomatologie des cérébro-syphiloses. Qu'ils émanent des foyers du mouvement, de la sensibilité ou de l'intelligence, ils se traduisent toujours par de la dépression ou de l'excitation. Ceux qui appartiennent au premier mode sont les anesthésies, les parésies, les paralysies, le coma, l'affaiblissement, l'obtusion d'une, de plusieurs, ou de toutes les facultés intellectuelles, etc. ; ceux qui appartiennent au second consistent en névralgies, en convulsions, en délires aigus, subaigus, chroniques, dans les variétés si nombreuses des perversions intellectuelles qui constituent la folie.

Si tous ces modes d'expression morbide se rencontrent dans les cérébro-syphiloses, ce n'est point avec la même fréquence, du moins à leurs diverses périodes. Les troubles de la sensibilité, par exemple, soit sous forme d'anesthésies, soit sous forme de névralgies, ne viennent qu'en dernière ligne dans la hiérarchie symptomatique. Sans doute les céphalées prodromiques sont très communes, les névralgies faciales sont loin d'être rares, mais elles ne constituent pas à elles seules toute la maladie cérébrale. Ce n'est point là un de ses éléments essentiels ; elle peut s'en passer et ils ne jouent souvent dans son ensemble qu'un rôle épisodique et transitoire. Aussi, quand vous rencontrerez des cérébropathies équivoques et d'une origine douteuse, dans lesquelles les anesthésies et les phénomènes névralgiformes prennent par leur nombre, par leurs singularités, par leur durée, une prédominance marquée sur les autres manifestations, écartez l'hypothèse de la syphilis comme cause, ou du moins ne l'admettez qu'avec la plus grande réserve, alors même que son existense chez le malade ne serait pas douteuse. Songez plutôt à l'hystérie, surtout s'il s'agit d'une femme.

Bien autrement significatifs sont les troubles de la motilité. Existe-t-il un seul exemple de cérébro-syphilose dans laquelle ils aient fait absolument défaut? Non. Ils lui sont indispensables. Sans eux elle ne serait pas ou resterait à l'état d'ébauche, comme dans ces souffrances vagues du cerveau, qui sont plutôt une menace qu'une maladie et dont une médication spécifique prévient facilement les conséquences. Mais quand l'affection cérébrale est confirmée, quand elle est sortie de sa phase prodromique pour entrer dans sa période d'état, et à plus forte raison quand elle a duré longtemps et parcouru les principales étapes de son processus, les fonctions du mouvement sont toujours compromises, ici ou là, d'une façon ou d'une autre, et tôt ou tard très sérieusement et sur une vaste étendue.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 217.

Des deux modes de ce trouble quel est le plus fréquent et le plus grave? Quelques auteurs placent en tête les accidents convulsifs épileptiformes ou épileptiques. Je ne suis pas de cet avis. Certes, je me garderai bien de méconnaître leur importance et de restreindre la large place qu'ils occupent dans la symptomatologie des cérébro-syphiloses, puisqu'à eux seuls ils sont susceptibles d'en constituer certaines formes pendant longtemps. Toutefois ils ne sont pas nécessaires au point qu'on ne puisse bien s'en passer. Dans un grand nombre de cas, ils n'apparaissent à aucune période de l'affection. En est-il ainsi du mode opposé, c'est-à-dire de la paralysie? Y a-t-il des cérébro-syphiloses dans lesquelles, depuis le début jusqu'à la fin, la motilité n'ait jamais été diminuée progressivement ou tout à coup, soit sur un point limité, soit dans une moitié du corps ou des deux côtés, soit presque partout ou dans un seul muscle, à tous les degrés, depuis la parésie la plus faible jusqu'à la paralysie absolue et irrémédiable?

Il n'en existe pas. Si la paralysie fait défaut dans les premières périodes de certaines cérébro-syphiloses, soyez sûrs que ce ne sera pas pour longtemps. Elle est inéluctable. C'est un élément essentiel des cérébro-syphiloses et qui ne manque jamais dans celles dont le processus n'a pas été arrêté soit par le traitement, soit par une prompte terminaison fatale. Et ce qui prouve bien que la paralysie prime comme fréquence les convulsions épileptiformes, c'est que celles-ci aboutissent fatalement à une diminution de la motilité momentanément surexcitée. Non seulement la paralysie est une modalité primitive, mais encore elle est le terme auquel finissent par arriver les autres perversions qui atteignent le système musculaire. C'est ce qui me fait dire que, dans l'ensemble symptomatologique, les phénomènes paralytiques l'emportent sur les phénomènes convulsifs.

Du reste, l'excitation dans les cérébro-syphiloses, comme dans beaucoup de cérébropathies organiques, semble n'être qu'un état passager qui n'est point condamné par son essence même à une durée perpétuelle. Le travail organique qui lui donne naissance n'est-il pas transitoire? Les phénomènes d'irritabilité dans l'écorce cérébrale n'ont qu'un temps; ils s'émoussent peu à peu, s'atténuent et s'éteignent à la fin dans une nécrobiose qui paralyse, qui détruit la fonction. L'état dépressif, quand il n'y a pas guérison, est donc le corrollaire obligé de l'état d'excitation.

C'est là un fait général qui s'observe dans les troubles intellectuels comme dans les troubles du mouvement. L'obtusion, l'affaiblissement des facultés intellectuelles sont assurément beaucoup plus communs que les délires, surtout que les délires systématisés.

Qu'il y ait dans les cérébro-syphiloses des phénomènes d'excitation psychique, que le cerveau extravague parfois sur le mode aigu des vésanies expressives, bruyantes, fécondes en conceptions délirantes, ce n'est pas douteux. Il y a longtemps qu'on parle des folies syphilitiques. Toutefois, sous ces apparences d'une suractivité cérébrale morbide qui n'est bien souvent que momentanée, vous trouverez constamment la dépression. Et ce n'est pas elle qui est éphémère. De jour en jour, elle s'installe à demeure dans la symptomatologie; sa prise de possession s'agrandit, se fortifie, devient de plus en plus profonde. Bientôt ce ne seront plus des sons discordants que vous entendrez. L'instrument, d'abord fêlé et en désarroi, se disloque et se détraque de plus en plus; il perd peu à peu et une à une, ou tout à coup, même ses notes fausses, et finit par s'effondrer dans le mutisme ou la cacophonie de l'abrutissement et de la démence. Donc encore ici, comme pour le mouvement, dépression progressive des phénomènes psychiques et leur anéantissement définitif, avec ou sans période préalable d'excitation. Et je ne compte pas le cas où le coma se met de la partie, entre en scène et brusque le dénouement.

Les déterminations de la syphilis sur le cerveau, bien qu'elles soient empreintes d'une spécificité aussi grande que celles qui s'effectuent sur n'importe quelle partie du corps, ne créent point de symptômes qui leur soient propres. Chacun des phénomènes morbides par lesquels s'exprime la lésion cérébrale syphilitique est absolument semblable à celui que produirait une lésion de tout autre nature. C'est le même vocabulaire; aucun de ses termes n'a une signification spéciale et invariable. Il en est ainsi du moins à première vue et quand on n'y regarde pas de très près. Cependant s'il n'y a pas à proprement parler création d'une chose nouvelle, il existe, dans les faits eux-mêmes ou dans leur ensemble, leur groupement, leur succession, leur ordre chronologique, certaines nuances, quelques particularités de contour, de relief, de couleur, qui constituent comme une formule spécifique propre à en révéler l'origine. Cette formule on la trouve dès le début et jusqu'à la fin, tantôt évidente et se lisant couramment du premier coup, tantôt obscure, équivoque, hiéroglyphique et indéchiffrable sans le secours des antécédents et des procédés de diagnostic par élimination.

C'est dans la période prodromique qu'il importe surtout de découvrir la cause diathésique. N'est-ce pas, en effet, le moment le plus opportun pour la médication spécifique, celui où elle peut le plus aisément triompher du mal et couper court au processus? Il est incontestable qu'on arrive à guérir certaines cérébropathies dans leur période initiale, quand elles sont de fraîche date et n'ont encore donné lieu qu'à quelques phénomènes morbides à peine ébauchés.

Névralgies temporo-faciales, fronto-cervico-pariétales, myopathies douloureuses des muscles du cou, céphalées atroces à redoublements nocturnes, éblouissements, obnubilations, étourdissements, accès vertigineux, sensations étranges dans l'intérieur du crâne, insomnies ou somnolences invincibles, irradiations douloureuses dans diverses parties du corps, faiblesse musculaire ou indécision et incohérence dans les mouvements; et, du côté de l'entendement, diminution ou trouble de plusieurs facultés intellectuelles, en particulier de la mémoire, modification du caractère, tristesse, pressentiments sinistres, impressionnabilité excessive, etc. : tels sont les phénomènes qui, isolés ou réunis, doivent faire craindre l'invasion prochaine d'une syphilose cérébrale. Leur signification pathologique est en raison directe de leur durée, de leur continuité ou de la fréquence de leurs attaques.

Si tous ces symptômes prémonitoires ont une importance séméiotique que prouve surabondamment l'observation clinique, il y en a quelques-uns qui, par eux-mêmes et par leur association avec d'autres, acquièrent une valeur exceptionnelle. En première ligne, il faut placer les céphalées, avec leurs variétés infinies comme siège, intensité, durée, retour périodique ou continuité, etc. Quand ces douleurs de tête deviennent atroces et s'exaspèrent principalement pendant la nuit; quand par leur violence elles vont jusqu'à produire une sorte de délire momentané, il faut re-

douter l'imminence prochaine d'une attaque d'encéphalopathie. L'insomnie aussi est un signe capital. Elle peut exister seule ou accompagner la céphalalgie dont elle est la conséquence. Qu'on ajoute à ces deux prodromes un affaiblissement brusque et notable de la mémoire, une diminution ou une perte complète du pouvoir sexuel, et on aura un groupe de quatre symptômes indicateurs de premier ordre. Sans préciser la localisation, ils donnent la certitude que les centres nerveux, et surtout le cerveau, sont sous le coup d'un travail morbide grave. Et si à ces symptômes s'ajoutaient, comme j'en ai vu des exemples, la parésie de la vessie et du rectum, des douleurs en ceinture autour du tronc, à divers niveaux, avec des troubles cardio-pulmonaires, on pourrait affirmer que l'action syphilitique a envahi tout le névraxe.

Un autre signe précieux, surtout au point de vue d'une localisation précise, ce sont les douleurs que certains malades ressentent dans les profondeurs de la cavité orbitaire. Elles ressemblent à des douleurs de crampe et proviennent sans doute des efforts inconscients d'accommodation que nécessite la paresse d'un ou de plusieurs muscles moteurs de l'œil. Quand on analyse avec soin les céphalées frontales, on arrive à découvrir et à démêler, au milieu de la douleur commune, cette douleur orbitaire spéciale qui se manifeste avant la diplopie et les déviations de l'axe visuel.

RÉTRÉCISSEMENT FIBREUX DE L'ŒSOPHAGE

TRAITÉ PAR L'ÉLECTROLYSE LINÉAIRE ; GUÉRISON.

Par M. le docteur J.-A. FORT, ancien professeur d'anatomie.

Le 30 novembre 1888, nous écrivions les lignes suivantes dans le *Bulletin général de thérapeutique* :

« On peut, selon moi, étendre l'action de l'électrolyse aux rétrécissements de l'œsophage et du col utérin. Quand je parle de retrécissements de l'œsophage, je fais allusion aux rétrécissements fibreux ou cicatriciels, qui ont tant d'analogie avec les rétrécissements uréthraux. Supposons qu'un rétrécissement fibreux ou cicatriciel de l'œsophage n'admette plus qu'une boule de 7 millimètres. Je conseillerais de faire construire un œsophago-électrolyseur ayant 5 à 6 millimètres au niveau du point qu'on doit opérer.

En ce point, j'ajouterais une lame de platine de 7 à 8 millimètres de hauteur. On agirait sur un seul point de la circonférence du rétrécissement, l'opération ne durerait que quelques minutes, et elle ne serait pas douloureuse. On constaterait, au moyen de sondes à boules, le bénéfice de l'opération, que l'on pourrait obtenir plus grand, séance tenante, si on le désirait, ou un peu plus tard. Je répète que cette opération serait absolument sans danger.

Du reste, on pourrait pratiquer une deuxième séance d'électrolyse, et même une troisième, sur des points différents de la circonférence du rétrécissement, de manière à faire une électrolyse multiple et à détruire un peu de la circonférence du rétrécissement de tous côtés. On obtiendrait ainsi des améliorations durables, sinon des guérisons.

Tout dernièrement, dans une conversation que j'ai eue avec mon confrère et ami M. le docteur Souligoux (de Vichy), j'ai constaté, avec satisfaction, que je me suis trouvé en communion d'idées avec un confrère distingué, qui a acquis une vaste expérience dans le traitement des affections de l'appareil digestif. Frappé de l'action de l'uréthro-électrolyseur sur le tissu du rétrécissement de l'urèthre, il me fit part du désir qu'il avait de traiter, de la même manière, un cas de rétrécissement fibreux de l'œsophage. Nous nous empresserons de publier plus tard cette observation. »

C'est précisément M. le docteur Souligoux qui nous a adressé le malade dont nous relatons ici le cas :

Causes et antécédents. — M. T..., fermier dans une commune du département de la Nièvre, est atteint de rétrécissement de l'œsophage. Il n'a jamais été malade et rien, dans ses antécédents personnels, ne peut expliquer le développement de cette maladie. Aucun indice diathésique à noter dans la famille. Les ascendants sont en bonne santé, de même que trois des collatéraux, survivants. Deux sont morts de mort violente.

Pendant l'été de 1887, il porta par erreur à ses lèvres un verre plein d'eau sédative dont il avala une gorgée. Est-ce là la cause de son mal ? Il serait difficile de l'affirmer. Quoi qu'il en soit, on ne peut trouver aucune autre donnée étiologique dans ses antécédents.

Il était affecté de dyspepsie flatulente, depuis quatre ans, à l'époque de la moisson.

En septembre 1888, il ressentit un peu de dysphagie qui alla en augmentant insensiblement. En janvier et dans les premiers jours de février, les aliments liquides, bouillon et lait, passaient seuls, souvent il ne passait pas une seule goutte de liquide.

Il y a, de temps en temps, une douleur sourde dans la partie profonde du thorax ; elle dure parfois pendant quelques jours.

Les aliments déglutis, qui ne passent pas, sont rendus immédiatement et rien ne peut faire soupçonner la présence d'une poche au-dessus du point rétréci. Quelques mucosités œsophagiennes glaireuses sont expulsées de temps en temps.

Il n'y a jamais d'hémorrhagies. L'amaigrissement est extrême et le malade, qui pesait 146 livres à l'état de santé, ne pèse plus que 114 livres. Les mains sont amaigries et pâles, le visage est d'une pâleur mortelle.

Tel est l'état du malade, lorsque notre ancien élève, M. le docteur Souligoux, nous l'adresse pour le soumettre au traitement de l'électrolyse, le samedi 16 février 1889.

Diagnostic. — Le point rétréci siège à 33 centimètres des incisives, ce qui indique qu'il est situé à 3 ou 4 centimètres au-dessus du cardia. Aucune olive d'ivoire ne peut le traverser et nous sommes obligé de faire diminuer le volume de la plus petite, qui pénètre avec difficulté lorsqu'elle est réduite à 5 millimètres. Ce rétrécissement offre une longueur de 15 millimètres.

L'œsophage ne paraît pas dilaté au-dessus et jamais nous n'avons ramené de sang après les nombreux cathétérismes que nous avons pratiqués.

Les olives plus volumineuses indiquent qu'il y a un autre rérécissement en voie de formation à 10 ou 12 centimètres au-dessus.

Nous avons appelé en consultation nos savants confrères MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz et Labadie-Lagrave, qui ont pu constater l'état du malade avant l'opération et qui ont bien voulu nous aider de leur expérience et de leurs sages conseils.

Traitement. — Le 17, nous injectons dans son estomac, au moyen d'une sonde œsophagienne de 5 millimètres, un demi-litre de lait et deux jaunes d'œuf.

Le 19, il entre dans la maison de santé de la rue Oudinot. On lui injecte trois fois par jour le mélange suivant :

Poudre de viande.	50 grammes
Jaunes d'œuf	n° 3
Sucre en poudre.	50 grammes
Bouillon de bœuf.	500 —

Le malade digère parfaitement les aliments. Il semble renaître. La température, qui était de 36 degrés avant l'alimentation par la sonde, remonte, devient normale. Son pouls faible se maintient à 72.

Sous l'influence de cette alimentation, il augmente de poids et, le 29 février, il pèse 118 livres au lieu de 114.

Nous faisons construire un œsophago-électrolyseur sur le modèle de notre uréthro-électrolyseur.

Opération. — Le 23 février à neuf heures et demie du matin, nous le soumettons à une première séance d'électrolyse linéaire avec l'aide de notre excellent confrère M. le docteur Brochin et de notre chef de clinique M. Lombardi.

L'opération dure deux minutes. Nous employons huit éléments de la pile de Gaiffe qui nous donne dix milliampères.

Pendant l'opération, nous constatons des signes manifestes d'excitation du plexus œsophagien au moment de l'application du courant continu.

La plaque, *pôle positif*, étant placée sur le côté gauche du ventre, la lame de platine de l'œsophago-électrolyseur étant placée sur le côté gauche du rétrécissement, *pôle négatif*, nous constatons une modification du pouls, dès que le courant est établi : de 72 le pouls monte à 80, puis à 85, puis à 90, et de plus il se produit deux intermittences; en même temps, nous observons une contraction involontaire des muscles de la face, très accentuée surtout dans les muscles du nez. Il y a là évidemment excitation centripète des filets du pneumogastrique qui s'est réfléchie du niveau du bulbe vers les filets cardiaques du grand sympathique et vers les filets du nerf facial.

Dans la journée, le malade a ressenti dans le thorax une douleur sourde qui n'a pas dépassé quelques heures.

Le lendemain 23, et le 24, il a pris sans sonde du potage et des œufs à la coque.

Le 25, nous procédons à une deuxième séance d'électrolyse linéaire. Enhardis par le premier succès, nous augmentons la hauteur de la lame de l'électrolyseur et le nombre d'éléments.

Pendant que M. Brochin surveille l'action des réflexes sur le cœur et le pouls, pendant que M. Lombardi règle la pile à courant continu, nous introduisons l'instrument jusque sur le point rétréci. Nous prenons seize éléments qui donnent trente milliampères.

Au bout d'une minute et demie, l'instrument franchit le rétrécissement en creusant un sillon linéaire dans sa substance. Nous le retirons aussitôt et le malade rend une quantité de matières épaisses qu'on peut évaluer à 60 grammes. Pas de sang.

Les réflexes, sous l'influence de l'excitation du pneumogastrique, ont été plus marqués que dans la première séance, les muscles de la face ont été agités de mouvements convulsifs plus marqués dans les muscles du nez. M. Brochin a constaté que le pouls s'est élevé rapidement de 72 à 84 pulsations, puis à 100, à 110 et à 120. Dès que le courant a été interrompu, le pouls est retombé à 80.

Il n'y a pas eu d'intermittences du pouls. Le pôle positif a été placé sur l'hypochondre droit et l'électrolyseur sur le côté droit du rétrécissement.

Le malade a ressenti une douleur sourde dans la poitrine pendant toute la journée. Pendant la nuit, cette douleur a disparu pour être remplacée par une douleur vers la région dorsale.

Le lendemain 26, le malade a pu prendre une grande quantité de vermicelle, des œufs à la coque, une cervelle frite et des biscuits trempés dans du vin.

Le 27, troisième séance d'électrolyse linéaire. Plus prudents cette fois, nous plaçons le même électrolyseur avec huit éléments et quinze milliampères. Le sillon linéaire a été évidemment agrandi.

Le pouls s'est élevé cette fois à 96 seulement, la douleur a été légère. Le malade a continué à s'alimenter et il a atteint le poids de 120 livres, ce qui donne une augmentation de six livres en neuf jours.

Le 4 mars, nous constatons une sorte de spasme au niveau du point rétréci. Nous voulons le vaincre avec les sondes et en passant de nouveau l'électrolyseur linéaire.

Nous répétons la dernière opération, mais, cette fois, nous faisons glisser l'électrolyseur sur le côté gauche du rétrécissement, en lui imprimant un mouvement de va et vient. Le pôle positif était placé à la région épigastrique. Le malade a rendu une gorgée de sang et il s'est produit ici un réflexe étrange.

Le pouls n'a pas changé, mais le malade a accusé une douleur extrêmement violente dans la poitrine, aussitôt que l'instrument a été retiré. Il s'est plaint en même temps d'une douleur très intense dans les deux oreilles, avec sensation de sifflements et de bourdonnements.

Cette douleur s'est renouvelée, poignante, à plusieurs reprises dans la journée. Elle s'est accompagnée d'une douleur aiguë, qui s'est fait sentir d'abord dans les deux oreilles, ensuite dans la gauche seulement.

Cette douleur est due, certainement, à l'excitation des filets du pneumogastrique se rendant dans le nerf auriculaire.

Les douleurs ont été assez intenses pour nécessiter une potion morphinée.

Nous avons recommandé d'alimenter le malade à la sonde, et de ne pas laisser passer les aliments sur la plaie. Nous avons prescrit de laver la plaie, après le passage des aliments, avec de l'eau pure d'abord, et ensuite avec une gorgée d'eau phéniquée, dosée de telle sorte que le malade ne puisse pas ingurgiter plus de 40 centigrammes d'acide phénique en vingt-quatre heures.

Depuis quatre jours la température du corps est normale et le pouls se maintient à 96.

Le 6 mars, la douleur a disparu, le pouls est descendu à 84, le malade mange toutes sortes d'aliments, et une sonde œsophagienne, de 42 millimètres de circonférence, traverse le point rétréci.

Nous avons conduit le malade dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Cochin. Notre savant confrère a introduit lui-même la sonde œsophagienne n° 12 de M. Bouchard.

Lorsque M. Dujardin-Beaumetz a bien voulu présenter le malade à l'Académie de médecine, dans la séance du 12 mars, il pesait 121 livres.

Le lendemain 13, T... retournait dans son pays.

Nous ne nous faisons aucune illusion sur l'avenir de ce rétrécissement. Cependant, nous avons la conviction d'être intervenu d'une manière très heureuse, et d'avoir éloigné une terminaison fatale qui était prochaine. Le malade se nourrissant convenablement aujourd'hui, n'aura qu'à entretenir le bénéfice obtenu par l'électrolyse linéaire, au moyen de sondes qui pourront lui donner encore une longue existence. Si le rétrécissement venait à se produire de nouveau, nous recommencerions l'opération si bénigne de l'électrolyse linéaire, et nous prolongerions ainsi la vie du malade.

Je ferai remarquer que c'est la première fois qu'on applique l'électrolyse linéaire aux rétrécissements œsophagiens.

NOTES CHIRURGICALES

Du vésicatoire chez les enfants. — Quoi qu'on en puisse dire, le vésicatoire constitue une ressource indispensable pour tout médecin qui s'occupe des maladies de l'enfance. Dans un mémoire fort instructif, M. le docteur Saint-Philippe, médecin de l'hôpital des Enfants, à Bordeaux, passe en revue les différentes indications de cet excellent révulsif. Nous ne suivrons pas l'auteur, dans cette partie de son travail, et nous renvoyons le lecteur à la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* où le mémoire de M. Saint-Philippe se trouve tout entier publié. Mais nous parlerons surtout des inconvénients du vésicatoire chez l'enfant et des accidents qu'il peut produire pour faire connaître la façon dont on peut les éviter ou les faire disparaître.

Chez l'enfant, les inconvénients du vésicatoire sont de même ordre que chez l'adulte; mais ils sont, en général, de plus grande intensité.

Parfois, l'application du vésicatoire provoque une irritation nerveuse très vive, pouvant aller jusqu'à déterminer de véritables attaques d'éclampsie. Il faut alors, au plus tôt, soustraire l'enfant à cette cause d'irritabilité et enlever le vésicatoire. Mais, en n'abusant pas de l'emplâtre vésicant, soit comme dimension, soit comme durée d'application, ces accidents d'ordre nerveux sont, en réalité, très rares.

L'absorption et l'élimination de la cantharide causent, du côté de l'appareil urinaire, des troubles souvent fort intenses et bien connus d'ailleurs : cystites avec douleurs atroces, urines rares, sanglantes, on a même signalé la néphrite épithéliale avec albuminurie. Quelquefois, tous les signes d'une entéro-colite subaiguë décèlent l'élimination du médicament par la muqueuse intestinale.

Ces phénomènes du cantharidisme sont d'autant plus graves, chez les jeunes enfants, que ceux-ci ne peuvent souvent transmettre leurs impressions que par des gémissements et des cris et que le médecin, fréquemment, ne sait à quoi rapporter ces souffrances endurées par le jeune patient.

Enfin le vésicatoire, plus encore chez l'enfant que chez l'adulte peut s'accompagner d'accidents locaux. Il peut : 1° s'enflammer; 2° se recouvrir de diphthérie; 3° s'ulcérer; 4° se sphacéler.

Lorsqu'on réfléchit à la façon dont sont pansés ces vésicatoires, on est en droit, avec M. le docteur Saint-Philippe, de s'étonner que ces complications ne soient pas plus fréquentes. En effet, à notre époque, où la moindre plaie chirurgicale est l'objet de soins tout particuliers, est préservée minutieusement de tout contact impur, on se demande pourquoi la plaie du vésicatoire est si facilement abandonnée et négligée.

Du linge dur, du vieux cérat, du beurre, plus ou moins rance, un bandage plus ou moins bien assujetti et n'évitant pas les frottements : tel est le pansement habituel. Que de médecins prescrivent un vésicatoire, sans s'occuper jamais de la plaie qui en résulte. Il est certain qu'en général, cela a peu d'inconvénient, mais lorsque la plaie se complique, le médecin doit souvent se reprocher d'être la cause involontaire de cette complication.

Voici les précautions que recommande M. Saint-Philippe : ne pas mettre de vésicatoires à tort et à travers chez les enfants et, si l'on se trouve sur un terrain douteux et vis-à-vis d'un tégument susceptible, n'en mettre qu'en dernière analyse, et après avoir essayé au préalable des révulsifs anodins.

Malgré ses inconvénients, l'emplâtre à la cantharide est préférable au garou, à l'ammoniaque, au chloral, et au cantharidate de soude. Il ne faut pas chercher, dans l'adjonction de poudre de camphre à la surface de l'emplâtre, la disparition des accidents cantharidiens du côté des voies urinaires. Gubler a, depuis longtemps, fait justice de cette pratique, qui ne sert à rien qu'à empêcher le mordant de l'emplâtre, et qu'on devrait rejeter comme une de ces routines léguées par l'empirisme.

Le seul procédé rationnel, qui serait réellement efficace, consiste à alcaliniser les urines par le bicarbonate de soude, pris à l'intérieur, à les rendre aussi abondantes que possible par l'usage du lait ou des tisanes diurétiques, et surtout à laisser le vésicatoire en place, juste le temps nécessaire; assez, pour qu'il y ait soulèvement de l'épiderme, pas trop, pour que la cantharidine, diluée dans la sérosité, ne puisse pas être absorbée par le derme mis à nu.

Si nous continuons à utiliser les conclusions auxquelles arrive l'auteur du mémoire, nous dirons qu'en général, on ne doit pas se contenter d'une simple rubéfaction; la vésication veut une plaie. Chez les nouveau-nés, en général, quatre heures suffisent. Au bout de quatre à six heures, chez l'enfant, on remplace l'emplâtre par une plaque de taffetas gommé recouverte d'ouate. Sous cet abri imperméable, l'ampoule se produit et le lendemain on trouve une bonne quantité de sérosité.

Le pansement ne doit pas avoir pour but de fermer trop vite cette plaie, destinée à la révulsion; mais il doit y entretenir une minutieuse propreté : il faut laver la plaie et ses bords avec de l'eau bouillie, l'enduire de vaseline fraîche et la recouvrir d'ouate aseptique. Chaque jour on renouvelle ce pansement. Les accidents deviennent alors exceptionnels.

Lorsque la plaie d'un vésicatoire devient grisâtre, pulpeuse, ulcérée, on a conseillé mille moyens, pour y remédier, des attouchements caustiques, des pansements antiseptiques. Rien ne réussit aussi bien et aussi vite que le sous-nitrate de bismuth saupoudré sur la plaie en couche épaisse. Cette poudre de bismuth, recouverte d'un taffetas gommé, forme une sorte d'enduit crémeux, qu'on lave tous les deux ou trois jours à l'eau boriquée. Dans des cas de plaies affreusement ulcérées et recouvertes d'épaisses fausses membranes, M. Saint-Philippe a vu la guérison survenir avec une surprenante rapidité.

Le bandeau en ophthalmologie. — M. le docteur Trousseau, médecin de la clinique des Quinze-Vingts, vient de protester contre l'abus que l'on fait du bandeau dans le traitement des affections oculaires.

En général, cet appareil est ordonné tout à fait au hasard. La paupière est-elle rouge, la conjonctive enflammée, vite, le bandeau est appliqué et maintenu jusqu'à disparition de la dernière traînée rougeâtre. Ce n'est pas à dire, cependant, que cette pratique soit absolument condamnable et qu'il faille rejeter l'usage du bandeau. Loin de là; mais il faut, comme dans toute médication, savoir manier l'instrument dont on se sert et ne pas l'employer à tort et à travers. Le bandeau a pour usage de mettre l'œil à l'abri du contact de l'air, de la poussière et de la lumière, exerce une certaine compression et entretient une température plus élevée que dans les régions voisines.

Une médication a presque toujours des défauts qui tiennent à ses qualités mêmes. L'enfant, qui a l'œil couvert, prend l'horreur du jour, et sa photophobie tiendrait plus à l'emploi peu judicieux du bandeau qu'à sa kératite.

Le bandeau entretient et augmente le spasme des paupières, et amène rapidement un certain degré d'entropion, pousse les cils vers le globe occulaire, et les force à frotter sur le bulbe qui s'irrite davantage; il réagit par une violente constriction, encore augmentée par le séjour forcé des larmes et des produits de la sécrétion conjonctivale, que le bandeau ne laisse point facilement couler au dehors.

L'habitude de l'obscurité rend pénible l'impression de la lumière, même sur un œil absolument sain. Aussi, le malade, dont l'œil est annulé depuis qu'il porte son bandeau, souffrant dès qu'il vient à l'enlever, le réapplique immédiatement et l'éternise au-devant de son œil.

Telles sont les idées que M. le docteur Trousseau soutenait à la Société de médecine de Paris. Mais il eût risqué de ne point convaincre la Société, s'il n'était venu apporter, à l'appui de son dire, de nombreux faits récoltés dans sa pratique.

Depuis qu'il a supprimé le bandeau dans les kératites, les opérations contre le blépharospasme deviennent rares, et les guérisons sont beaucoup plus rapides. Les deux ou trois premiers jours sont douloureux à passer, mais, les jours suivants, survient un rapide soulagement et la lumière est facilement supportée.

Une expérience, assez convaincante, est la suivante : de deux yeux également atteints de kératite, l'un est laissé à découvert, l'autre est protégé par le classique bandeau; qu'arrive-t-il? L'œil protégé, conserve son spasme et sa lésion, alors que l'autre est déjà guéri.

« Ceci, dit le docteur Trousseau, s'est vérifié un nombre si considérable de fois que c'est pour moi, aujourd'hui, un article de foi. »

Pour toute protection de l'œil, on peut autoriser le port de lunettes légèrement teintées, qui ne compriment pas l'œil et laissent passer les rayons lumineux à peine atténués. En dehors de cela, il suffit de placer sur l'œil *par moments seulement*, des compresses servant de topiques.

Dans l'iritis toutefois, où il n'y a, ni sécrétion, ni grande tendance au blépharospasme, et où la chaleur soulage énormément le malade, le bandeau sera recommandé, mais dans les inflammations externes de l'œil, blépharite, conjonctivite, ou kératite non ulcéreuse, on devra supprimer le bandeau.

A. Ricard.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

138. M. Chartier. Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus. — 139. M. Lefort. Des folliculites uréthrales blennorrhagiques chez l'homme. — 140. M. Monange. Matières extractives d'origine animale. — 141. M. Weiss. Contribution à l'étude de l'électro-physiologie. — 142. M. Pasquier. De l'emploi du bichlorhydrate de quinine pour les injections hypodermiques de quinine. — 143. M. Comet. Polypes muqueux de l'utérus. — 144. M. Lefebvre. Contribution à l'étude de l'angine de poitrine. — 145. M. de Thierry. Contribution à l'étude des alcaloïdes microbiens et physiologiques (ptomaïnes et leucomaïnes). — 146. M. Kaplan. Contribution à l'étude de l'entéroptase. — 147. M. Taurin. Contribution à l'étude de la lymphangite gangréneuse du pénis. — 148. M. Chataigner. Des troubles auditifs dans le tabes. — 149. M. Mugnerot. Du tremblement mercuriel et de son traitement par les agents esthésiogènes. — 150. M. Baque. Dégénérescence mentale héréditaire sur les stigmates physiques et les stigmates psychiques de la dégénérescence mentale héréditaire. — 151. M Bouygues. De la cirrhose du foie chez les tuberculeux alcooliques. — 152. M. Cataliotti. De la galactophorite. — 153. M. Ménard. Étude sur le mécanisme des fractures indirectes de la colonne vertébrale (région dorsale et région dorso-lombaire). — 154. M. Mézange. Du massage appliqué au traitement des fractures diaphysaires de l'avant-bras et de la jambe.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (chirurgie). — Leçon orale de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation. Séance du vendredi 15 mars : MM. Barette, Gangolfe et Rochet : « Rétrécissement de l'œsophage. »

— Par arrêté ministériel, en date du 2 mars 1889, M. le docteur Donnet, directeur-médecin de l'Asile public d'aliénés de Vaucluse, est mis en disponibilité, sur sa demande, et remplacé par M. le docteur Boudrie, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie).

— Les concours pour les places de médecins-adjoints des asiles d'aliénés se sont terminés par les nominations suivantes :

Région de Lille : M. Journiac. — *Région de Lyon* : MM. Chaumier et Barthomeux. — *Région de Nancy* : M. Sizaret. — *Région de Paris* : MM. Sérieux, Arnaud et Combemale.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Arnozan, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire des maladies syphilitiques et cutanées.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Imbert, agrégé, est chargé d'un cours de physique.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Zilgien, ancien aide d'anatomie, est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique à ladite Faculté, en remplacement de M. Ehrmann, démissionnaire.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le docteur Moulongret est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Caen.* — M. Guillet, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le docteur Delotti est institué suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Gascard est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Straus commencerale cours de pathologie expérimentale et comparée, le mercredi 20 mars 1889, à cinq heures, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (École pratique, 1er étage). — Objet du cours : « Technique microbiologique; — étude des microbes pathogènes; — maladies infectieuses communes aux animaux et à l'homme. »

— M. le professeur Regnauld commencera le cours de pharmacologie le samedi 23 mars 1889, à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Objet du cours : « De la pharmacologie et des applications à l'art de formuler; étude spéciale des principales classes de médicaments. »

— M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale, le lundi 25 mars 1889, à quatre heures (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Il traitera des blessures et des intoxications aiguës.

— M. le professeur Hayem commencera le cours de thérapeutique et matière médicale, le lundi 25 mars 1889, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. — Objet du cours : « Des médications (suite et fin). »

— M. le professeur Damaschino commencera le cours de pathologie interne, le mardi 26 mars 1889, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Objet du cours : « Maladies tuberculeuses et cancéreuses. »

— M. Hutinel, agrégé, commencera les conférences de pathologie infantile, le mardi 26 mars 1889, à trois heures de l'après midi (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera de l'appareil digestif et de l'appareil circulatoire.

— M. le professeur Charles Richet commencera le cours de physiologie, le samedi 30 mars 1889, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Objet du cours : « Nutrition, système nerveux. »

— Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été commenceront le jeudi 21 mars 1889, et se continueront les samedis, mardis et jeudis de chaque semaine, de une heure à trois heures, à l'École pratique, au second étage. — Le personnel des travaux pratiques d'histologie est composé comme suit :

M. Rémy, agrégé, chef des travaux ; — M. Variot, chef-adjoint; — M. Chatellier, préparateur.

Salle A : MM. Girode et Pelliet, préparateurs-adjoints; MM. Martin et Vincent, aides-préparateurs.

Salle B : MM. Legrand et Binot, préparateurs-adjoints ; MM. Aublé et Raoult, aides-préparateurs.

Salle C : MM. Launois et Morau, préparateurs-adjoints; MM. de Grandmaison et Benoit, aides-préparateurs.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires pendant le semestre d'été pour tous les élèves de seconde année (les étudiants pour l'officiat ne sont pas astreints à ces travaux).

MM. les étudiants seront convoqués individuellement par une lettre spéciale. La première série comprendra 120 élèves.

Chaque série se compose de douze séances et dure un mois.

Sur leur demande, les étudiants des séries d'histologie pourront être admis à faire des travaux de technique histologique, d'une durée illimitée. Ils devront s'adresser aux préparateurs-adjoints de leur salle.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. de Lacaze-Duthiers commencera le cours de zoologie, anatomie et physiologie comparée, le mardi 19 mars à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera de la reproduction et de l'évolution dans le règne animal. Les travaux pratiques, les conférences et les manipulations auront lieu dans les laboratoires sur les sujets relatifs aux examens de la licence. M. Joannès Chatin professeur adjoint, continuera les lundis et jeudis à dix heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, l'étude des organes et des fonctions de nutrition. M. Pruvot, maître de conférences, fera, les mardis, à midi, au laboratoire de zoologie, et les samedis, à onze heures et demie, à l'amphithéâtre d'histoire naturelle, des conférences de zoologie.

M. Friedel commencera le cours de chimie organique le mercredi 20 mars, à dix heures et demie, rue Michelet, n° 3, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera des fonctions et étudiera les composés de la série grasse. — M. Salet, maître de conférences, continuera à traiter de la chimie organique les mardis à trois heures et demie, dans la salle des conférences.

M. Gaston Bonnier commencera le cours de botanique le mercredi 20 mars, à dix heures et demie, dans l'amphithéâtre de physique, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera des végétaux cryptogames. — M. Vesque, maître de conférences, fera, les lundis et les jeudis, à midi, dans la salle des conférences, des conférences de botanique.

M. Hébert commencera le cours de géologie le mercredi 20 mars à trois heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il exposera successivement les caractères de chacune des périodes géologiques. M. Vilain, maître de conférences, fera les lundis et jeudis, à huit heures trois quarts, dans la salle des conférences, des conférences sur les diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés au laboratoire de géologie à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de neuf heures à onze heures et demie.

M. Riban, maître de conférences, chargé de cours, commencera un cours annexe de chimie analytique le mercredi 20 mars, à trois heures trois quarts, rue Michelet, n° 3, et le continuera les mercredis suivants à la même heure. — Il traitera de l'analyse quantitative.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie s'est presque exclusivement occupée, [illegible]ur-d'hui, d'animaux malfaisants : la vipère avec son venin, les chiens enragés, le cheval, voire même la mouches, communiquant à l'homme le tétanos (car nous avons maintenant la mouche tétanique comme la mouche charbonneuse), ont rempli toute la séance.

M. Fredet (de Clermont) a ouvert le feu [illegible] donnant lecture d'un travail sur les morsures de vip[illegible] d'Auvergne. Il constate que ces morsures, en France, s[illegible] une cause de mort plus fréquente qu'on ne le croit, et propose de prendre, à leur égard, plus de précautions qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

M. Dujardin-Beaumetz, à son tour, a fait connaître à l'Académie les cas de rage observés en 1888 dans le département de la Seine, et lui a proposé de nouveau d'émettre le vœu que le gouvernement applique avec rigueur toutes les mesures propres à diminuer le nombre des chiens errants, et, en particulier, celle que lui confère la loi du 21 juillet 1881. Il a trouvé un puissant appui en M. Nocard. Tandis que M. Dujardin-Beaumetz ne s'était occupé que du département de la Seine, l'éminent directeur de l'École d'Alfort a fait un tableau saisissant de ce qui se passe dans toute la France et a comparé les cas d'hydrophobie qu'on observe chez nous avec ceux qui ont lieu en Allemagne, en Suisse, dans le grand duché de Bade, au Wurtemberg. Cette comparaison, il faut bien le dire, est peu à l'avantage de la France qui, en moins de six ans, a vu se quintupler le nombre des chiens enragés, grâce à la façon tout à fait insuffisante et illusoire dont sont appliqués les lois et réglements concernant les chiens errants, tandis que la rage a presque complètement disparu des pays que nous venons de citer.

Enfin M. Verneuil, dans la troisième et non dernière partie de son mémoire sur le tétanos, a continué à accumuler preuves sur preuves en faveur de son origine équine.

M. Polaillon, à la fin de la séance, a présenté un malade auquel il a enlevé l'humérus en totalité. On trouvera au compte rendu la relation de ce fait intéressant.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND.

Chute de l'utérus et cystocèle; raccourcissement des ligaments ronds et élytrorrhaphie.

La malade chez laquelle je vais pratiquer tout à l'heure l'opération d'Alexander est une femme de trente-deux ans, assez alerte, qui a toujours été bien portante, bien que dans son enfance elle ait eu des engorgements ganglionnaires, des écoulements par les oreilles, des blépharites fréquentes; elle aurait été atteinte, il y a sept ans, d'un rhumatisme articulaire aigu. Mais tout cela n'a aucun rapport avec l'affection des organes génitaux pour laquelle elle est entrée à l'hôpital.

En 1878, elle a commencé pour la première fois à souffrir de la vulve. A cette époque, elle n'avait pas encore eu d'enfant. Elle sentait alors une petite tumeur tendant à faire saillie entre les grandes lèvres. M. Delens, qu'elle consulta à l'hôpital Saint-Antoine, reconnut l'existence d'une cystocèle et lui conseilla de porter un pessaire. Cette femme m'aurait aussi consulté, à ce qu'il paraît, — j'avoue que je ne m'en souviens pas — et je l'aurais également engagée à porter un pessaire. Malgré l'emploi de son pessaire elle a conservé sa saillie vulvaire jusqu'au mois d'avril où elle est accouchée. L'accouchement se fit sans aucun incident, les suites de couches furent régulières et bonnes ; la malade se leva au bout de vingt jours. Elle reprit alors son pessaire, mais cette fois elle ne put plus le supporter, en raison des douleurs auxquelles il donna lieu. C'est dans ces conditions qu'elle est entrée ici. Le diagnostic est des plus faciles, il s'agit d'une chute de l'utérus avec cystocèle.

En effet, lorsque cette femme est couchée dans l'attitude du spéculum et qu'on lui fait faire quelques efforts, on voit une tumeur ovoïde qui commence à apparaître entre les grandes lèvres et qui n'est autre tout d'abord que la paroi antérieure du vagin faisant hernie, puis, l'effort continuant, on voit le col utérin apparaître à son tour au ras de la vulve. Enfin, lorsque la malade est debout, les mêmes organes font saillie au dehors, sans qu'il lui soit nécessaire de faire le moindre effort; de là, une gêne de tous les instants et des douleurs plus ou moins vives.

Une sonde, introduite par le méat urinaire dans la cavité vésicale, permet de reconnaître que la paroi de la cystocèle est mince. D'autre part, si l'utérus, amené à ras de la vulve, est cathétérisé à son tour avec l'hystéromètre, nous reconnaissons que l'organe utérin a conservé sa longueur nor-

male, sans aucun allongement. C'est là un fait très important à constater. Quant à la paroi postérieure du vagin, elle est restée parfaitement saine et ne fait aucune saillie au dehors. Enfin, les annexes de l'utérus ne présentent rien d'anomal, l'utérus est facile à réduire, il est mobile et cette mobilité même nous prouve qu'il n'existe aucune adhérence, suite d'inflammation pelvienne.

Chez cette femme, la cystocèle paraît avoir été la lésion primitive, le point de départ des accidents morbides. Elle s'accompagne d'une chute simple de l'utérus sans allongement.

Dans ces conditions, que devons-nous faire à cette malade ? car elle souffre vivement de tiraillements dans les lombes, de douleurs le long des cuisses, elle souffre en urinant et urine souvent, elle a de la cystite, des douleurs dans le ventre, enfin elle ne peut plus marcher, elle est véritablement infirme.

Or, il y a bien longtemps que la thérapeutique de ces affections a appelé l'attention des chirurgiens. Aristote raconte que l'utérus étant considéré comme ayant horreur des mauvaises odeurs, on plaçait au-devant de lui quelque substance douée d'une senteur désagréable, convaincu de le voir rentrer tout seul pour échapper à ces odeurs importunes.

Chez certaines peuplades aussi, la femme couchée dans un hamac était placée dans la position génu-pectorale et balancée ainsi pendant huit jours consécutifs avec une décoction d'écorce de chêne dans le vagin.

Mais je passe pour en arriver à Ambroise Paré qui inventa le pessaire et qui a apporté un soulagement considérable au prolapsus utérin. Depuis cette époque, les diverses formes et modifications que les pessaires ont subies sont innombrables, ce qui se comprend en raison des conditions variables où ils peuvent être appliqués. Chez notre malade d'aujourd'hui, ils lui ont été très utiles pendant un certain temps, mais actuellement ils ne sont plus supportables, ils l'écorchent, déterminent des écoulements leucorrhéiques, et ne maintiennent plus rien, de sorte qu'une intervention chirurgicale est devenue nécessaire.

Contre la cystocèle, nous avons l'élytrorrhaphie antérieure, c'est-à-dire la suppression d'une portion de la muqueuse. Quant à la réduction de l'utérus et à son maintien en place, la chirurgie est arrivée à un très grand degré de perfection.

Vous savez qu'il est très rare, voire même exceptionnel, que la chute de l'utérus ne s'accompagne d'aucune autre lésion ; presque toujours elle est compliquée de troubles du côté des organes du petit bassin. Ainsi entre le premier degré où l'on a affaire à une chute de l'utérus pure et simple, sans aucun allongement, et le degré le plus avancé où l'utérus peut aller jusqu'à mesurer 15 centimètres de longueur et se compliquer de toutes les lésions inhérentes à un pareil allongement hypertrophique : cystocèle, rectocèle énormes, éventration du périnée, relâchement et tiraillements des ligaments, entre ces deux termes extrêmes on trouve tous les intermédiaires possibles, et alors, au lieu d'avoir à traiter la chute seule de l'utérus, on a à se préoccuper de tous les éléments du problème, c'est-à-dire à traiter toutes les lésions, sous peine de n'obtenir aucune guérison : retrancher de l'utérus ce qui est en trop, traiter la cystocèle, la rectocèle, enfin chercher le moyen de maintenir l'utérus en place.

La chute de l'utérus n'est pas simplement une difformité, elle constitue une véritable maladie, qu'il faut traiter aussi sous peine de n'obtenir que de mauvais résultats.

Chez notre malade, nous avons deux opérations à pratiquer : celle qui concerne la cystocèle et celle qui regarde la chute de l'utérus.

Pendant longtemps on a cru pouvoir guérir l'utérus en s'adressant au vagin seulement ; mais on n'oubliait qu'une chose, c'est que le vagin n'est pas, à proprement parler, un moyen de soutien de l'utérus. Ses véritables soutiens — je ne dis pas les seuls, car les ligaments larges et les ligaments ronds ont aussi leur utilité — ce sont les ligaments utéro-sacrés. Mais comme, dans la lésion qui nous occupe, ces ligaments sont tiraillés et relâchés, plusieurs procédés opératoires ont été proposés. M. Le Fort, par exemple, a proposé de suturer la paroi vaginale antérieure à la paroi postérieure, il a ainsi obtenu d'excellents résultats. Mais dans certains cas, comme chez notre malade qui a trente-deux ans seulement, il est peu agréable de se voir cloisonner le vagin et par suite empêchée dans ses fonctions génitales. Aussi devons-nous chercher quelque procédé opératoire capable de nous donner également de bons résultats tout en conservant un vagin libre. L'opération d'Alexander nous permet d'y parvenir, elle consiste à raccourcir les ligaments ronds. Imaginée en réalité par Alquier (de Montpellier), en 1840, elle fut très mal accueillie par la presque unanimité des chirurgiens et par suite complètement délaissée jusqu'en 1881, époque à laquelle elle renaquit, pour ainsi dire, de ses cendres, et fut exécutée par Alexander (de Liverpool), d'où le nom qui lui a été donné.

Depuis l'année 1881, un certain nombre de travaux ont été publiés sur cette question, nous citerons notamment ceux de MM. Doléris et Ricard, de MM. Tissier et Hache, qui lui ont fait faire un progrès sérieux, ainsi que la thèse de M. Manrique. Cette dernière ne comporte pas moins de 124 observations. Citons aussi la thèse de M. Beurnier qui comporte d'importantes recherches anatomiques sur le ligament rond.

Le premier qui ait pratiqué l'opération d'Alexander en France est M. Duplay, puis sont venus MM. Bouilly et Pozzi.

Cette opération est-elle grave en soi ? Non, car sur les 124 observations rapportées dans la thèse de M. Manrique, nous ne trouvons qu'un décès, et les chirurgiens sont d'accord pour reconnaître son utilité, son peu de gravité et ses bons résultats opératoires. En est-il de même des résultats thérapeutiques ? Les premières opérations sont encore trop récentes pour affirmer que les résultats obtenus persisteront, qu'ils seront définitifs ; mais ce que nous pouvons dire, c'est que, jusqu'à présent, ils se sont maintenus. C'est aussi ce qui me décide à la pratiquer tout à l'heure chez ma malade. Je ne me dissimule pas qu'elle est en général assez difficile, c'est-à-dire en ce qui concerne la recherche du ligament rond. Ainsi M. Bouilly, malgré son habileté opératoire, n'a pu, dans un cas, en découvrir qu'un seul.

En résumé, chez ma malade, j'ai donc deux opérations à faire et il y a avantage à les faire toutes deux dans la même séance, en commençant par la cystocèle et en finissant par l'opération d'Alexander. Si les choses marchent bien, comme je l'espère, dans un mois environ notre malade pourra commencer à se lever ; pendant les premiers jours je lui ferai porter par précaution un pessaire, et, si alors aucun incident ne se produit, je pense qu'elle pourra rentrer chez elle dans six ou sept semaines.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Les formes frustes du goître exophthalmique.

(Leçon recueillie par M. le docteur BERBEZ, chef de clinique adjoint.)

Si, depuis une vingtaine d'années, les maladies nerveuses ont pu être connues d'une façon plus approfondie, c'est que les médecins qui se sont attachés à leur étude ont décrit des types qui sont facilement devenus des entités morbides. Citons comme exemples : l'ataxie, la paralysie infantile, la sclérose en plaques.

Quand on eut bien étudié les cas qui réalisaient le type complet, on s'occupa des formes atténuées, mais dans lesquelles la présence de certains symptômes capitaux permettait cependant d'affirmer le diagnostic de tabes, de sclérose latérale amyotrophique, etc.

L'absence des gros symptômes qui auraient paru nécessaires, autrefois, pour formuler un diagnostic, n'est plus un obstacle. Nous reconnaissons des tabes sans incoordination, sans douleurs fulgurantes, qui sont cependant bien des tabes. Aujourd'hui, je vous présente une femme qui ne présente pas réunis tous les symptômes classiques du goître exophthalmique, et chez laquelle je n'hésite cependant pas à formuler ce diagnostic.

Il s'agit d'une femme, dans l'âge moyen de la vie, qui a une hérédité nerveuse assez remarquable. Deux tantes paternelles ont eu des attaques convulsives vraisemblablement attribuables à l'épilepsie. Le père et la mère ont été frappés d'apoplexie et paralysés d'une moitié du corps. Je ne relève dans cette hérédité que les deux tantes épileptiques, car je ne peux raisonnablement faire rentrer dans la catégorie des affections nerveuses proprement dites les hémiplégies, qu'elles soient dues au ramollissement ou à l'hémorrhagie cérébrale.

Il s'agit, en effet, en pareil cas, d'une maladie vasculaire, imputable à tout autre chose qu'au système nerveux, et devant être rapportée aux affections constitutionnelles, à des lésions organiques plus ou moins définies.

Nous avons encore un champ suffisamment vaste, avec l'épilepsie, l'hystérie, l'hypochondrie, la neurasthénie, les névroses, en un mot, et les vésanies. C'est de ce côté que nous devons chercher pour établir l'hérédité des maladies appartenant à la catégorie dont dépend le goître exophthalmique.

Les deux tantes épileptiques constituent donc dans l'espèce un renseignement des plus importants.

Notre malade n'a pas de goître, elle n'a pas non plus d'exophthalmie. A la simple vue, cependant, on constate chez elle un état d'anxiété spéciale, et un tremblement très menu qui ne peut manquer d'attirer l'attention.

Ce tremblement se voit surtout quand on dit à la malade d'étendre les mains, ou bien quand on examine un membre dépouillé des vêtements.

L'histoire de ce tremblement, qui constitue, aujourd'hui, pour nous, un de nos éléments de diagnostic les plus sérieux est assez curieuse : un tremblement de cette nature est déjà signalé dans la première observation de goître exophthalmique, publiée en France. Cette observation, prise par moi, a été insérée dans un mémoire que j'ai fait en 1856, et dont j'ai eu l'occasion de vous parler quelquefois.

L'importance de ce phénomène demeurait encore lettre morte, il y a cinq ou six ans ; nous l'avions jusque-là considéré comme un épiphénomène, comme un épisode sans importance dans le cours de la maladie. M. Marie choisit le tremblement de la maladie de Basedow comme sujet de sa thèse inaugurale et en fit une étude des plus consciencieuses et des plus intéressantes avec graphiques à l'appui.

Il est possible, en effet, au moyen des appareils de Marey, de prendre un tracé exact de ce tremblement.

En même temps que ce dernier symptôme et l'anxiété, la malade présente une tachycardie des plus accusées. Cette tachycardie ne manque jamais : sans elle pas de maladie de Basedow. Si on prend le pouls, on peut compter de 120 à 140 pulsations à la minute.

Cette femme présente encore un autre symptôme dont je veux que vous connaissiez l'importance ; c'est un signe bien mis en lumière, par M. Vigouroux : je veux parler de la *faible résistance du sujet au passage du courant électrique.*

Il y a deux ans, notre malade a vu débuter l'affection par du tremblement à la suite de la violente émotion que lui a causée le malheur arrivé presque en même temps à son père et à sa mère, je veux parler de l'attaque d'apoplexie, dont l'un et l'autre ont été frappés.

Au bout de peu de temps est survenue la tachycardie, bientôt suivie du malaise spécial, de l'anxiété, signalés plus haut.

Au bout de quelques mois de traitement, on put constater un mieux considérable. Ce traitement avait consisté en électrisation faradique du cœur et galvanisation du grand sympathique, procédé découvert et appliqué avec succès par M. Vigouroux.

Malheureusement pour la malade, elle perdit son mari, il y a trois ou quatre mois, et sa maladie a fait un pas en arrière.

La tachycardie avait presque complètement disparu. Nous allons soumettre de nouveau la malade au traitement institué tout d'abord, et nous la représenterons à nos leçons quand il sera survenu, chez elle, un changement appréciable.

A propos des symptômes, dont l'importance est connue depuis peu de temps seulement, nous signalerons dans le goître exophthalmique des diarrhées particulières profuses qui résistent à tous les moyens thérapeutiques et qui obligent le malade, pendant plusieurs jours, à aller à la selle sept ou huit fois par jour. Notre malade, du reste, ne présente pas ce symptôme.

Rappelons avec quelle clarté apparaît la parenté étroite du goître exophthalmique et des névroses dont nous faisions l'énumération, il n'y a qu'un instant. Malgré les dénégations des malades, on doit retrouver la tare nerveuse, cause de tout le mal.

Récemment un agrégé de la Faculté amenait chez moi un malade, ancien commandant, dont la maladie ne paraissait pas d'un diagnostic facile.

Le commandant avait donné sa démission pour se mettre à la tête d'une maison importante et se trouvait écrasé de responsabilités. Dans cette nouvelle situation, il éprouva bientôt des étouffements bizarres et un tremblement général, sans goître et sans exophthalmie. J'eus l'idée d'ausculter son cœur et je découvris une tachycardie des plus manifestes : 120 à 140 pulsations.

Mon diagnostic de goître exophthalmique fruste me parut beaucoup plus solide encore, quand le malade m'eut dit dans la conversation qu'il était frère d'une certaine Mme X..., que je soignais pour une maladie de Basedow à type com-

plet. Je n'eus pas de peine à convaincre mon confrère.

Je vous présente maintenant un autre malade qui n'a pas de gros yeux, mais qui a, lui, comme vous pouvez tous le voir, un goître et du tremblement. Cet homme est malade depuis 1879.

A cette époque, il a éprouvé une violente émotion : il a perdu sa femme et s'est montré très ému de cette perte. Il a commencé à trembler. Presque en même temps, il a remarqué qu'il lui venait au cou une petite grosseur qui crût rapidement et constitua bientôt un goître pour lequel il alla consulter un médecin qui lui fit des injections intra-parenchymateuses d'iode.

Depuis, il est survenu des étouffements, un état d'oppression très pénible, mais cela sans battements de cœur. En somme, il s'agit d'un cas assez atténué de la maladie de Basedow; on peut dire, tout au moins, que la marche du mal n'est pas trop rapide.

Si vous interrogez le malade, vous l'entendrez se plaindre de maux de tête en forme de poids, de casque qui étreignent la région occipitale; on ne doit pas mettre sur le compte de la maladie de Basedow ces sensations-là, non plus que quelques vertiges, bouffées de chaleur au visage qui viennent après les repas. Il s'agit ici d'une neurasthénie avec phénomènes gastriques plus ou moins accusés, qui est venue brocher sur la maladie dont cet homme est atteint.

Il a de la tendance à tout rapporter à l'estomac, revenant sans s'en douter à la théorie de van Helmont, théorie qu'il nous est impossible d'admettre complètement.

La coexistence de la neurasthénie et du goître exophthalmique n'a rien qui doive nous surprendre; nous pourrions voir également la coexistence de cette dernière affection et de l'hystérie, le fait est assez commun.

Toutes ces constatations doivent vous prouver, qu'entre toutes les névroses et le goître exophthalmique, il existe des connexités, des liens de parenté étroits, qui, fort heureusement pour les nosographes, ne produisent pas d'hybrides, mais provoquent les associations des symptômes les plus confus en apparence. Au clinicien à faire le départ de chaque affection et à n'attribuer à chacune d'entre elles que ce qui lui appartient en propre.

CLINIQUE DES QUINZE-VINGTS. — M. A. TROUSSEAU.

Traitement des affections des voies lacrymales.

(Leçon recueillie par M. le docteur H. LE ROY DE LANGEVINIÈRE, aide de clinique du service.)

I

J'ai à m'occuper, aujourd'hui, d'un important chapitre de thérapeutique oculaire. Vous savez tous combien est grande la fréquence des affections lacrymales et combien est direct leur retentissement sur les organes voisins.

L'année dernière, aux Quinze-Vingts, 255 opérations ont été pratiquées sur les voies lacrymales, et dans le nombre n'est pas comprise la menue pratique journalière. Je me bornerai ici à esquisser rapidement les inconvénients du larmoiement.

Combien de blépharites, de conjonctivites, de phénomènes asthénopiques ne tiennent qu'à un trouble lacrymal et ne guérissent que grâce à un moyen thérapeutique en rapport avec leur cause!

J'ajouterai que les maladies de l'appareil lacrymal tiennent sous leur dépendance des affections plus graves encore : les ulcères infectieux de la cornée, par exemple, et qu'elles rendent dangereuse toute opération portant sur le globe oculaire; c'est ainsi qu'elles favorisent la suppuration du lambeau cornéen, après l'opération de la cataracte.

J'ai voulu, en quelques mots, vous rappeler l'importance des affections des voies lacrymales; maintenant je passe à leur traitement. Remarquez que je dis traitement des affections lacrymales et non traitement du larmoiement. Celui-ci n'est qu'un symptôme commun à un certain nombre d'entre elles; d'ailleurs, il n'est pas fatalement lié aux affections qui nous occupent, ce qui me permet d'établir deux grands principes dont vous reconnaîtrez l'importance :

1° Tout œil qui pleure n'est point par cela même atteint d'affection des voies lacrymales;

2° Certains yeux ne pleurent pas et en sont atteints.

Tous les jours, ne voyons-nous pas des yeux qui larmoient sous l'influence d'un simple grain de poussière, d'une conjonctivite, d'une kératite, d'une migraine, sans parler d'autres larmoiements réflexes (nervosisme, etc.), d'où la nécessité de ne jamais sonder un malade sans avoir écarté de prime-abord toutes ces causes d'erreur.

D'autres fois, les voies lacrymales seront intéressées sans que le larmoiement s'impose à l'observateur.

Tantôt ce sera un malade ayant tous les symptômes de l'asthénopie, vous essayerez les verres correcteurs et n'obtiendrez aucune amélioration.

Tantôt ce sera une conjonctivite, une blépharite sur laquelle vous épuiserez tout l'arsenal thérapeutique des lotions, des collyres et des pommades, jusqu'à ce que vous-mêmes, ou un confrère plus heureux, ayez songé aux voies lacrymales.

Je ne multiplierai pas ces exemples, je voulais seulement vous faire comprendre l'importance d'un examen minutieux : là, en effet, est le secret de la réussite dans la plupart des cas.

Comment reconnaîtrez-vous ces formes frustes? A l'aspect légèrement humide de l'œil, à l'irritation de la conjonctive et de la paupière inférieures, dans le grand angle de l'œil et dans le cul-de-sac inférieur. Mais c'est avant tout un diagnostic par exclusion à faire, si rien dans la réfraction de l'œil ou dans l'état de ses membranes ne justifie les symptômes accusés.

En nous plaçant au point de vue thérapeutique, nous pouvons dire, dès maintenant, qu'il existe rarement de l'obstruction vraie des voies lacrymales (sauf tumeurs ou lésions osseuses), mais il y a rétrécissement muqueux par gonflement hyperhémique de la muqueuse qui tapisse les parois. Puisqu'il n'y a pas d'obstruction, les indications du cathétérisme ne seront pas toujours formelles et varieront suivant la cause de la maladie lacrymale.

Les voies lacrymales sont composées, vous le savez, des points, des canalicules, du sac et du canal nasal; toutes ces parties peuvent être altérées, d'où origines diverses du larmoiement.

Le traitement devra donc être institué d'après ces origines et étudié d'après l'ordre anatomique :

A. Points lacrymaux;
B. Canalicules et leur orifice interne;
C. Sac lacrymal;
D. Canal nasal et son orifice inférieur.

Il faudra donc toujours commencer par explorer les

points ; s'ils sont sains, examiner successivement les canalicules, le sac, le canal nasal et son orifice inférieur ; localiser, par exclusion, le siège et le point de départ de la maladie.

Rappelez-vous toujours que les voies lacrymales se continuent en haut avec la conjonctive, en bas avec la muqueuse nasale, d'où ce principe de pathologie locale :

1° Toutes les affections de la conjonctive retentissent surtout sur les voies lacrymales supérieures, c'est-à-dire sur les points et les canalicules ;

2° Toutes les affections du nez, surtout sur les voies lacrymales inférieures, sur le sac et le canal nasal.

D'où, aussi, la nécessité de traiter, en même temps que la muqueuse lacrymale, les deux muqueuses voisines.

A. Points lacrymaux. — Les larmes ne peuvent pénétrer dans les points lacrymaux en cas :

1° D'anomalies ;
2° De défaut de perméabilité ;
3° De déviation de ces points.

1° *Anomalies des points.* — En cas d'*obstruction congénitale*, on rétablira l'ouverture avec le petit stylet conique, introduit d'après les règles tracées plus loin. S'il y a un point lacrymal surnuméraire, les larmes entrant par un point ressortent par l'autre. En réunissant les deux points par une incision on corrigera cet inconvénient.

2° *Défaut de perméabilité des points.* — Il s'observe à la suite des conjonctivites, blépharites, brûlures, traumatismes, ou d'un développement exagéré de la caroncule lacrymale (cause peu connue).

On traitera les blépharites ou conjonctivites, on excisera la caroncule s'il y a lieu, mais on devra surtout rétablir la perméabilité des points lacrymaux.

A cet effet, vous pourrez vous servir soit du stylet conique, surtout si le point est déjà entr'ouvert, soit d'un stylet spécial que j'ai fait faire et appelé *dilatateur lacrymal à manche.* Il est plus commode dans les cas d'oblitération complète, car il est muni d'un manche à une pointe fine et légèrement recourbée, ce qui facilite la recherche du point et l'introduction de l'outil.

Pour trouver un point lacrymal, il faut ectropionner légèrement les paupières et rechercher une petite saillie dont on constate surtout l'emplacement, en comparant les deux yeux et la distance qui sépare les points normaux des angles internes.

L'éclairage oblique facilite cette recherche, en révélant, sur le bord palpébral, l'existence d'un léger reflet qui indique l'entrée du point.

L'introduction du stylet suffit pour guérir un grand nombre de larmoiements qui tiennent à un défaut de perméabilité du point, elle peut être répétée plusieurs fois.

Voici comment on pratique cette petite opération : de la main gauche, on exerce, sur la partie interne de la paupière inférieure, une traction légère en bas et en dehors, de telle sorte que l'orifice du point lacrymal se présente naturellement. La main droite armée du stylet en dirige la pointe d'abord verticalement pour pénétrer dans le point, puis horizontalement suivant le trajet du canalicule.

3° *Déviation des points.* — On comprend que, lorsque le point est dévié comme dans l'entropion, l'ectropion, le relâchement ou le rétrécissement des paupières, le lagophthalmos paralytique, les larmes ne peuvent pénétrer dans leurs canaux conducteurs.

Ici, il ne saurait être question de cathétérisme, puisqu'il n'y a pas d'obstacle.

Au point de vue du traitement, deux cas peuvent se présenter.

a. S'il y a éversion sans altérations palpébrales notables, on reportera l'orifice en arrière, c'est-à-dire dans sa situation normale ; on incisera le point avec un couteau de Weber en dirigeant le tranchant vers le globe en dedans et un peu en bas, de façon à faire une gouttière apte à recevoir les larmes.

Critchett à ajouté a ce procédé la résection de la lèvre postérieure de la gouttière, ce qui la rend plus large, définitive, et crée une légère rétraction en dedans.

Enfin, on peut réséquer une partie de la muqueuse conjonctivale et suturer la plaie, ou bien passer des fils dans le bord de la paupière, puis dans le cul-de-sac, de façon à faire basculer en arrière la partie déviée.

b. S'il se présente une éversion avec altérations palpébrales graves, on agira sur les paupières par des opérations appropriées décrites dans tous nos livres (entropion, ectropion, etc.).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mars 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend une lettre de candidature de M. le docteur Ledouble (de Tours), au titre de correspondant national.

COMMUNICATIONS

Morsures de vipères. — M. **FREDET** (de Clermont) a observé un nombre assez considérable de cas de morsures de vipères ; trois de ses malades ont succombé. L'analyse de ses observations lui permet de formuler les conclusions suivantes :

1° La morsure de la vipère, en France, est une cause de mort plus fréquente qu'on ne le croit ; elle est des plus dangereuses pour les enfants.

2° La gravité de la morsure dépend du siège, ou mieux de l'importance des vaisseaux atteints, de l'âge du blessé, de la quantité du venin injecté.

3° Quand la morsure n'est pas mortelle, elle peut causer des accidents généraux d'une gravité variable et compromettre la santé pour un temps plus ou moins long.

4° Le traitement de la morsure doit être immédiat et les premiers soins, tels que succion, ligature du membre, cautérisation, devraient être vulgarisés.

Rage humaine. — M. **DUJARDIN-BEAUMETZ** résume le rapport qu'il a adressé dernièrement au préfet de police sur les cas de rage humaine observés en 1888, dans le département de la Seine.

Il ne suffit pas, dit-il, d'avoir trouvé une méthode qui abaisse la mortalité chez les individus mordus par un chien enragé, il faut surtout s'adresser à la cause première de ces accidents, c'est-à-dire aux animaux enragés eux-mêmes. Le nombre de ces derniers va toujours croissant : en six ans (de 1883 à 1888) le nombre des animaux enragés, constatés dans le département, s'est élevé de 182 à 863, et encore ce chiffre est-il loin de présenter la réalité des faits, car il succombe un grand nombre de chiens enragés qui ne sont pas signalés.

L'année dernière, le préfet de police prit, le 8 juin, un arrêté interdisant pendant six semaines la circulation des chiens, à moins qu'ils ne fussent tenus en laisse ; cet arrêté cessa d'être

mis en vigueur le 15 juillet, mais les effets en furent des plus favorables.

M. Dujardin-Beaumetz formule, donc, la proposition suivante :

« L'Académie émet le vœu que le gouvernement applique avec rigueur toutes les mesures propres à diminuer le nombre des chiens errants, et en particulier celles que lui confère la loi du 21 juillet 1881. »

M. NOCARD, en appuyant la proposition de M. Dujardin-Beaumetz, fait observer que le département de la Seine n'a pas seul le triste apanage de cet accroissement incessant de la rage. Partout en France, le même fait se produit sous l'influence de la même cause : le mépris des prescriptions de la loi sur la police sanitaire des animaux domestiques.

En 1887, 2567 chiens ou chats ont été reconnus enragés et ce chiffre est beaucoup au-dessous de la réalité. Les vétérinaires estiment qu'il doit être majoré d'au moins 50 p. 100. Or, pendant le même temps, on en a compté 427 dans tout l'empire allemand.

La police de la rage repose sur trois principes :

1° La déclaration qui est la clef de voûte, car seule elle permet de rechercher les animaux qui ont subi des morsures et de les faire abattre avant qu'ils soient devenus enragés, c'est-à-dire avant qu'ils soient dangereux. Or, on sait combien on éprouve de difficultés à obtenir des propriétaires de chiens la déclaration que leurs animaux ont été mordus.

2° L'abattage immédiat de tous les chiens mordus par un chien enragé est imposé par la loi ; mais cette loi est malheureusement fort mal appliquée. Bien rares, en effet, sont les chiens enragés que l'on abat avant qu'ils aient mordu. On sait qu'il n'est peut-être pas un seul propriétaire de chien qui, de lui-même, fasse abattre son chien mordu ; il espère toujours qu'il sera parmi les 50 p. 100 qui échappent à la rage.

D'autre part, il faut bien le reconnaître, les agents de l'autorité, la gendarmerie exceptée, qui fait toujours son devoir, mettent une coupable négligence à faire exécuter la loi. Il n'est pas jusqu'aux tribunaux qui ne contribuent à augmenter les difficultés d'application de la loi sanitaire.

3° La loi prescrit d'abattre tout chien qui ne porte pas l'adresse de son maître. Rien de plus légitime que cette mesure, car c'est parmi cette population errante, sans maître et sans domicile, que la rage se recrute le plus aisément.

Rien aussi de plus efficace. En 1878, il y eut à Paris, pendant les trois premiers trimestres, 141, 175 et 133 chiens enragés ; il n'y en eut plus que 53 dans le quatrième trimestre. C'est que, pendant les seuls mois de juillet et d'août, on avait saisi et sacrifié plus de 4000 chiens errants. Cette intervention énergique de la police avait été provoquée par une campagne de la presse et un rapport de M. Leblanc.

Résultat : le nombre des cas de rage descendit rapidement à un chiffre minimum inconnu jusque-là, et que, hélas ! nous n'avons plus revu.

L'histoire de la rage à Paris montre que le nombre des chiens errants est toujours en rapport avec celui des personnes mordues, et M. Nocard est persuadé que, si on comparait le nombre des chiens abattus avec celui des personnes soignées à l'Institut Pasteur, on obtiendrait un rapport exactement inverse.

Ce serait une raison de plus de regretter que l'ordonnance n'ait pas été maintenue, malgré l'avis du Comité d'hygiène publique de France, du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, du Comité consultatif des épizooties !

C'est ainsi que la rage, qui a disparu de la Suisse, du grand-duché de Bade, du Wurtemberg, qui n'est plus qu'un accident pour la plupart des capitales étrangères, trouve dans Paris un foyer d'élection unique au monde.

Ce déplorable état de choses se retrouve partout en France, grâce à l'indifférence des autorités. Pour les arracher à leur inertie, il faut un accident retentissant ; alors, sous la pression de l'opinion publique, l'administration fait preuve d'énergie et applique la loi, mais ce zèle se ralentit bientôt, et, après une diminution notable des cas de rage, tout revient à la normale.

Rien ne serait plus facile que de supprimer la rage, si on le voulait ; il suffirait d'appliquer la loi.

C'est ce qui a été fait, en 1884 et 1885, dans le Var, où la rage avait pris une extension considérable. Le résultat ne se fit pas attendre : en 1886, il n'y eut plus que 96 chiens enragés dans le département ; en 1887, il n'y en avait que 4, venus probablement des départements voisins.

Dans le Loiret, il y avait 20 cas de rage pour le premier semestre 1887 ; on fit exécuter la loi. Résultat : en août, 3 nouveaux cas ; puis, jusqu'à la fin de l'année, 1 seul cas, en décembre.

Dans ces conditions, M. Nocard se rallie à la proposition de M. Dujardin-Beaumetz.

M. LABORDE pense qu'il ne suffit pas d'appliquer la loi ; il y aurait lieu d'imiter ce qui se fait en Allemagne, c'est-à-dire d'exiger que tous les chiens portent une médaille. La laisse, la muselière ne suffisent pas, parce qu'elles ne sont appliquées qu'en présence des agents.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, par ce fait qu'il demande l'application de la loi, exige le port de la médaille, ce qui donne satisfaction à M. Laborde.

La proposition de M. Dujardin-Beaumetz est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

DISCUSSION SUR LE TÉTANOS

M. VERNEUIL continue la lecture de son mémoire sur le tétanos.

PRÉSENTATION DE MALADE

Ablation totale de l'humérus pour une ostéomyélite. — **M. POLAILLON** présente un malade auquel il a pratiqué l'ablation totale de l'humérus.

Ce malade avait reçu, en 1870, un coup de feu à l'humérus qui détermina une ostéomyélite partielle, laquelle, au bout d'un an, ne donna plus lieu à aucun trouble morbide. Pendant dix-sept ans, l'affection resta à l'état latent. Après ce long repos, l'ostéomyélite reparut tout à coup, se généralisa dans toute la longueur de l'os et produisit pendant douze années des poussées inflammatoires intermittentes qui finirent par nécessiter l'ablation de l'os.

L'opéré, grâce à des appareils prothétiques, a conservé tous les mouvements de l'avant-bras et de la main.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Féréol, sur les titres des candidats aux places de correspondants nationaux.

Les candidats sont classés dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Duclos (de Tours) ; en deuxième ligne, M. Fabre (de Commentry) ; en troisième ligne, M. Henrot (de Reims) ; en quatrième ligne *ex æquo*, MM. Bottentuit (de Plombières) ; Niepce (d'Allevard) ; Villard (de Marseille).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 mars 1889, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les docteurs Alquier, aide-médecin, et Le Clerc, médecin auxiliaire.

— Par décret, en date du 18 mars 1889, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Puybarret, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret, en date du 18 mars 1889, ont été nommés dans le cadre de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Gros-Perrin, Carles, Perret, Ganzinotty, Miquel-Dalton, Jourdin, Jacques, Manzac, Mongin, Melon, Boy, Rebory, Devillebichot et Leriche.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 mars 1889, MM. les docteurs J. Bertillon et Chervin sont nommés membres du Conseil supérieur de statistique.

— *Concours d'agrégation (chirurgie).* — Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.

Séance du lundi 18 mars : MM. Tuffier, Ricard et Picqué : « Du genu valgum. »

Séance du mardi 19 : MM. Routier, Verchère et Phocas : « Fractures de la rotule. »

— M. le docteur Ch. Bourdillon est nommé médecin de l'Exposition universelle.

— L'hôpital Broussais, qui ne comprenait, jusqu'ici, que des services temporaires, a reçu, depuis le 1er janvier dernier, une organisation définitive, et l'administration de l'Assistance publique a décidé qu'il serait ouvert, dans cet hôpital, une consultation externe, mais sans délivrance de médicaments.

Cette consultation, qui aura lieu tous les jours, sera faite alternativement par les deux médecins et par le chirurgien de l'établissement.

Toutefois, l'hôpital Broussais devant continuer à recevoir ses malades du Bureau central, aucune admission ne pourra être prononcée à la suite de ces consultations.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Denucé, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Bordeaux, et Pique (de Galan).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la présentation du front.

Par M. E. BONNAIRE, chef de clinique de la Faculté.

I

Lorsque le fœtus se présente par son extrémité céphalique, dans les cas réguliers on voit cette extrémité obéir aux lois de l'accommodation et se maintenir en présentation du sommet ou de la face, selon qu'elle affecte une attitude de flexion ou de déflexion. Dans le premier cas, c'est la région occipito-pariétale, dans le second, c'est la face qui occupe l'aire du bassin.

Mais il peut arriver qu'une portion de l'ovoïde céphalique, intermédiaire aux deux précédentes, réponde au centre du détroit supérieur ou de l'excavation. Il existe alors une présentation du front.

Cette attitude anomale de la tête fœtale peut n'être que très fugace : elle n'apporte pas, en ces cas, au mécanisme de l'accouchement, de modifications dignes de fixer l'attention. Mais il se peut que la présentation se maintienne assez longtemps pour imprimer des caractères spéciaux au mode d'expulsion du fœtus. Ce sont ces faits que nous avons surtout en vue dans notre étude.

Mentionnée nettement pour la première fois par Mauriceau (1), qui l'observa deux fois chez la même femme; classée par Baudelocque au nombre des 94 présentations fœtales admises par lui après Solayrès, cette variété de présentation céphalique a été véritablement étudiée, en premier, par Mme Lachapelle (2). Tout en mettant en relief les particularités de l'étiologie, du diagnostic et du traitement, destinées à bien différencier les inclinaisons frontales des présentations du sommet et de la face, cet auteur, dans sa judicieuse réforme de la classification de Baudelocque, les rattache, à titre de simple variété, à la présentation de la face.

(1) MAURICEAU. *Observations sur la grossesse, etc.*, Obs. DXXIX, p. 49, Paris, 1728.

(2) Mme LACHAPELLE. *Pratique des accouchements*, t. I, IIIe mémoire, p. 370.

Sans vouloir faire ici l'historique détaillé de la question, nous rappellerons que, jusqu'à ces dix dernières années, c'est principalement en Allemagne qu'on s'en est occupé sans ajouter, d'ailleurs, beaucoup à ce qu'avait écrit Mme Lachapelle. En 1880, Mangiagalli (1) a fait connaître les lois précises du mécanisme de l'accouchement. Depuis, cette étude a pris un nouvel essor en Italie, d'abord, avec les travaux de Chiarleoni (2), Negri (3), Belluzzi (4), Marchionneschi (5), pour ne citer que quelques noms ; plus récemment encore, en France, avec les travaux de MM. Devars (6), Blanc (7), Cazals (8), Auvard (9), etc. Il est équitable de citer, au premier rang des auteurs modernes, un professeur d'Helsingfors, Heinricius, qui, dans deux mémoires publiés, l'un en suédois, en 1883, l'autre en français, en 1886 (10), a fait un exposé très complet de ce point de la science, étayé par de très riches statistiques.

Nous ne voulons pas rejeter la dénomination de présentation du front, assurément commode pour la concision du langage, mais nous pensons que la proposition, faite par les auteurs modernes, de placer cette présentation sur le même rang que les cinq grandes présentations seules admises jusqu'ici, n'est pas suffisamment justifiée. Nous ne faisons, en cela, que reproduire l'opinion émise par M. Tarnier dans ses leçons cliniques. Tandis que les présentations admises d'ancienne date ont pour caractéristique d'offrir une régularité presque immuable, dans la succession des temps du mécanisme de l'accouchement, la présentation du front déroge à cette loi; elle évolue de facon si variable qu'il est absolument impossible, lorsque l'on constate l'existence d'une présentation du front, dès le début du travail, de préjuger quelle est la région céphalique qui doit apparaître la première au dehors des parties génitales.

Lorsque le front vient occuper le centre de l'aire du

(1) MANGIAGALLI. *Ann. di Obstetr.*, 1880, nos 11 et 12, p. 641-704.

(2) CHIARLEONI. *Idem*, 1881, no 1, p. 1.

(3) NEGRI. *Idem*, 1882, no 1, p. 1.

(4) BELLUZZI. *Mem. Acad. di Bologna*, 1884, t. VI.

(5) MARCHIONNESCHI. *Ann. univ. di Med.*, aprile 1885.

(6) DEVARS. *Étude clinique et expérimentale sur les présentations du front*, Thèse de Lyon, 1885.

(7) BLANC. *Nouvelles Archives d'obstétrique*, 1886.

(8) CAZALS. Thèse de Paris, 1888.

(9) AUVARD. *Travaux d'obstétrique*, t. III, p. 172.

(10) HEINRICIUS. *Nouvelles Archives d'obstétrique*, 1886.

bassin, la tête n'est ni fléchie, ni défléchie; elle est en attitude indifférente, en équilibre instable, selon l'expression de M. Tarnier. Théoriquement, cette attitude permet donc d'en faire, à titre égal, une variété appartenant à la présentation du sommet ou à celle de la face : c'est à cette dernière toutefois qu'on a coutume de la rattacher. Comme le disait Gardien (1), il ne s'agit là que « d'une seule position : l'une est le premier degré, l'autre est le dernier; elles ne diffèrent que du plus au moins ».

Comme les inclinaisons pariétales du sommet, l'inclinaison frontale est transitoire ou permanente, selon qu'elle se réduit, tôt ou tard, en présentation franche du sommet ou de la face, ou selon que l'engagement se complète et que le dégagement de la tête s'opère, le front venant le premier. A un autre point de vue, elle est primitive ou secondaire, suivant que la région frontale arrive d'emblée au détroit supérieur, ou qu'elle n'y est amenée que par la déviation d'une autre présentation préexistante.

II

Fréquence. — La fréquence prépondérante des inclinaisons secondaires et surtout des inclinaisons transitoires rend impossible à établir une statistique précise des présentations frontales. Souvent, en effet, il arrive, par exemple quand la présentation du sommet se transforme en celle de la face, que le front ne fait que passer au détroit supérieur sans y séjourner. Pendant un court instant, il y a présentation du front, mais le moment précis où elle existe peut être assez fugace pour échapper aux investigations de l'accoucheur. Aussi les auteurs qui ont tenté de fixer, par des chiffres, la fréquence de la variété frontale, se sont-ils tantôt contentés, Hecker (2) entre autres, de ne relever que les présentations persistantes; tantôt, pour arriver à des résultats plus complets, mais avec des limites moins nettes, ont-ils eu recours, comme Heinricius, à une sélection arbitraire établie parmi les présentations transitoires, de façon à tenir compte de tous les cas où la marche régulière de l'accouchement s'est trouvée momentanément ou définitivement entravée du fait de l'attitude anomale de la tête. Ce dernier auteur a pu colliger la presque totalité des observations publiées jusqu'à ce jour. Il a ainsi réuni un total de 231 faits, dont 157 se rapportent à des présentations persistantes et 74 à des variétés transitoires, réduites en présentations franches spontanément ou par le secours de l'art.

A ne compter que les accouchements par le front, proprement dits, on peut établir comme indiquant une fréquence moyenne, d'après les statistiques de Spaeth (3), Hildebrandt (4), Stadtfeldt (5), Hecker (6), Hugenberger, Kleinwæchter (7), Sænger, Lazarewitch et Heinricius, la proportion de 1/2257 accouchements; les extrêmes variant de 1/5000 (Kleinwæchter, Sænger, Lazarewitch), à 1/1025 (Hecker).

La variété frontale peut s'observer avec toutes les positions de la présentation de la face. Nous savons que, de celles-ci, les plus communes sont les mento-iliaques droites postérieures, et ensuite les mento-iliaques gauches antérieures. Il en est de même (Hecker, Blanc) pour la présentation du front. Les positions transversales sont cependant plus fréquentes dans cette dernière que dans les présentations franches de la face. Pour classer les positions du front, Blanc a proposé de substituer, comme point de repère, le nez au menton. La désignation des positions de la face établie, d'après l'orientation du menton par rapport à l'enceinte pelvienne, nous semble suffisamment claire pour rendre superflue l'adoption d'une dénomination nouvelle. Il n'est pas besoin de décrire des positions naso-iliaques droite et gauche; là où regarde le nez, regarde aussi le menton.

III

Étiologie. — La plupart des auteurs confondent, dans un même exposé, les causes de la présentation de la face et celles de la variété frontale, et admettent que les différences dans le degré de la déflexion ne dépendent d'habitude que de l'intensité d'action des causes mises en jeu. S'il est vrai que la présentation du front n'est le plus souvent autre chose qu'une présentation de la face arrêtée dans son évolution secondaire, il est cependant des cas où la tête vient le front le premier, parce que toute autre attitude lui est interdite. Aux causes communes des présentations de la face et du front, s'ajoutent donc des causes toutes spéciales à la présentation du front. Nous les rangerons de la façon suivante, d'après leur mode d'action :

A. *La tête n'est pas suffisamment sollicitée à se fléchir, soit avant, soit pendant le travail.* — Avant le travail, agissent dans ce sens : la multiparité qui, entraînant une perte de tonicité de la paroi utérine, ne permet pas une coarctation assez énergique de l'enveloppe musculaire à la surface de l'œuf pour immobiliser la tête au contact du thorax (Heinricius a compté 111 multipares, soit 60 p. 100, contre 81 primipares, soit 40 p. 100); l'excès de liquide amniotique, qui laisse aux articulations occipito-vertébrales tout leur jeu, insoumis à l'action du contact des parois de l'œuf. Pendant le travail, la disproportion qui peut exister entre le volume du fœtus et la capacité du bassin, soit par défaut du premier de ces éléments (poids moyen du fœtus, 2372 grammes, V. Hecker), soit par excès du second, a pour effet de diminuer le rôle que doivent jouer les parois du bassin dans le phénomène de l'accommodation, en amoindrissant les frottements de la tête sur ces parois. L'état de macération du fœtus rentre dans cet ordre de causes. Nous nous hâtons, toutefois, d'ajouter que les rapports inverses de volume et de capacité, entre la tête et le bassin, constituent une cause tout aussi puissante de présentation du front. Mais ici, comme nous le montrons plus loin, c'est l'angustie pelvienne absolue ou relative qui est la cause efficiente.

B. *La tête ne peut ni se fléchir, ni se défléchir complètement, par suite d'obstacles dépendant du fœtus ou de ses annexes.* — Les tumeurs et la brièveté du cou, le voisinage d'une seconde tête fœtale dans le cas de grossesse multiple, la procidence d'un ou de plusieurs membres formant attelles immobilisant la tête en attitude vicieuse, les circulaires du cordon, surtout lorsque la tige funiculaire bride la tête en passant en biais sur la face, peuvent s'opposer à ce que l'extrémité céphalique prenne contact avec la paroi thoracique, soit par le menton, en état de déflexion, soit par l'occiput, en état de flexion. D'autres fois le contact du menton ou de

(1) Gardien. *Traité d'accouchements*, Paris 1807, t. II, p. 327.
(2) Hecker. *Beobacht. und Untersuch.*, München 1881, p. 24.
(3) Spaeth. *Œsterreich. Zeitschr. f. Prakt Heilk.*, Wien 1859.
(4) Hildebrandt. *Monatschr. f. Geburtsh*, XXV, Bd.. p. 209.
(5) Stadtfeldt. *Hospital Tidene*, 1860, nº 1.
(6) Hecker. Loc. cit.
(7) Kleinwæchter. *Grundriss der Geburtsh.*, Bonn 1884, p. 187.

l'occiput avec le thorax existe bien, mais le point d'appui thoracique se trouve anomalement élevé, comme dans le cas d'hydrothorax ou d'ascite.

C. *La tête ne peut ni se fléchir, ni se défléchir complètement, par suite d'obstacles dépendant de l'organisme maternel.* — Ces obstacles peuvent être d'ordre physiologique ou mécanique : d'ordre physiologique, lorsque ce sont des contractions partielles et irrégulières qui dévient et maintiennent mal dirigée l'extrémité céphalique ou qui, en serrant le cou d'une sorte d'hour-glass, laissent la tête suspendue, le front en bas, au-dessus du détroit supérieur (Elliott). Les obstacles sont d'ordre mécanique, lorsqu'il existe une tumeur dans l'épaisseur ou au voisinage du segment inférieur de l'utérus ; lorsque l'utérus, dévié en anté ou latéroversion, entraîne en direction vicieuse le grand axe de l'ovoïde fœtal ; l'extrémité céphalique, en ces cas, repose par son segment antérieur sur l'entrée du bassin. Dans cet ordre d'obstacles, doivent être classées, au premier rang, les viciations pelviennes : de toutes les causes de la présentation du front, elles constituent assurément les plus efficaces et les plus fréquentes. Pendant la grossesse elles agissent en empêchant la tête de se fixer sur les parois du bassin ; pendant le travail elles rompent l'équilibre des contrepressions qui, normalement, doivent s'exercer avec une égale intensité sur tout le pourtour de la tête fléchie, soit au détroit supérieur, soit dans l'excavation. Par les inégalités ou par l'asymétrie de la filière osseuse, elles jettent sur le passage des deux bras de léviers céphaliques fronto-vertébral et occipito-vertébral, des points d'arrêt auxquels l'un ou l'autre peuvent en quelque sorte s'accrocher. L'extrémité occipitale est-elle arrêtée en route, l'extrémité frontale, par un mouvement de bascule, descendra seule, et la tête passera de l'état de flexion à l'état de déflexion plus ou moins prononcée. Si, au contraire, alors que la tête est déjà défléchie, c'est l'extrémité frontale qui bute sur un des côtés du bassin, l'occiput obéira seul à l'impulsion de haut en bas et la tête tendra à se fléchir secondairement jusqu'à ce que l'occiput soit arrêté à son tour. L'existence d'un rétrécissement du bassin coïncidant avec une présentation du front est indiquée dans le quart des cas, et nous avons quelque tendance à croire que la fréquence en est encore plus grande. Cette opinion, d'ailleurs, ne nous est pas personnelle et nous la tenons de M. Budin. Ce ne sont pas, et le fait nous semble intéressant, les rétrécissements les plus prononcés et les plus aisément reconnaissables qui donnent lieu surtout à la présentation du front persistante. On s'explique d'autant mieux la prépondérance d'action des vices d'inclinaison ou de conformation du bassin, qu'on sait que ceux-ci s'accompagnent d'habitude de déviations utérines. Rien ne saurait mieux démontrer le rapport intime qui relie les présentations du front aux viciations pelviennes, que l'étude du mécanisme de l'accouchement dans les bassins aplatis. L'irrégularité apparente de la présentation céphalique, l'inclinaison frontale combinée d'habitude à une ou à deux inclinaisons asynclitiques successives devient, en ces cas, providentielle. D'ordinaire, il est vrai, elle n'est que transitoire, et elle cesse dès que la tête a franchi, par son diamètre bi-temporal, le diamètre promonto-pubien rétréci ; mais il peut arriver aussi qu'elle persiste jusqu'au dégagement de la tête.

D. *La tête présente une conformation anomale.* — Bien que l'influence de la dolichocéphalie primitive sur la déflexion de la tête ait peut-être été exagérée par quelques accoucheurs, notamment par Hecker, la majorité des auteurs s'accordent à lui attribuer un rôle important, spécialement pour ce qui est de la variété frontale. On conçoit aisément, en effet, qu'un excès de dimension du bras du levier occipito-vertébral prédispose à l'arrêt de l'occiput sur les côtés du bassin, et s'oppose ainsi à la flexion parfaite. L'hydrocéphalie, aux cas où la tête occupe le segment inférieur de l'utérus, constitue également une cause de présentation du front. La tête est déformée et augmentée de volume dans sa portion cranienne, et c'est d'habitude la portion frontale du crâne qui se trouve distendue au maximum : le front, en ce cas, forme une grosse saillie acuminée qui vient tout naturellement s'adapter à la façon d'une sorte de couvercle sur le détroit supérieur.

IV

Mécanisme de l'accouchement. — Dans la présentation du front, la tête se trouve, par rapport à la colonne vertébrale, en attitude directe. L'articulation occipitale la divise ainsi en deux bras de levier devenus égaux, dont l'un, antérieur, aboutit au menton et l'autre, postérieur, à la partie la plus saillante de l'occipital.

Le périmètre du globe céphalique qui entre en rapport avec le détroit supérieur passe par un point variable de la pyramide nasale d'un côté, et de l'autre sur la suture sagittale, non loin et en avant de la petite fontanelle. Le point culminant de la présentation répond à la suture inter-frontale et est situé à quelques millimètres en avant de l'angle antérieur de la grande fontanelle. Le menton et l'occiput se trouvant également éloignés de la paroi thoracique, l'extrémité céphalique peut osciller à tout instant soit dans la direction du front, soit dans celle de l'occiput, jusqu'à ce que cet état d'équilibre instable, s'il disparaît, ait fait place à une présentation franche du sommet ou de la face, ou bien, s'il persiste, jusqu'à ce que l'extrémité d'un seul ou des deux bras de levier soit venue se fixer dans le bassin. Dans le cas où les deux leviers basculent en sens inverse, le temps d'amoindrissement s'exécute par achèvement de la flexion ou de la déflexion ; si ce mouvement de bascule ne s'effectue pas, le pelotonnement par la substitution de diamètres plus petits aux diamètres plus grands fait nécessairement défaut. Mais il n'est pas à dire, pour cela, que cet amoindrissement de la partie fœtale soit nul dans la présentation persistante du front. Ce temps s'opère grâce aux déformations plastiques du crâne et de la face ; ces phénomènes se produisent au fur et à mesure des progrès de l'engagement et du dégagement de la tête fœtale. Ils ont même, à notre sens, une grosse importance, et nous pouvons dire de suite que s'ils résultent de l'évolution du deuxième temps, ils auront pour effet de rendre possible le quatrième temps de l'accouchement.

Engagement. — Avant l'engagement, le menton et l'occiput, qui répondent aux extrémités du plus grand diamètre antéro-postérieur de la tête, se trouvent arrêtés au détroit supérieur. Si ces deux extrémités tendaient à s'engager simultanément dans l'aire du bassin, ainsi que le pensait à tort Mme Lachapelle, l'engagement serait impossible, sauf le cas anomal où il y aurait disproportion favorable entre les dimensions de la tête et celles du bassin. En effet, le diamètre maximum ou sus-occipito-mentonnier d'un fœtus de volume moyen est de 13 centimètres et demi : et le

diamètre transverse du détroit supérieur, le plus grand, n'offre que 13 centimètres et demi, étendue qui doit être réduite à 12 centimètres, du fait de la présence des parties molles. Comment s'expliquer que des fœtus à tête volumineuse puissent franchir spontanément des bassins à calibre étroit, en présentation du front? Mangiagalli a donné la solution de ce problème par une démonstration géométrique. Il a montré comment, d'une part, la tête, en état de demi-déflexion, peut être assimilée à une masse dont la section antéro-postérieure représente un triangle. Ce triangle est scalène : le plus petit côté s'étend du menton au bregma et le plus grand, ou base, du menton à la saillie occipitale. C'est ce dernier côté, qui n'est autre que le diamètre occipito-mentonnier, qui doit offrir le maximum de résistance pour franchir l'excavation pelvienne. D'autre part, Mangiagalli considère le bassin comme un cylindre, et, par une figure schématique très simple, il fait voir le procédé qu'emploie le grand diamètre de la tête pour franchir le cylindre dont, cependant, l'ouverture offre des dimensions inférieures aux siennes.

Le sommet du triangle de Mangiagalli, répondant au bregma, doit, dans la présentation du front, occuper le centre de l'aire pelvienne. De ce fait que les deux côtés fronto-mentonnier et fronto-occipital sont d'inégale longueur, il résulte que la base occipito-mentonnière du triangle affronte, *non pas parallèlement* comme le croyait Mme Lachapelle, mais *de biais*, les diamètres du bassin. En d'autres termes, c'est la projection du diamètre occipito-mentonnier, plus courte que le diamètre même, qui se trouve dans le même plan que le détroit supérieur.

Que la tête se présentant par le front s'engage en positions M. A., M. T. ou M. P. droite ou gauche, toujours l'extrémité mentonnière du diamètre céphalique maximum pénétrera la première dans le bassin et occupera une situation déclive par rapport à l'extrémité occipitale. Ce ne sera donc que lorsque le menton sera déjà notablement descendre au-dessous de la ligne innominée, que l'occiput à son tour franchira le pourtour du détroit supérieur.

Si cette explication théorique nous donne la clef du mécanisme de l'engagement, aux cas où le volume de l'extrémité céphalique et les dimensions du bassin sont bien proportionnés, elle ne suffit pas à nous expliquer comment, alors que la tête est volumineuse et le bassin relativement étroit, les seules forces de la nature arrivent à expulser le fœtus. Les conditions suivant lesquelles sont exercés et utilisés dans ce but les efforts maternels, sont éminemment défectueuses : la colonne vertébrale du fœtus, qui sert de conducteur aux forces expultrices, répartit celles-ci aux deux extrémités des deux bras de levier céphaliques sensiblement égaux dont nous avons déjà parlé ; les forces qui aboutissent en ces points se trouvent en partie consommées par les frottements subis par la face et le vertex sur les parois résistantes du bassin, et ces frottements sont tels que, dans nulle autre présentation, sauf dans celle de l'épaule, ils n'atteignent un tel degré d'intensité. Mais — et nous insistons sur ce point dont l'importance pratique pour la présentation du front ne nous semble pas avoir été suffisamment mise en relief par les auteurs — en même temps qu'elles travaillent à pousser le fœtus, les forces s'emploient à modifier la forme de la tête. Celle-ci se déforme et subit un véritable laminage à l'intérieur du bassin. Le triangle scalène primitif se modifie : la voûte cranienne, éminemment réductible par suite de la mollesse des os et de la présence des sutures, devient, de sphérique qu'elle était, conoïde. Elle tend à prendre la forme d'un pain de sucre dont le sommet répond au bregma. De cet aplatissement résulte une élongation du côté fronto-occipital du triangle. En outre, bien que la face constitue un massif osseux irréductible, le côté fronto-mentonnier augmente lui-même d'étendue, d'une part, par aplatissement de la région coronale, d'autre part, par l'écartement des maxillaires et le refoulement du menton vers le sternum (Heinricius).

A mesure que s'accroissent les deux diamètres fronto-mentonnier et fronto-occipital, le plus grand côté du triangle de Mangiagalli diminue d'autant, par suite du refoulement vers les premières vertèbres dorsales et le sternum de la saillie occipitale et du menton. Ainsi se trouvent rompues, de par les déformations plastiques, les proportions qui existaient primitivement entre les trois diamètres céphaliques que nous envisageons. L'un d'eux surtout s'est accru, par suite de la réductibilité du crâne fœtal, c'est le diamètre occipito-frontal ; si on ajoute, à l'effet de l'aplatissement des os, celui de la bosse séro-sanguine qui vient se former sur le front de façon à rendre la saillie encore plus acuminée, bosse séro-sanguine qui se trouve dans les conditions les plus propices à son développement, par suite de la laxité du tissu cellulaire sus-épicranien frontal, et de l'énergie des contractions utérines, on comprend comment, des trois diamètres, le plus grand devient, par les progrès du travail, celui qui s'étend du front à l'occiput. Devars a pu mesurer, dans ces conditions, des diamètres occipito-frontaux de 13, 14 et même 15 centimètres.

Le déplacement des grandes dimensions de la tête est éminemment favorable à l'engagement ; en effet, la tige occipito-mentonnière, primitivement la plus grande, était soumise à de violents frottements sur les parois pelviennes, par ses extrémités, voisine qu'elle était du plan horizontal du bassin ; la tige occipito-frontale, au contraire, est devenue presque perpendiculaire à ce plan. Par conséquent, elle frotte beaucoup moins. Nous verrons plus loin que cette substitution est non moins favorable au dégagement de la présentation du front.

Avant que ces modifications plastiques aient pris naissance, c'est-à-dire avant que la tête se soit franchement et profondément engagée en présentation frontale, la connaissance des rapports des extrémités du diamètre occipito-mentonnier avec le détroit supérieur, nous est d'un grand secours pour comprendre le mécanisme de la transformation des variétés transitoires en présentations franches. Elle nous met en même temps en mesure de prévoir dans quel sens nous devons diriger nos efforts pour obtenir une mutation artificielle du front en sommet ou face.

A supposer qu'il n'existe pas d'obstacle insurmontable du côté du fœtus ou de la mère, tant que le menton n'a pas franchi la ligne innominée, la flexion ou la déflexion complètes peuvent également s'opérer. Lorsque le menton n'a que peu pénétré dans l'excavation, la tête étant mobile de bas en haut, les conditions restent les mêmes. Mais si la tête ne peut être soulevée, la déflexion seule est possible. Enfin, lorsque l'occiput lui-même est engagé, alors que la tête s'est moulée sur les parois du bassin, le plus souvent la transformation en face ne peut même pas s'effectuer. La forme, la capacité et les irrégularités du bassin, d'une part ; le volume et la consistance de la tête, la direction qu'affecte la résultante des forces expultrices d'autre part, tels sont

les éléments qui, suivant les cas, rendent facile ou impossible la réduction spontanée ou artificielle des présentations du front en face ou en sommet.

Rotation. — Comme dans la présentation franche de la face, il est nécessaire dans la variété frontale que la partie qui doit se dégager la première, c'est-à-dire le front, vienne se placer au-dessous de l'arcade pubienne. Cette règle est toutefois moins absolue dans le second cas que dans le premier : elle souffre des exceptions. Lorsqu'il s'agit d'une position antérieure, au fur et à mesure des progrès de l'engagement, la moitié supérieure de la face glisse le long des parois du bassin, derrière le trou obturateur, jusqu'à ce qu'elle atteigne la face interne de l'ischion. C'est à ce moment que l'occiput passe au-devant de l'interligne articulaire de la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et pénètre dans le bassin. Pour apparaître sous la symphyse pubienne, le front n'a plus qu'à décrire environ un demi-quart de cercle, en même temps que l'occiput, évoluant en sens inverse, gagnera la concavité du sacrum. Ce mouvement s'exécute suivant les lois qui président à la rotation en général : malgré l'aplatissement de la voûte du crâne, le bras de levier postérieur comprenant le segment du crâne situé en arrière de la ligne vertébro-bregmatique, l'emporte encore en étendue sur le bras de levier qui se termine à la face ; par conséquent, il offre prise sur une plus large surface aux contre-pressions qu'exercent de bas en haut et d'avant en arrière les parois de l'excavation pelvienne et il se trouve refoulé en arrière. S'il s'agit d'une position transversale ou postérieure, les conditions sont les mêmes, avec cette différence que le mouvement de rotation comporte une exploration des deux bras de levier plus étendue que dans le cas précédent : les anomalies par insuffisance ou perversion sont plus fréquentes, surtout, ainsi que nous le verrons plus loin, lorsque le front est tourné vers la moitié postérieure du bassin.

Dégagement. — La rotation faite, le diamètre occipito-frontal, devenu le plus grand, se trouve ramené dans le plan du diamètre coccy-pubien, et comme le front constitue la partie la plus déclive de la tête engagée, l'extrémité correspondante de ce grand diamètre tend à sortir la première des voies génitales. C'est en effet ce qui a lieu.

Dès le début du dégagement, le front apparaît dans le vide sous-pubien ; il déborde la symphyse suivant une étendue variable, mais toujours très notable, et la saillie qu'il forme paraît d'autant plus marquée que cette portion du globe céphalique est recouverte d'une bosse séro-sanguine toujours plus volumineuse que sur toute autre région de la tête. Ce premier pas exécuté par la partie fœtale vers la sortie, un résultat important est obtenu : le raccourcissement du diamètre maximum par suite du dégagement préalable de son extrémité antérieure. Une fois la partie antérieure du front apparue à la vulve, elle cesse de progresser. Cet arrêt est déterminé par le contact de la face avec le bord inférieur de la symphyse sous lequel la tête vient prendre point d'appui pour exécuter la révolution qui achèvera son dégagement. La région qui vient ainsi se fixer sous les pubis est essentiellement variable ; tantôt c'est la région inter-sourcilière, tantôt le nez lui-même, tantôt le corps du maxillaire supérieur, tantôt le rebord alvéolaire. En ce dernier cas, selon l'expression de Budin, le fœtus semble mordre la symphyse. Jamais, à moins que par exception la variété frontale ne se réduise en face au dernier moment, le menton ne se dégage avant l'occiput. Le front étant dégagé et la tête fixée sous la symphyse, le plus grand diamètre se trouve suffisamment diminué pour que son extrémité postérieure puisse franchir la partie inférieure de la concavité du sacrum, et, après, le détroit inférieur. L'occiput s'abaisse donc de plus en plus ; il fait bomber le périnée et, finalement, on voit apparaître successivement à la vulve, à la suite de la fontanelle antérieure, la suture sagittale, la petite fontanelle et enfin la région occipitale. Le mouvement de flexion, que vient d'exécuter la tête autour de son pivot sous-pubien, est suivi d'un mouvement de déflexion qui s'exécute autour du sous-occiput reposant sur la commissure postérieure de la vulve. On voit alors apparaître en dernier, au dehors des voies génitales, la portion de la face qui s'était arrêtée dès le début derrière les pubis.

Rotation interne des épaules et dégagement du tronc. — Ces deux derniers temps du mécanisme de l'accouchement ne diffèrent en rien de ce qu'on observe dans les présentations franches de l'extrémité céphalique. Le temps de restitution ramène la face vers la cuisse correspondante à la moitié du bassin que regardait le menton, avant le dégagement.

L'exposé qui précède montre quels rapports d'analogie relient le mécanisme de l'accouchement dans la variété frontale à celui de la présentation franche de la face ; cette analogie est d'autant plus marquée que le point d'appui que prend la tête sous la symphyse pubienne, dans le cas de présentation du front, se rapproche davantage du menton. Il n'est pas non plus sans intérêt de remarquer qu'au cas où la progression intra-pelvienne du front se limite par l'arrêt de la région inter-sourcilière sous le pubis, le mécanisme de l'accouchement devient presque identique à celui qu'on observe pour les positions occipito-postérieures non réduites du sommet.

M. Auvard, se fondant sur cette similitude, a émis cette théorie que les présentations du front, observées au moment du dégagement, ne sont autre chose que des positions occipito-postérieures non réduites du sommet.

Dans les deux cas, en effet, même apparition en premier lieu du front à la vulve, même dégagement de la tête, par flexion, suivant les diamètres fronto-bregmatique et fronto-occipital, même issue de la face en dernier lieu, par déflexion secondaire.

Cette opinion peut se défendre pour les cas où la tête prend son point d'appui sous-pubien par un point quelconque de la suture coronale. Mais nous ne saurions l'admettre alors que c'est le nez ou le maxillaire supérieur qui s'appuient sous la symphyse. Il faudrait, pour qu'il en fût ainsi, que la tête, primitivement engagée en présentation du sommet, obéit à un mouvement de déflexion partielle, assez étendu pour faire basculer son diamètre occipito-mentonnier dans l'excavation. Or, il est inadmissible qu'un diamètre de 13 centimètres et demi puisse évoluer dans une cavité dont les diamètres ne sont que de 12 centimètres en moyenne.

V

Variantes dans le mécanisme de l'accouchement. — Si nous faisons abstraction des faits où la présentation du front se transforme en présentation franche avant ou pen-

dant l'accouchement, nous voyons que les variantes ou irrégularités ne portent que sur le troisième ou le quatrième temps de l'accouchement. Quelle que soit la position, la rotation peut être insuffisante, manquer ou se faire en un sens vicieux; le front ne vient pas se loger sous l'arcade pubienne et il se fixe, soit derrière un des ischions, soit dans la concavité du sacrum. Dans le premier cas, le dégagement se fait suivant le diamètre oblique du détroit inférieur. Quoique laborieux, l'accouchement, en ce cas, peut se terminer spontanément; cette anomalie est moins rare pour la variété frontale que pour les présentations franches de la tête. Heinricius l'a relevée quinze fois dans sa statistique et il en a bien montré le mécanisme : la face s'aplatit, la bouche s'ouvre et le menton remonte derrière l'une des branches ischio-pubiennes, tandis que l'occiput glisse au-devant du ligament sacro-sciatique du côté opposé, pour venir se dégager le premier à la vulve; dans d'autres cas, la tête, ainsi dirigée transversalement, subit un mouvement de déflexion; ce n'est plus alors l'occiput, mais le menton qui se dégage le premier au dehors des voies génitales.

Lorsque le menton tourne en arrière, ce n'est qu'à titre d'exception que l'expulsion peut se faire, sans réduction artificielle de la tête. Braxton-Hicks, Hecker ont observé des faits de ce genre, et récemment Rasch (1) a consacré sa thèse à l'étude du mode de dégagement de la tête en pareil cas. La voûte cranienne, considérablement aplatie, se place, en ces cas, derrière la symphyse pubienne, et elle en prend l'empreinte sous forme d'une ensellure coupant en travers la suture sagittale et portant ainsi sur la partie supérieure des pariétaux; pendant que la grande fontanelle fait face à une des échancrures sciatiques, d'énergiques contractions utérines font glisser peu à peu l'occiput derrière les pubis et finissent par l'abaisser sous l'arcade pubienne. Nous le répétons, il ne s'agit là que d'une anomalie, et il serait dangereux, en pratique, d'abandonner l'accouchement à lui-même, quand le front ne tourne pas en avant, pour attendre de propos délibéré cette évolution.

VI

Signes et diagnostic. — L'interrogatoire de la femme et la simple inspection ne fourniront que peu de renseignements pour le diagnostic; il est rare d'observer chez une même femme plusieurs accouchements par le front. On devra toujours rechercher sur le squelette les stigmates du rachitisme lorsqu'on reconnaîtra que la tête, restée très élevée, se trouve mal fléchie. La palpation permet de constater dans la présentation des caractères analogues à ceux qu'on rencontre dans le cas où la face se présente franchement, mais ceux-ci sont moins tranchés. Par la palpation, on sent, de part et d'autre de la ligne médiane, les deux saillies du front et de l'occiput dessinant deux reliefs sensiblement égaux et situés à une même hauteur. Du côté qui répond à la face, dans quelques cas particuliers où les parois de l'abdomen et de l'utérus sont flasques et minces, et où le menton est tourné vers la moitié antérieure du bassin, on arrive à sentir, comme l'a fait M. Budin (2), et après lui Negri et Fischel, une saillie en forme de fer à cheval constituée par le maxillaire inférieur. Parfois même le menton est mobile sous le doigt. Dans un fait que nous avons observé récemment à la clinique, et où il ne s'agissait que d'une variété transitoire, avec bassin très vicié, il nous a été possible de sentir, à travers une paroi abdominale et un segment inférieur de l'utérus amincis à l'excès, non seulement la saillie et la mobilité du menton, mais encore le relief du bord alvéolaire du maxillaire supérieur, et la saillie pyramidale des narines dirigée en haut. On pouvait même, en touchant d'une main le bregma à nu par le vagin, et en appuyant doucement de l'autre par l'hypogastre sur la saillie du nez, transmettre à la tête des mouvements de bascule par déflexion, très appréciables au toucher. Comme dans la présentation de la face, l'auscultation permettra d'entendre les battements du cœur du fœtus, très rapprochés de l'oreille dans les présentations mento-antérieures. On peut même arriver à sentir, au palper, le choc de ces battements [Fischel] (1).

Pendant le travail, à mesure que le front s'engage, surtout si la poche des eaux, comme il arrive souvent, se rompt de bonne heure, les éléments de diagnostic tirés de l'inspection et du palper perdent de leur valeur. Le toucher constitue alors le meilleur guide pour reconnaître la présentation et la position. Le doigt profondément introduit indique la présence dans le bassin d'une partie dure, arrondie et légèrement acuminée, régulière d'un côté et inégale sur le versant opposé. Du côté du front la grande fontanelle se rencontre plus ou moins excentriquement déviée suivant les cas; la suture médio-coronale est accessible en totalité; mais on ne doit pas oublier que ces points de repère ne tardent pas, quand les membranes sont rompues, à se cacher sous la tuméfaction de la bosse séro-sanguine. Du côté de la partie supérieure de la face se trouvent des inégalités qu'il importe de reconnaître; on y sent le bord supérieur des arcades orbitaires, et, en partie, la saillie pyramidale du nez. Au début de l'engagement, comme dans les cas dont nous parlons plus haut, il est nécessaire de toucher avec deux doigts pour atteindre ces points de repère. La présence et la direction du nez constituent le meilleur indice pour fixer le diagnostic : on reconnaît qu'on n'a pas affaire à une présentation de la face à ce que le menton n'est jamais accessible au toucher dans la variété frontale; l'absence de la petite fontanelle et de la partie postérieure de la suture sagittale dans le champ d'exploration du doigt, permettra de distinguer cette dernière d'une présentation du sommet mal fléchie.

Il est des cas cependant où le diagnostic présente quelques difficultés. Au début du travail, il n'est pas possible de savoir s'il s'agit d'une présentation transitoire ou persistante; le toucher, fréquemment répété dans le premier cas, sera d'un grand secours pour suivre pas à pas les progrès de la flexion ou la déflexion secondaire. Il arrive parfois, alors qu'on se trouve en présence d'une présentation du sommet, que, momentanément, la tête se défléchit partiellement. Ce fait est même normal dans le cas de positions occipito-postérieures encore peu engagées, et il peut se faire, en ces cas, que la grande fontanelle, à un moment donné, non seulement occupe un niveau inférieur à celui de la petite fontanelle, mais encore approche de bien près le centre de l'aire du bassin. Toutefois, même en ces circonstances, la racine du nez restera hors de portée de l'index.

L'erreur est difficile néanmoins à éviter, lorsqu'on n'est

(1) Rasch. Inaug. dissert. Wurzburg, 1885, *Ann. in Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 734.

(2) Budin. *De la tête du fœtus, etc.*, Paris 1876, p. 53.

(1) Fischel. *Prag. med. Wochenschr.*, 1881, nº 12.

appelé à se prononcer, en l'absence de tout commémoratif, qu'au moment où la tête va se dégager en position occipito-postérieure non réduite : le front fait saillie à la vulve et la région inter-sourcilière s'appuie contre la symphyse. Les conditions sont, par conséquent, identiques à celles qu'on rencontre dans le cas d'accouchement par le front, d'une tête peu défléchie. Il n'est pas douteux, pour nous, que maintes fois l'accouchement par le front ait été confondu, même par des observateurs expérimentés, avec l'accouchement par le sommet en occipito-postérieure non réduite. Le diagnostic est toujours possible, sinon pendant, du moins après l'accouchement; l'examen des déformations plastiques, la mensuration des diamètres de la tête, le siège et le volume de la bosse en fourniront les éléments. Lorsque la tête se dégage en position occipito-postérieure du sommet non réduite, comme lorsqu'elle se dégage en présentation du front, elle affecte aussitôt après la naissance une forme en pain de sucre. Mais tandis que, dans le premier cas, le sommet du cône répond à la partie moyenne de la suture sagittale, dans le second il répond à la région frontale.

VII

Marche et pronostic. — L'accouchement par le front s'exécutera dans les conditions les moins défavorables, lorsque les contractions utérines, énergiques et soutenues, n'auront à propulser à travers un bassin spacieux qu'une tête fœtale de petit volume, aisément et profondément réductible. Il est malheureusement plus fréquent d'avoir affaire à des conditions opposées, aussi voyons-nous que la plupart des auteurs, sauf Ahlfeld (1) et Fritsch (2), s'accordent à faire rentrer cette présentation dans le cadre de la dystocie. D'après Hecker, cependant, la durée totale du travail ne serait, en moyenne, que peu accrue : dix-huit heures trente-six minutes, dont trois heures pour la période d'expulsion.

Les difficultés de l'engagement, le défaut possible du mouvement de rotation, la prolongation du travail, en même temps que la nécessité d'une intervention opératoire souvent grave, qui peut en être la conséquence, impriment au pronostic, pour la mère et l'enfant, un caractère de gravité qui contraste avec la bénignité habituelle des présentations franches. Le relevé d'Heinricius, bien que ne comprenant pas mention spéciale des cas accompagnés d'intervention par le forceps, nous montre que, sur 17 cas où il y eut réduction spontanée en face avec indication de l'issue pour le fœtus, il y eut 3 morts, soit 17 p. 100.

Sur 21 cas de réduction spontanée en sommet, il y eut 2 morts, soit 10 p. 100.

Sur 65 cas d'accouchement par le front, le maxillaire supérieur faisant pivot sous la symphyse, il y eut 15 morts, soit 22 p. 100.

Sur 49 cas avec la racine du nez sous la symphyse, il y eut 10 morts, soit 23 p. 100.

Sur 15 cas avec dégagement transversal de la tête, il y eut 9 morts, soit 60 p. 100.

Sur 5 cas où fut effectuée la version, il y eut 2 morts, soit 40 p. 100.

(1) Ahlfeld. Die Enstehung der Stirn und Gesitschlagen, *Arch. f. Gyn.*, Bd. XVI, Hft. I, p. 47.

(2) Fritsch. *Klin. der Geburtshülflichen Operat. Balle*, 1880, p. 51.

Sur 14 cas de transformation artificielle, en face ou en sommet, il y eut 3 morts, soit 21 p. 100.

Sur 231 cas, il y eut 25 craniotomies, soit 11 p. 100.

En réunissant en bloc les 189 cas de cette statistique, où il est fait mention de l'état du fœtus, on arrive à une proportion de mortalité moyenne de 36 p. 100. On peut dire, en somme, que dans la présentation du front, soit persistante, soit tardivement réduite, le tiers des enfants succombent. Tel est, d'ailleurs, le chiffre qu'indiquent les statistiques isolées de la plupart des auteurs. Comme moyennes différant de la précédente, on peut citer les extrêmes suivants : Long (1), 60 p. 100; Ahlfeld, 10 p. 100.

La mort, soit pendant, soit après l'accouchement, est due aux troubles de la circulation fœtale, à la compression ou à l'hémorrhagie cérébrale. Ajoutons que la fréquence de l'état asphyxique ou syncopal de la naissance rend très précaire la survie des enfants.

Le pronostic, pour la mère, n'est pas non plus sans gravité; la compression prolongée et l'attrition des parties molles par la tête fœtale, ou par les instruments, la tension du segment inférieur sous l'influence des contractions utérines énergiques, exposent les femmes aux fistules vésico-vaginales, à la rupture de l'utérus ou du vagin (5 cas, Heinricius), à celle du périnée (1/6. Hecker), à l'infection puerpérale, etc. D'après Heinricius, le tiers des femmes eurent des suites de couches pathologiques, et sur ce nombre la moitié succombèrent.

On ne saurait, toutefois, se fonder absolument sur les chiffres qui précèdent pour estimer la gravité réelle du pronostic; il ne faut pas oublier, en effet, que les auteurs s'attachent à publier surtout les cas qui les ont mis aux prises avec des difficultés et des complications sortant de l'ordinaire, et qu'il est, sans nul doute, de très nombreux faits qui passent inaperçus, ou dont on néglige de faire la relation, comme n'offrant pas d'intérêt au point de vue de la dystocie.

VIII

Conduite a tenir. — Beaucoup d'accoucheurs, surtout parmi les anciens, ont fait de l'intervention opératoire dans la présentation du front une nécessité, soit afin de conjurer des complications possibles, soit pour faire face à des dangers actuels menaçant la mère ou le fœtus. De là des indications relatives et absolues. Il s'en faut qu'à cette heure les auteurs soient d'accord au sujet des modes d'intervention qu'il convient de mettre en œuvre; beaucoup sont absolus dans leur choix, et ayant obtenu des succès à l'aide d'un procédé, veulent le faire accepter à l'exclusion des autres. Les diverses méthodes conseillées consistent dans la réduction manuelle en présentation du sommet [Baudelocque (2), Capuron (3), Velpeau (4), Pippinskjold (5)]; de la face [Gardien, Lachapelle, Chailly-Honoré (6), Long (7),

(1) Long. Brow presentation, etc., *Americ. Journ. of Obstetr.*, 1885, p. 897.

(2) Baudelocque. *L'Art des accouchements*, Paris 1796, t. II, p. 35.

(3) Capuron. *Cours théorique et pratique d'accouchements*, 4e édit., Paris 1828.

(4) Velpeau. *Traité complet de l'art des accouchements*, Paris 1835.

(5) Pippinskjold. Die Manuelle Umstandlung einer Geischlage, *Beitrage zur Geburtsh.*, Berlin 1872, Bd. I, p. 879.

(6) Chailly-Honoré. *Traité pratique de l'art des accouchements*, Paris 1861.

(7) Long. *Am. Journ. of Obstetr.*, sept. 1885.

Chiarleoni]; dans la version podalique [Levret (1), Scanzoni (2), Schroeder (3), Spiegelberg (4)]; dans l'emploi du levier (Fabri, Devars, Blanc) ou du forceps (Fritsch, 7 applications, 7 succès); dans l'expectation sans autre intervention que la craniotomie (Crédé).

La détermination de la conduite à tenir devra varier suivant les conditions qui ont donné naissance à la présentation du front, suivant l'état de santé de la mère ou du fœtus, suivant l'intégrité ou la rupture des membranes, suivant, surtout, la période de l'accouchement. Avant que le travail ne soit déclaré, quand on constate la présence du front au détroit supérieur, le mieux est d'attendre. S'il est souvent facile de réduire l'inclinaison céphalique par manœuvres externes ou combinées, il est presque impossible de maintenir le résultat obtenu jusqu'à ce que l'engagement soit effectué. On doit, d'ailleurs, se souvenir que les premières contractions utérines constituent le plus efficace des agents de réduction.

Si le travail est déclaré, avant que le col soit suffisamment dilaté ou dilatable, deux cas doivent être distingués; selon que la présentation du front est favorable ou défavorable pour l'issue de l'accouchement. Elle peut être favorable, lorsqu'il existe un rétrécissement du détroit supérieur d'avant en arrière. Il faut alors bien se garder de combattre la déflexion partielle avant que l'engagement soit complet, à moins que ce ne soit à titre de manœuvre préalable, destinée à faciliter la bonne application du forceps; mais dans toutes les autres circonstances, la présentation du front est moins favorable qu'une présentation franche.

Si la poche des eaux est intacte, on s'efforcera d'en maintenir l'intégrité le plus longtemps possible; on s'abstiendra donc de manœuvres de force par la voie vaginale. On redressera, s'il y a lieu, l'utérus et le fœtus anomalement inclinés, soit à l'aide d'un décubitus latéral approprié, soit au moyen d'un bandage. Tant que la tête est mobile, on peut tenter d'abaisser l'occiput par pressions extérieures, en s'aidant, au besoin, d'une contre-pression exercée par la voie vaginale sur le front (Breisky). S'il n'est pas rare de réussir par cette manœuvre à reconstituer une présentation franche, on doit s'attendre souvent à voir la déviation se reproduire d'elle-même (Spiegelberg). On pourrait cependant essayer de maintenir l'effet obtenu, en continuant les pressions ou les contre-pressions jusqu'à ce que l'engagement soit définitif (Long).

Ainsi que nous l'avons vu, à mesure que le front descend dans le bassin, les chances de réduction vont en diminuant. La poche des eaux étant rompue, si la tête peut encore être aisément soulevée, si l'on prévoit un accouchement très pénible ou s'il survient quelque danger pressant, on peut, selon le précepte de Baudelocque, glisser deux ou trois doigts dans le col de l'utérus, saisir l'occiput et l'abaisser à l'aide de la main recourbée en crochet. Si ce moyen échoue, on reporte ses efforts dans une direction inverse : on saisit et on abaisse le menton (Lachapelle). Cette dernière manœuvre est plus aisée, mais on ne saurait compter sur une réussite assurée, du moment où la tête est fixée. Hauenstein, cité par Long, a pu cependant, dans huit cas où il l'a essayée, obtenir huit fois la réduction de la présentation du front, en mettant la femme dans la position génu-pectorale. Dans un fait où la poche des eaux était rompue depuis trente-six heures, et où l'engagement de la tête datait d'un temps assez long pour avoir déterminé ultérieurement la production d'une fistule vésico-vaginale, Schroeder a réussi à ramener avec la main une présentation franche. Si le fœtus est mort, et si la tête est enclavée dans le bassin, à défaut de la basiotripsie que le degré de dilatation du col ne permet pas, on pratiquera la perforation du crâne.

Le col étant suffisamment dilaté ou dilatable, la présentation peut être engagée partiellement, ou entièrement engagée; la rotation peut être effectuée ou faire complètement défaut.

Dans le premier cas, tant que la poche des eaux reste intacte, on est encore en droit d'espérer une réduction spontanée; dans le second cas, on peut recourir aux manœuvres indiquées plus haut. Si l'engagement est complet, elles seront le plus souvent inutiles.

Lorsque la poche des eaux est rompue, quelques accoucheurs conseillent de tenter la version podalique. Mais les conditions favorables à cette opération feront alors le plus souvent défaut, et nous avons vu combien peu encourageants étaient les résultats recueillis par Heinricius, puisqu'ils indiquent une mortalité fœtale de 40 p. 100. On pourra essayer d'abaisser à la main l'occiput ou le menton, mais si on échoue ou s'il est indiqué d'agir avec rapidité, il faudra recourir à l'emploi des instruments. Nous avons vu que le levier comptait des partisans en ce cas; il jouit à l'heure actuelle de quelque faveur auprès des accoucheurs de Lyon qui en préconisent l'emploi, soit pour abaisser, soit pour faire tourner l'occiput. Le forceps, cependant, est d'un usage plus courant. On pourrait songer à s'en servir pour abaisser l'occiput ou le menton, au moyen d'une application excentrique; mais, outre qu'elle n'est pas sans offrir de graves difficultés de mise à exécution, cette manière de procéder entraîne souvent le dérapement de l'instrument, et elle expose ainsi les parties maternelles à un surcroît de traumatisme. Mieux vaut donc n'employer le forceps qu'à titre d'agent de traction. Nous ne croyons pas utile de défléchir entièrement la tête à l'aide de la main avant d'introduire les cuillères de l'instrument, ainsi que l'a conseillé Chiarleoni; il vaut mieux se contenter de placer l'instrument d'une oreille à l'autre du fœtus et tirer : bien souvent, surtout si on se sert du forceps Tarnier, qui laisse à la tête la liberté d'exécuter ses mouvements naturels, la déflexion se complétera d'elle-même au cours des tractions. On exécutera artificiellement le mouvement de rotation s'il ne se fait pas spontanément, et on aura soin, au moment du dégagement, d'imprimer à la tête le double mouvement de flexion et de déflexion, qui se produit dans l'accouchement spontané.

Il se peut que le menton, quoi qu'on fasse, reste tourné en arrière, et que la tête n'obéisse pas aux tractions du forceps, on n'a plus d'autre ressource, en ce cas, que de recourir à la basiotripsie ou à la cranioclasie. Dans le cas, enfin, où le fœtus est mort, comme l'intérêt de la mère doit seul être pris en considération, on n'hésitera pas à abréger la durée du travail, en pratiquant, sans tarder, le broiement et l'extraction de la tête.

(1) Levret. *Observations sur les causes des accouchements laborieux*, Paris 1780.

(2) Scanzoni. *Lehrbuch. der Geburtsh.*, Wien., 1867, Bd. II, p. 503.

(3) Schrœder. *Lehrbuch. der Geburtsh.*, Bonn 1877, p. 182.

(4) Spiegelberg. *Lehrbuch. der Geburtsh*, Bonn 1877, p. 167.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

155. M. LEFEBVRE. Contribution à l'étude des plaies de la face antérieure du poignet par instrument tranchant.—156. M. GIBRAT. De la dégénérescence épithéliomateuse du lupus (étude clinique). — 157. M. KLIPPEL. Des amyotrophies dans les maladies générales chroniques et leur relation avec les lésions des nerfs périphériques. — 158. M. PICARD. Thomas Sydenham, sa vie et ses œuvres. —159. M. DEFAUCAMBERGE. Contribution à l'étude du corps thyroïde. — 160. M. BREZZI. De l'ostéite tuberculeuse des métacarpiens et des phalanges et de son traitement.

CONGRÈS INTERNATIONAL

DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE

Le Congrès aura lieu à Paris, du 1er au 5 août 1889, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. Pourront en faire partie tous les médecins, pharmaciens et vétérinaires qui auront envoyé leur adhésion et payé la cotisation de 10 francs.

Le bureau du Comité d'organisation est ainsi composé : MM. Moutard-Martin, président; Dujardin-Beaumetz, vice-président; Constantin Paul, secrétaire général; P.-G. Bardet, secrétaire général adjoint; Labbé, secrétaire de la section de thérapeutique, et R. Blondel, secrétaire de la section de matière médicale.

Le Congrès sera divisé en deux sections : l'une de thérapeutique, l'autre de matière médicale. Chacune des deux sections pourra délibérer à part dans des salles séparées, aux séances de la matinée consacrées aux questions particulières laissées au choix des membres du congrès ; les séances du jour seront communes et réservées à la discussion des questions posées par le Comité d'organisation du congrès.

PREMIÈRE QUESTION. — *Des antithermiques analgésiques* : Chimie et pharmacologie de ces corps, — action physiologique et usages thérapeutiques, — lois qui peuvent permettre d'établir une relation entre la fonction chimique et la fonction physiologique. (Rapporteur, M. Dujardin-Beaumetz.)

DEUXIÈME QUESTION. — *Des antiseptiques propres à chaque espèce de microbes pathogènes* : Valeur proportionnelle des antiseptiques, leur action spéciale, — étude de leur mode d'absorption et des meilleurs procédés d'administration. (Rapporteur, M. Constantin Paul.)

TROISIÈME QUESTION. — *Des toniques du cœur* : Leur nature, — leurs actions spéciales, — valeur relative des plantes et de leurs principes actifs, alcaloïdes et glucosides. (Rapporteur, M. Bucquoy.)

QUATRIÈME QUESTION. — *Des nouvelles drogues d'origine végétale récemment introduites dans la thérapeutique.* (Rapporteur, M. Planchon.)

CINQUIÈME QUESTION. — *Unification des poids et mesures employés dans les formules; de l'utilité d'une pharmacopée internationale.* (Rapporteur, M. Shaer, de Zurich.)

Les membres du Congrès qui comptent faire une communication sont priés d'en annoncer le titre au secrétaire du Comité avant le 15 mai prochain.

Les communications et discussions seront réunies dans un volume qui sera imprimé par les soins du Comité d'organisation et sera adressé à chaque adhérent.

Une exposition de drogues simples se rapportant aux questions posées par le Comité aura lieu au siège du Congrès pendant la durée de la session ; elle sera organisée par les soins de MM. Adrian et Blondel.

On est prié d'adresser toutes les adhésions ou communications au docteur Bardet, secrétaire général adjoint du Comité d'organisation, 119 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 mars 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Maschat, Hameau, Pantaloni, Escoubès, Boisvert, Petit, Miltas, Planchard, Baudier, Fourrier, Michel, Duclos, Lancial, Delacroix, Vincent, Wertheimer, Sireyjol, Sename, Converset, Delplanque, Dauriac, Lacoarret, Lora, Panné, Serieyx, Bentejac, Sourdrille, Bertrand, Coroënne, Sizaret, Rollet, Desplans, Bertin-Saus, Basset, Argueyrolles, Lamiot, Delmas, Tarbouriech, Pauvert, Harlet, Barbarat, Bruyelle, Belin, Bouton, Cacarrié, Bagou, Duriez, Bobinet, Lageute, Boudry, Bérard, Thiau, Dematte, Brulant, Phélisse, Bourgarel, Vanneufville, Chanteloube et Gasiglia.

— Par décret, en date du 20 mars 1889, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Laugier, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— *Concours d'agrégation (chirurgie).* — Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.

Séance du mercredi 20 mars : MM. Ménard et Rochard : « Ruptures musculaires. »

Séance du jeudi 21 : MM. Michaux et Estor : « Rétrécissements du rectum. »

La deuxième épreuve commmencera mercredi 27 mars, à cinq heures. Une demi-heure sera accordée à chacun des candidats pour faire l'exposé de ses travaux.

MM. Castex, Ricard, Février et Walther sont appelés dans la première séance.

— Le jury du concours pour deux places de chirurgien du Bureau central est définitivement constitué comme suit :

MM. A. Marchand, Blum, Desormeaux, Panas, Périer, Lucas-Championnière et Mesnet.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Le docteur Louge a été nommé chirurgien adjoint. Voici les questions tirées au sort : 1° Anatomie des sinus craniens et des veines jugulaires; 2° Circulation veineuse de la tête et du cou; 3° Traitement chirurgical des kystes de l'ovaire ; 4° Ligature de la mammaire interne et amputation de la cuisse par le procédé de Teale.

— M. le docteur G. Monod, chirurgien honoraire des hôpitaux, est nommé membre du comité d'organisation du Congrès international du repos hebdomadaire au point de vue hygiénique et social.

— M. le docteur Chambé, médecin principal de première classe, secrétaire du comité consultatif de santé au ministère de la guerre, est nommé membre du Conseil supérieur de statistique.

— M. le docteur Andrieu est nommé membre du comité d'organisation du Congrès international dentaire.

— M. le docteur Philbert est nommé membre du comité d'organisation du Congrès international de l'alcoolisme.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Un concours pour une place d'aide d'anatomie s'ouvrira le 30 avril 1889. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, au moins quinze jours avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours.

La durée des fonctions est de trois années. Le traitement est de 800 francs par an.

— Avant d'ouvrir au public le musée des Religions, M. Guimet, directeur de ce musée, a l'intention de réserver aux étudiants en médecine un après-midi, pour leur présenter lui-même les

collections qu'il a réunies. A cet effet, il se tiendra à leur disposition, le jeudi 4 avril, à deux heures de l'après-midi. — Le musée est situé place d'Iéna.

— Le directeur de l'Assistance publique a reçu, de M. Jean Docan, la somme de 200 francs pour les malades nécessiteux sortant de l'hôpital de la Charité.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Baillon commencera le cours d'histoire naturelle médicale, le lundi 25 mars, à onze heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. — Objet du cours : « Botanique médicale. »

— M. le professeur Guyon commencera le cours de pathologie chirurgicale, le lundi 25 mars, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. — Objet du cours : « Maladies des articulations. »

— M. Peyrot, agrégé, commencera des conférences de pathologie externe, le lundi 25 mars, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. — Il traitera des maladies de la tête, du cou et de la poitrine.

— M. Quenu, agrégé, commencera des conférences d'histologie, le mardi 26 mars, à trois heures (amphithéâtre Cruveilhier), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera du système musculaire, du sang et des vaisseaux, des épithéliums et des glandes.

— M. Hanot, agrégé, commencera des conférences de pathologie interne, le mardi 26 mars, à quatre heures (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera des maladies de l'appareil circulatoire.

— M. le professeur Bouchard commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales, le mardi 26 mars, à cinq heures (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Objet du cours : « Des localisations dans les maladies générales. »

— M. Chuffard, chef-adjoint du laboratoire de clinique ophthalmologique de la Faculté, commencera un cours d'histologie normale et pathologique de l'œil, le mardi 26 mars, à cinq heures, à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. Dejerine, agrégé, commencera des conférences d'anatomie pathologique, le mardi 26 mars, à cinq heures (amphithéâtre Cruveilhier, à l'École pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera de l'anatomie pathologique générale.

— M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène, le jeudi 4 avril, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. — Objet du cours : « De la maison ; — de l'air, des eaux et des lieux (autrefois et aujourd'hui) ; — étiologie et prophylaxie des maladies typhiques. » Cours pratique au musée et au laboratoire. Visite de fabriques, usines et ateliers.

— Les conférences de M. Hutinel, qui devaient avoir lieu à trois heures dans le petit amphithéâtre de la Faculté, auront lieu à quatre heures dans le grand amphithéâtre de l'École pratique.

— M. le docteur Dareste, directeur du laboratoire de tératologie, commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique, le mardi 2 avril à quatre heures, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure, au laboratoire de tératologie (bâtiment du Musée Dupuytren).

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Édouard Bureau commencera le cours de botanique (classifications et familles naturelles), le samedi 23 mars 1889, à deux heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Il traitera, comme les années précédentes, des plantes fossiles et des plantes vivantes.

Plantes fossiles : Le professeur parlera des plantes fossiles phanérogames et de leurs affinités dans la flore actuelle. Après avoir passé en revue les monocotylédones et les dicotylédones dialypétales et gamopétales, il terminera par des considérations sur l'ordre d'apparition des différents groupes de végétaux sur le globe. Ces leçons auront lieu dans le grand amphithéâtre, tous les samedis à deux heures, pendant les mois de mars et d'avril, et à midi et demi, depuis le mois de mai inclusivement jusqu'à la fin du cours.

Plantes vivantes : Les leçons porteront sur les familles des plantes monocotylédones. Elles se feront dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63, et seront à la fois théoriques et pratiques. Elles commenceront le mardi 7 mai, et se continueront les samedis et mardis suivants. Les leçons du mardi auront lieu à midi et demi, celles du samedi à une heure et demie.

— M. Georges Ville commencera le cours de physique végétale, le samedi 23 mars 1889, à trois heures et demie, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Ce cours comprendra deux parties :

Dans la première, le professeur résumera dans leurs grandes lignes les conditions physiques et chimiques qui règlent la production des végétaux.

Dans la seconde, le professeur traitera de l'absorption de l'azote de l'air par les plantes et des moyens économiques de fertilisation qui s'en déduisent.

A partir du mois d'avril, les leçons seront suivies de démonstrations expérimentales au laboratoire de physique végétale, situé, 45 *bis*, rue de Buffon, dans lesquelles le professeur traitera de l'art de diriger les cultures dans le sable calciné, des variations souvent considérables que présente la puissance productive des graines et du parti qu'on peut en tirer dans la pratique agricole pour accroître le produit des récoltes.

— M. P.-P. Dehérain, membre de l'Académie des sciences, commencera le cours de physiologie végétale appliquée à l'agriculture le mardi 26 mars 1889, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Le professeur traitera du développement des végétaux. — Germination. — Assimilation du carbone, de l'azote, des matières minérales. — Formation des principes immédiats. — Mouvements de l'eau dans la plante. — Respiration. — Transpiration. — Maturation. — Des plantes herbacées et des fruits. — Étude particulière de quelques plantes de grande culture.

Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques, dans le laboratoire, rue de Buffon, 63 ; elles auront lieu immédiatement après les leçons d'amphithéâtre.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, le samedi 23 mars, à huit heures et demie très précises du soir : « L'enseignement scientifique à l'École primaire », par M. Félix Hément, ancien inspecteur général de l'enseignement primaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chimie inorganique et organique, botanique et zoologie. Notes servant à la préparation de l'examen du premier doctorat, recueillies et publiées par le docteur L.-N. Worthington. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Berthier.

Hygiène de la première enfance, par le docteur Jules Rouvier, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Beyrouth, etc. 1 vol. in-8° de 640 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

Le mouvement comparé de la population, à Marseille, en France et dans les États étrangers, par M. le docteur H. Mireur, adjoint au maire de Marseille. 2e édition, 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

Leçons sur la syphilis vaccinale, par le professeur Alfred Fournier, recueillies par le docteur P. Portalier. 1 vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Fièvre des foins, pathogénie et traitement, par le docteur Marcel Natier, ancien chef de la clinique laryngologique et otologique de M. le docteur E.-J. Moure. Une brochure in-8° de 160 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Contribution à l'étude des auto-intoxications, des manifestations morbides du surmenage physique, par le docteur Albert Dufour. Une brochure in-8° de 140 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

De l'influence de l'impaludisme sur les femmes enceintes (avortement, accouchement prématuré), par le docteur Rodrigues dos Santos, de la Faculté de médecine de Rio-Janeiro. 1 brochure in-8° de 60 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O Doin.

Annuaire de thérapeutique (première année, 1888), précédé d'une introduction sur les progrès de la thérapeutique en 1888, par le docteur Dujardin-Beaumetz. 1 volume in-18 cartonné de 400 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

25

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

74

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

41

Nous avons l'honneur d'appeler l'attention de MM. les Pharmaciens et Droguistes sur quelques nouveaux médicaments.

PHÉNACÉTINE-BAYER

Excellent antipyrétique et antinévralgique, qui se distingue des autres préparations du même groupe par son manque complet d'odeur et de goût. La pureté de la **Phénacétine Bayer** est prouvée par son point de fusion, qui se trouve être toujours à 131°,5 C.

SULFONAL-BAYER

Somnifère efficace, nullement narcotique, soutient le besoin naturel du sommeil là où ce besoin existe et le crée où il n'existe pas. Sans action sur le cœur ou le système vasculaire, son manque d'odeur et de goût offre un avantage d'une très grande importance dans la thérapie psychiatrique. Nous mettons dans le commerce le **Sulfonal-Bayer** en cristaux incolores à un point de fusion de 125 à 126° C. La pureté du produit, livré dans des flacons, cartons et sachets, est garantie par un contrôle permanent d'autorités scientifiques et compétentes.

S'adresser pour les demandes à M. Jean KAHRÉS, 19, rue d'Enghien, Paris, représentant dépositaire de Farbenfabriken vorm. F. BAYER et Co, à Elberfeld, et aux principales maisons de drogueries. — La vente est interdite aux Etats-Unis de l'Amérique du Nord.

12

PHTHISIE, BRONCHITES ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

43

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

38

VIN E. GRIMAUD FERRO-ERGOTÉ

3 récompenses obtenues en 1888

BARCELONNE	PARIS	BRUXELLES
médlle d'argt	diplôme d'honneur	médlle d'arg.

Le **VIN GRIMAUD** ferro-ergoté, préparé avec un vin d'Espagne de 1re qualité, est le meilleur des toniques et reconstituants. Il est d'un goût très agréable, d'une composition irréprochable. — Le **Vin ferro-ergoté** est employé avec un succès constant dans les **Chloroses, Pâles couleurs, Convalescences longues** et **Anémies** de toute sorte.

DOSE : *Un petit verre à liqueur après chaque repas, chaque verre contient exactement : Citrate de fer ammoniacal, 20 cent.; seigle ergoté, 10 cent.*

PRIX DU FLACON : **4** FRANCS

Se trouve dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : E. GRIMAUD fils, 3, r. Ribera, Paris.

99

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS.	LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES.	GASTRALGIE.
DYSPEPSIE.	GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES : **Pancréatine Defresne** : en poudre, 4 gr. 2 à 4 cuillerées.
Pilules digestives Defresne . . . . . . 3 à 5 pilules

Élixir et Sirop.

DÉPÔT : 2, rue des Lombards et ttes pharmacies.
DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

60

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.
DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

31

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

74

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : 4 fr. le flacon.*

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

99

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence ; valeur nutritive sans égale. — *Anémie. — Dyspepsies. — Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

42

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Laroche

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(Amers et ferments digestifs.)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge et phies.

26

ASTHME catarrhe, oppression, et toutes les *affections des voies respiratoires*, st guéris pr les **TUBES LEVASSEUR**, O. ❊❊. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL BEAUJON. — M. BAZY.

Une indication de la taille hypogastrique.

Dans un travail paru dans les *Annales des organes génito-urinaires* en 1883, à propos du premier cas de tumeur de la vessie qui ait été opéré dans notre pays, je disais que les indications opératoires, dans ces cas-là, étaient surtout la douleur, l'hémorrhagie, et aussi la rétention d'urine. J'insistais sur ce point, que *les douleurs vives*, accompagnant les *envies fréquentes d'uriner*, et les *hématuries* sont des indications opératoires de premier ordre.

Je viens de faire trois tailles hypogastriques pour remédier à des accidents de ce genre. Dans un cas, il s'agissait d'une cystite douloureuse d'origine blennorrhagique déjà ancienne, avec épaississement scléreux des parois vésicales. La deuxième malade était atteinte d'hématuries abondantes que j'avais rapportées, faute de pouvoir trouver une autre cause, à une ulcération de la vessie, et vous avez pu voir que mon diagnostic s'est confirmé de tout point. Dans le troisième cas, mon intervention était nécessitée par une tumeur vésicale donnant lieu à des hématuries profuses et à des douleurs très vives accompagnant les envies fréquentes d'uriner.

Je ne veux vous entretenir aujourd'hui que de la deuxième malade, qui est encore couchée au n° 19 de la salle Huguier, dans le service de M. le professeur Duplay, qui a eu l'extrême obligeance de me permettre de l'opérer dans ses salles.

Voici son histoire en peu de mots : c'est une femme de trente-neuf ans, boulangère; réglée à dix-sept ans, et bien réglée, elle a eu cinq enfants ; accouchements normaux ; abcès péri-utérin ouvrant dans le vagin, il y a six ans ; péritonite à la suite de son dernier accouchement, il y a deux ans.

Les hématuries, pour lesquelles la malade est entrée, remontent à l'âge de vingt ans, peu de temps après son mariage ; elles surviennent brusquement et sans douleur, mais, après quatre ou cinq jours, les douleurs de la vessie, les envies fréquentes d'uriner se montrent ; le sang, d'abord noir, sort ensuite rutilant. Après cinq ou six jours de souffrances, les douleurs se calment, et le sang disparaît, pour reparaître après un mois, puis tous les deux ou trois mois ; cela dure ainsi pendant sept ans ; pendant les cinq ans qui suivirent elle n'eut rien.

Il y a sept ans environ, tandis qu'elle est enceinte, les hématuries reparaissent brusquement avec des douleurs plus vives et des envies plus fréquentes : elles durent huit jours et reviennent ainsi tous les mois, puis tous les quatre ou cinq mois, et, au bout de cinq ans, disparaissent tout à fait; survient ensuite une période de calme de deux ans.

L'année dernière, le 13 août, ses règles apparaissent comme d'habitude; le 17 août, dans l'après-midi, elle commence à uriner le sang ; à une heure du matin, violente douleur dans l'aine gauche et la vessie, ce qui nécessite une piqûre de morphine; le sang est presque pur. Le médecin ordonne de l'ergotine, fait même des injections de perchlorure de fer dilué, dans la vessie ; néanmoins, les hématuries continuent et des caillots apparaissent dans l'urine ; douleurs très violentes en urinant ; crises de douleurs et d'envies qui durent trois et quatre heures ; le sang sort quelquefois presque pur. Les urines redeviennent claires le 6 septembre, mais, le 7 octobre, les hématuries reparaissent, et avec elles les douleurs de vessie. L'hémorrhagie continue encore le 15 octobre, quand je suis appelé, par le docteur Schrœder, à voir la malade que je fais entrer à l'hôpital. C'est ce qu'elle fait le 23 octobre. Nous constatons que les hématuries continuent, et que l'état général est mauvais : la malade est très pâle, a des éblouissements quand elle se met un peu brusquement sur son séant, elle a même une syncope un jour qu'elle s'est levée : en somme, elle est dans un état d'anémie profonde qui demande un traitement énergique.

Aucun moyen médical n'ayant réussi, et la situation étant pressante, mon devoir était d'agir chirurgicalement : mais auparavant, comme la palpation bimanuelle et l'exploration intravésicale avec la sonde ne m'avaient rien fait constater d'anomal, je pensais pouvoir tirer de l'exploration endoscopique de la vessie, à l'aide du cystoscope de Leiter, des renseignements suffisants ; mais l'éclairage dont nous disposions ne me permit pas de distinguer rien de très net. La douleur qui accompagna cette exploration infructueuse me décida à passer outre, d'autant plus que les indications étaient pressantes. C'est dans ces conditions que je fis la taille hypogastrique.

Je mis le ballon de Petersen dans le vagin, et une sonde en gomme dans la vessie, faute de sonde métallique ; je la

fis boucher avec un fosset et maintenir simplement par un aide; j'injectai 300 grammes de liquide dans le ballon, et 160 grammes de solution boriquée dans la vessie. Le ballon vaginal comprimant le canal de l'urèthre, il était inutile de l'obturer d'une autre façon : c'est du reste ce que j'avais observé dans un cas de taille hypogastrique chez une femme pour tumeur de la vessie, dont vous trouverez la relation dans le *Bulletin de la Société anatomique* de l'année 1886.

L'incision médiane me fit arriver rapidement sur la vessie que j'ouvris. Grâce à mon spéculum, vous avez pu constater que la muqueuse vésicale était parfaitement lisse, pâle, et sans trace de fongosités. Sur la ligne qui rejoint l'orifice des uretères, il existait, plus près de l'orifice urétéral gauche que du droit, une ulcération antéro-postérieure linéaire, large de 2 millimètres environ, vers son centre, longue de 1 centimètre environ, à bords légèrement soulevés et qui fournissait du sang.

Il m'avait semblé que l'uretère droit fournissait un liquide coloré. Mon interne, M. Temoin, pensait au contraire qu'il s'écoulait de l'urine normale par cet orifice urétéral. Pour trancher le différend, je fis le cathétérisme de l'uretère droit avec une sonde en gomme du n° 10, après que l'instrument eut été lavé soigneusement en dehors et en dedans avec de la liqueur de Van Swieten. Quoique ayant pénétré facilement dans l'uretère à une profondeur de 5 à 6 centimètres, je ne pus obtenir aucun liquide ; le calibre de la sonde était trop petit.

Je dus passer outre. Du reste l'examen des reins, pratiqué auparavant, sous le chloroforme, m'avait démontré leur intégrité.

Je reviens à l'opération. Je cautérisai avec le thermocautère cette petite ulcération saignante. Comme la perte de substance était de peu d'étendue, j'ai pensé que la production d'une escharre de même étendue était préférable à l'ablation de l'ulcération avec suture consécutive de la plaie nouvelle ainsi créée.

La cautérisation faite, je fermai de propos délibéré la plaie vésicale. Je suis, en effet, d'avis qu'il faut suturer la vessie toutes les fois qu'on le peut, c'est-à-dire toutes les fois qu'il n'est pas formellement indiqué de la tenir ouverte pour en faire le drainage ou pour la mettre au repos, comme cela est nécessaire dans les cas de cystite douloureuse ou ancienne, ou de tumeur vésicale.

On a proposé bien des procédés pour suturer la vessie. Il faut que cette suture soit hermétique : le moyen que j'ai employé ici et que j'avais déjà employé il y a deux ans, dans le service de M. le professeur Guyon, alors que j'avais l'honneur de le suppléer, me paraît remplir cette indication. Il consiste en une série de sutures en bourse tout le long de la plaie. Chaque suture empiète sur la précédente et permet une occlusion parfaite. Chez notre malade j'ai placé cinq sutures en bourse avec du catgut n° 2. Je me suis servi à dessein de catgut, et cela pour deux raisons : 1° parce que la vessie était saine et souple et que, par suite, la réunion rapide était plus facile et plus probable que si les parois vésicales eussent été épaissies et la muqueuse malade; 2° parce qu'il s'agissait d'une vessie féminine et que, chez la femme, la sonde à demeure fonctionne mieux que chez l'homme.

Je suis plus disposé à employer la soie stérilisée, qui ne se résorbe pas, pour suturer la vessie, dans le sexe masculin. Mais, pour que la réunion primitive ait lieu, sachez-le bien, il faut que la vessie soit saine et que la plaie vésicale ne puisse être infectée d'une façon quelconque, principalement par des urines septiques. Dans le cas contraire, une fistule se produira infailliblement ou, si la réunion se fait, ce sera par bourgeonnement.

Une autre des conditions de la réunion immédiate consiste à empêcher le tiraillement de la suture et à s'opposer à la filtration de l'urine à travers les interstices. Pour atteindre ce but, il faut assurer l'évacuation constante de la vessie à l'aide d'une sonde à demeure. Vous savez que le choix d'une sonde à demeure n'est pas chose aussi facile qu'on se l'imagine. La sonde doit être d'un calibre suffisant, pour ne pas se boucher facilement ; elle ne doit pas être trop grosse, car elle pourrait irriter le canal. On doit se servir des sondes à deux œils pour permettre le bon fonctionnement de l'instrument. Comme ces sondes se bouchent quelquefois, j'ai imaginé de faire construire, par M. Vergne, des sondes à béquille, dites grillagées. L'extrémité de ces sondes est constituée, en effet, par un vrai grillage. J'espère que cet artifice assurera le libre écoulement de l'urine.

Avant de suturer les muscles et la peau, j'ai eu soin de distendre la vessie, à l'aide d'une injection qui m'a permis de constater que la suture était hermétique et assez solide pour résister à la pression de l'urine, dans le cas où la sonde viendrait à se boucher momentanément.

Par précaution, j'ai mis un tube drainant la cavité de Retzius, et j'ai suturé isolément les muscles droits avec du catgut et la peau aux crins de Florence. J'ai fait un pansement à la gaze iodoformée.

Vous savez quelles ont été les suites de l'opération, d'abord du côté de la vessie. Le sang a immédiatement disparu de l'urine ; mais, au bout de deux heures, il reparaissait en petite quantité, en même temps que se montraient quelques douleurs. La sonde avait déterminé un peu de cystite du col : l'hématurie a continué pendant quelques jours, pour disparaître, et vous avez vu qu'à la sortie de l'hôpital qui a eu lieu le 6 décembre, les urines étaient fort belles : les envies relativement fréquentes d'uriner (toutes les deux heures environ), les douleurs de la fin de la miction et le léger trouble des urines n'existaient plus.

Si l'état de la vessie ne nous a pas préoccupé, il n'en a pas été de même de l'état des reins, ou pour parler plus exactement, du rein droit.

En consultant la feuille de température, vous voyez qu'il s'est produit une ascension de température le deuxième jour, et que la fièvre a persisté violente pendant huit jours. Or, en même temps que l'élévation de la température apparaissait une douleur tellement vive dans le rein droit que la plus petite pression à son niveau arrachait des cris à la malade ; et vous vous rappelez qu'il en a été de même pendant plusieurs jours. Or, pendant tout ce temps, le rein gauche ne disait absolument rien, les pressions les plus vives exercées sur lui ne provoquaient pas la plus petite douleur.

Du côté de la plaie, rien de particulier. Vous vous rappelez même qu'au huitième jour, quand j'ai enlevé les sutures, j'ai trouvé ce drain dans le pansement ; la partie de la plaie, au niveau de laquelle il passait, était aussi exactement fermée que les autres parties, ce qui nous a fait supposer que le drain était sorti le jour même de l'opération, pendant qu'on transportait la malade de la salle d'opération à son lit.

J'attire votre attention sur cette douleur du rein droit, et je ne peux m'empêcher d'établir une relation entre cette

douleur, accompagnée de fièvre, c'est-à-dire la néphrite ou tout au moins la pyélite, et le cathétérisme de l'uretère.

Je n'hésite pas à dire que le cathétérisme de l'uretère a déterminé de l'urétérite et de la pyélo-néphrite. Tous ces accidents se sont amendés et finalement tout est rentré dans l'ordre; quand la malade est sortie, il ne restait rien; mais je ne puis songer sans frémir aux dangers que notre malade a courus. Supposez que j'aie cathétérisé les deux uretères : nous aurions eu une néphrite double, et, étant donné l'état de faiblesse du sujet, et l'intensité des accidents que nous avons observés du côté droit, nul doute que notre malade n'eût succombé.

Or, vous vous souvenez que nous avons employé une sonde neuve, que nous l'avons soigneusement lavée, au dehors et en dedans, que nous avons pris toutes les précautions d'asepsie et d'antisepsie possibles, que l'introduction de la sonde a été très simple, très facile, et cependant, nous avons eu ces accidents sérieux. Dans ces conditions, je me demande comment on peut vanter le cathétérisme des uretères, et dire que c'est à la fois un moyen inoffensif et sûr de diagnostic.

Que ce soit un moyen sûr de diagnostic, je ne le conteste pas. Assurément, quand on a des doutes sur l'état d'intégrité des reins, sur l'état d'intégrité d'un rein, recueillir l'urine de ce rein, des deux reins, me paraît un moyen sûr d'affirmer qu'ils sont ou ne sont pas malades. Dire que c'est un moyen toujours inoffensif, je le conteste.

Si, après avoir pris toutes les précautions que vous m'avez vu prendre, le cathétérisme de l'uretère *fait directement* avec une sonde portée *directement* dans l'orifice de l'uretère et non contaminée par le contact de parties malpropres, si un cathétérisme ainsi fait peut amener des accidents, peut déterminer de la pyélo-néphrite, qu'arrivera-t-il ou du moins que pourra-t-il arriver avec un cathétérisme fait dans les conditions où il doit se faire habituellement, à travers l'urèthre et la vessie, c'est-à-dire à travers des milieux qui, quoique lavés, risqueront fort d'être encore septiques. Bien plus, vous savez que l'introduction du cathéter de Pawlick ne se fait qu'en tâtonnant. C'est en promenant son cathéter dans la vessie, appuyant l'extrémité sur le plancher vésical, en frottant sur lui (car il procède par mouvements de reptation), et par conséquent en employant les meilleurs moyens de contamination, qu'il finit par pénétrer dans l'uretère. Donc on se place dans les meilleures conditions possibles pour inoculer l'uretère. Si j'en juge par ce que j'ai vu, il doit l'inoculer souvent.

Aussi, ne saurais-je trop vous recommander d'être bien prudents dans l'emploi de ces moyens mécaniques de diagnostic : nous avons heureusement à notre disposition d'autres moyens d'arriver au diagnostic. Ces moyens peuvent suffire et nous suffisent. A la rigueur, on peut donner du chloroforme pour explorer le rein, mais ne recourez au cathétérisme de l'uretère qu'à la dernière extrémité, et ne cherchez pas à simplifier le diagnostic en y recourant d'emblée : vous pourriez singulièrement compliquer l'intervention.

Après ce que je viens de vous dire sur le cathétérisme de l'uretère, j'aurais mauvaise grâce à vous conseiller des opérations préliminaires pour arriver à le faire facilement. Néanmoins vous avez vu la facilité avec laquelle j'ai pu le faire grâce à l'incision de la taille hypogastrique. Non seulement cette taille permet de bien voir tout l'intérieur de la vessie, mais elle permet de bien voir les orifices de l'uretère sans manœuvre particulière et d'introduire une sonde dans son intérieur. De plus, vous avez pu constater la facilité de la guérison de la taille hypogastrique sans fistule consécutive. Aussi, si vous jugez à propos de faire le cathétérisme des uretères, soit explorateur, soit surtout le cathétérisme modificateur ou thérapeutique, et si vous ne vouliez pas employer la méthode de Pawlick, vous conseillerais-je d'employer plutôt la taille hypogastrique que la taille vésico-vaginale, et surtout que l'uréthro-colpo-cystotomie préconisée par des chirurgiens américains.

Tels sont les points que je voulais développer devant vous à propos de ce cas de taille hypogastrique.

Je le résume en disant : 1° qu'une ulcération de la vessie même très minime peut donner lieu à des hémorrhagies considérables pouvant mettre en danger la vie des malades. Il eût été intéressant de connaître la nature de cette ulcération; mais j'ai fait passer (je l'avoue) la sécurité opératoire avant la curiosité scientifique. Cette ulcération, j'ai pu la diagnostiquer ; mais je dois dire que c'est en faisant des réserves et parce que je ne trouvais pas la plus petite saillie, le plus petit relief m'autorisant à penser qu'il pouvait exister un papillome, ou une simple excroissance.

2° La suture de la vessie peut et doit être tentée toutes les fois qu'il n'existe pas de raison de laisser la vessie ouverte. La suture en bourses multiples me paraît offrir toute sécurité à ce point de vue.

3° Le cathétérisme des uretères peut être et doit être souvent une opération dangereuse par le retentissement qu'il peut avoir sur le rein, et dans le cas où on jugerait à propos de le faire, pour modifier l'état de l'organe, ou celui des bassinets, comme cela a été proposé par des chirurgiens étrangers, il serait bien plus simple de le faire par la taille hypogastrique que par l'uréthro-colpo-cystotomie. Au reste, je ne recommande en aucune façon cette méthode de traitement, sur la valeur de laquelle je ne suis nullement édifié.

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'action physiologique et thérapeutique de l'orthométhylacétanilide (1).

Par MM. G. Dujardin-Beaumetz et G. Bardet.

Un grand nombre de corps de la série aromatique nous ont été apportés, dans le courant des deux dernières années, au laboratoire de thérapeutique de l'hôpital Cochin, ce qui nous a permis d'entreprendre un travail d'ensemble sur l'action comparée des composés de cette série et la recherche d'une loi qui permettrait d'établir cette action en fonction de leur composition chimique. Parmi ces corps, nous avons eu l'occasion d'étudier un dérivé de la benzine désigné sous le nom d'« Exalgine » (de ἐξ, hors; et ἄλγος, douleur), par le chimiste qui l'a préparé, M. Brigonet; ce composé en raison des propriétés physiologiques très nettes qu'il possède, nous a permis de faire faire un pas à cette étude générale.

L'exalgine est, chimiquement, l'« Orthométhylacétanilide », $C^9H^{11}AzO$: on obtient avec l'acétanilide trois dérivés méthylés, occupant les positions para, ortho et méta; c'est donc le dérivé ortho, dont le point de fusion est 101°C, que nous avons étudié. Il se présente en aiguilles fines ou en larges tablettes blanches, suivant qu'il a été obtenu par cristallisation ou qu'il s'est pris en

(1) Note présentée à l'Académie des sciences dans la séance du 18 mars 1889.

masse après distillation ; il est peu soluble dans l'eau froide, plus soluble dans l'eau chaude, très soluble dans l'eau légèrement alcoolisée.

Administré à un animal, ce corps agit énergiquement sur l'axe cérébro-spinal et entraîne, en quelques minutes, la mort d'un lapin, à la dose de 46 centigrammes par kilogramme du poids du corps ; il se produit alors des phénomènes d'impulsion, du tremblement et la paralysie des muscles respiratoires. A dose non toxique, la sensibilité à la douleur disparaît, mais la sensibilité tactile persiste ; on note un abaissement progressif et notable de la température.

Comparés à ceux de l'antipyrine, les effets physiologiques et toxiques de ce corps se ressemblent beaucoup ; mais cependant l'orthométhylacétanilide, ou plus simplement exalgine, paraît agir plus nettement sur la sensibilité et d'une façon moins active sur les centres thermogènes.

Au point de vue thérapeutique, on obtient de l'exalgine des effets analgésiques à la dose de 25 à 40 centigrammes, prise en une seule fois, ou de 40 à 75 centigrammes prise en deux fois dans les vingt-quatre heures. Cette action analgésique est très marquée et paraît supérieure à celle de l'antipyrine, et cela dans toutes les formes de névralgie, y compris les névralgies viscérales. Jusqu'à présent, nous n'avons pas eu à constater, dans l'emploi de ce médicament, l'irritation gastro-intestinale, le rash et la cyanose, déjà notés dans l'usage de l'antipyrine ou de l'acétanilide, mais une seule fois un léger érythème.

L'exalgine s'élimine par les urines, elle modifie la sécrétion urinaire et agit, comme les antithermiques du même groupe, dans la polyurie diabétique, en diminuant la quantité de sucre et la quantité journalière d'urine.

En résumé, l'exalgine est un puissant analgésique qui paraît supérieur, à ce point de vue particulier, à l'antipyrine ; elle est de beaucoup plus active, puisqu'elle agit à doses moitié moindres. Si l'on compare ce nouveau produit aux autres antithermiques analgésiques tirés de la série aromatique, on constate que, comme ces derniers, l'exalgine est à la fois antiseptique, antithermique, analgésique, mais que c'est cette dernière propriété qui paraît dominer dans ses effets thérapeutiques.

D'après nos recherches sur l'ensemble de ces corps, il semble découler une loi qui permettrait d'apprécier *a priori* la dominante des trois propriétés physiologiques qui caractérisent leur action : effets antiseptiques, antithermiques et analgésiques.

Les effets antiseptiques appartiendraient surtout aux dérivés hydratés (phénol, naphtol, etc.).

Les propriétés antithermiques seraient surtout dominantes dans les dérivés amidogénés (acétanilide, kairine, thalline, etc.).

Enfin les propriétés analgésiques seraient au maximum dans les corps amidogénés où l'on a substitué à un atome d'hydrogène une molécule d'un radical gras et particulièrement de méthyle (antipyrine ou diméthyloxyquinizine, acetphénétidine, etc.) ; le corps que nous venons d'étudier, l'exalgine ou orthométhylacétanilide, rentre donc dans ce dernier groupe.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mars 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

RAPPORTS

L'eau chaude dans les fractures péri-articulaires. — M. CHAUVEL fait un rapport sur un travail de M. Durand, dans lequel il propose, pour le traitement des entorses et des fractures péri-articulaires, des bains locaux d'une durée de vingt-cinq minutes, avec de l'eau aussi chaude qu'on peut la supporter (45, 48 et même 50 degrés).

Ce traitement amène très rapidement la disparition de la douleur, du gonflement, et, en quatre ou cinq jours, l'épanchement est résorbé.

Sans vouloir nier l'utilité de ce traitement, on peut se demander s'il est supérieur à la compression et au massage employés avec succès.

Déformation des projectiles en plomb. — M. CHAUVEL analyse une note de M. Gripat (d'Angers), qui a eu l'occasion d'enlever une balle d'un fusil de guerre qui était entrée dans la cuisse d'un soldat et s'était arrêtée au niveau du fémur.

Cette balle est fortement aplatie, et l'on peut à ce propos se poser la question controversée de savoir si cet aplatissement est dû à la fusion du projectile, ou à la pression qu'il a subie dans les tissus. Comme on trouve marquées à la surface les rayures d'un tissu entraîné avec la balle, il faut admettre l'hypothèse de la pression. La balle, en fondant, eût détruit ce tissu sans en prendre l'empreinte, ainsi que M. Gripat s'en est assuré par de expériences.

Rupture de l'uretère. — M. TILLAUX fait un rapport sur une observation, adressée par M. Chaput, et dont voici le résumé :

Un homme reçoit, le 9 août, un violent coup de jarret de cheval dans le flanc droit. Transporté à l'hôpital le 11, on trouve une volumineuse tumeur de la région lombaire qui est douloureuse. Le lendemain cette tumeur diminue, mais il s'en forme une nouvelle dans la fosse iliaque, qui finit par occuper tout l'espace compris entre les os du bassin et les fausses côtes.

M. Chaput fait alors une ponction et, ayant retiré un liquide rosé, il pense à un épanchement séro-sanguin justiciable d'une intervention. Il fait alors une incision analogue à celle que l'on pratique pour la ligature de l'iliaque, essaie de décoller le péritoine, mais celui-ci se déchire et laisse apparaître une tumeur du volume d'une tête d'enfant. Cette tumeur est incisée, et il en sort du liquide rosé mélangé de matières fécales ; on était donc dans le cæcum. Lorsque celui-ci est vidé, on voit qu'il se remplit à nouveau, le liquide arrivant par une perforation de sa paroi postérieure. La perforation est suturée, il en est de même de la plaie opératoire, et l'on va à la recherche du foyer, situé derrière le côlon ascendant. Ce foyer est énorme ; il contient une pleine cuvette de liquide rosé ayant les caractères de l'urine.

Il s'agissait donc d'une rupture de l'uretère, avec épanchement d'urine qui s'était fait jour dans l'intestin par un orifice produit sans doute au moment du traumatisme.

Le foyer nettoyé, la solidité des sutures intestinales vérifiée, on ferme le ventre.

Le malade guérit de l'opération, mais il se forma, au niveau de la plaie opératoire, une fistule urinaire et stercorale. Pour remédier à cet état de choses, M. Chaput fit la néphrectomie du côté droit, ce qui fut relativement facile, et, quelque temps après, les deux fistules étaient guéries.

Traitement des calculs biliaires. — M. TERRILLON fait un rapport sur l'observation d'une femme de quarante-deux ans, adressée par M. Latouche (d'Autun). Cette femme, une année après avoir été atteinte de coliques hépatiques, présentait, dans le ventre, une volumineuse tumeur de l'hypochondre droit, développée surtout en arrière, ne dépassant pas la ligne médiane. Le développement de la tumeur ne s'était accompagné d'aucun phénomène grave.

On fit la laparotomie et on tomba sur la vésicule biliaire adhérente au péritoine pariétal ; elle fut ouverte, et il s'en écoula une grande quantité d'un liquide jaunâtre et 84 calculs.

La cavité fut lavée, drainée, suturée à la paroi, et, six semaines après, la malade paraissait guérie, lorsque, tout à coup, son foie augmenta de volume ; elle eut de l'ictère, et finalement mourut deux mois après l'opération. Il s'est produit là, probablement, des troubles hépatiques de nature inconnue.

Cette observation est intéressante par plusieurs points.

Au point de vue du diagnostic, elle prouve que la vésicule biliaire, même lorsqu'elle est énormément distendue, ne dépasse pas la ligne médiane. Elle se développe plutôt vers la région postérieure.

Elle prouve, en outre, que cette vésicule peut contracter de nombreuses adhérences avec la paroi, sans que la formation de ces adhérences puisse être soupçonnée.

Elle prouve enfin que la vésicule biliaire, fût-elle calculeuse et distendue par du liquide, peut s'oblitérer complètement. A aucun moment, en effet, la malade n'a rendu de bile par la plaie.

Depuis deux ans, M. Terrillon a fait lui-même deux opérations de cholécystotomie. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de vingt-neuf ans, venant du Brésil ; pendant l'année 1886, elle avait eu de violentes douleurs d'estomac, de la fièvre, des vomissements. Ces accidents durèrent environ trois semaines. Un an après, la région épigastrique devint douloureuse et volumineuse. Un médecin diagnostiqua une hypertrophie du foie. Les accidents disparurent encore pour reparaître un mois après. M. Terrillon lui pratiqua l'opération ; il fit une incision de 10 centimètres sur la ligne médiane, trouva le péritoine libre, l'ouvrit et découvrit une poche à parois blanchâtres ; il ponctionna et tira 700 grammes d'un liquide à peine coloré. La poche avait contracté des adhérences profondes ; elle ne contenait aucun calcul, mais toute sa surface était incrustée de sels calcaires ; le canal cystique était oblitéré ; il ne s'écoula pas de bile. M. Terrillon fit le lavage de cette poche, fixa ses bords à la paroi, plaça un gros drain ; l'opération avait duré une heure un quart. On fit des injections phéniquées et boriquées ; il n'y eut aucune trace de bile ; les fils furent enlevés le onzième jour. Il s'écoula une quantité considérable de liquide, 250 à 300 grammes par jour ; l'état général s'améliora. On fit des injections de teinture d'iode ; cinq mois et dix jours après l'opération, la plaie était fermée et la malade complètement guérie.

Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans, qui entra dans le service de M. Terrillon, le 14 février 1889. Il y a quatorze mois, on sentit une petite tumeur au niveau des fausses côtes. Il y avait des antécédents de péritonite localisée. Le 19 février, M. Terrillon fit une ponction exploratrice qui donna issue à un liquide verdâtre, contenant de la fibrine, des acides biliaires, de la mucine. Le 26 février, il fit la laparotomie ; il trouva des adhérences du péritoine à la tumeur, fit une ponction qui donna 1 300 grammes de liquide. Comme dans le premier cas, incision, nettoyage de la poche, drainage, fixation de la poche à la paroi abdominale ; tout d'abord il sortit très peu de bile, puis brusquement celle-ci devint très abondante. Le canal cystique, qui était obstrué au moment de l'opération, fut désobstrué. Ce malade a encore une fistule biliaire.

M. JALAGUIER a opéré une femme qui présentait un ictère très grave et une volumineuse tumeur de la vésicule biliaire. Il fit la laparotomie, ouvrit la vésicule qui contenait un liquide clair, sans calcul, et sutura la poche à la paroi. Le lendemain, le pansement était rempli de bile.

Il croit que, dans ce cas, il s'est agi d'une oblitération du canal cholédoque qui a été désobstrué après l'opération.

La malade a guéri, mais elle a encore une fistule biliaire.

Tumeurs de l'ombilic. — **M. POLAILLON** rappelle que M. Colombe (de Lisieux) a envoyé l'observation d'une malade qu'il avait opérée d'une tumeur de l'ombilic de nature indéterminée, mais donnant lieu à d'abondantes hémorrhagies. Ultérieurement, cette malade est morte de cirrhose, et on a pu avoir l'explication de ces hémorrhagies. Le ligament suspenseur du foie était parcouru par une anastomose veineuse volumineuse, allant du système porte au système veineux abdominal. Cette grosse anastomose aboutissait à la tumeur, et s'était aussi ulcérée.

Plaies de l'abdomen. — **M. BERGER** fait un rapport sur une communication de M. Michaux. Il s'agit d'un homme atteint au ventre d'une balle de revolver et présentant un certain nombre des signes de la pénétration. Ces signes ne parurent pas suffisants pour une laparotomie, et, de fait, le malade guérit et le projectile fut expulsé spontanément dix jours après la blessure.

De ce fait, M. Michaux conclut que le diagnostic de la pénétration étant souvent des plus difficiles, on doit explorer les plaies de l'abdomen avant d'en arriver à la laparotomie.

A propos de ce fait, M. Berger rappelle avoir communiqué l'histoire d'une malade qui s'était tiré un coup de revolver dans le creux épigastrique, et qui s'était perforé l'estomac. Voici la fin de l'observation de cette malade, qui a guéri sans intervention : Au bout de quelque temps, le projectile vint se faire jour dans un espace intercostal du côté opposé, et l'on croyait que tout était fini, lorsque, peu de temps après, on put retirer, par l'anus, la douille de la cartouche. Voici comment s'explique la chose :

Cette femme avait fait usage d'un revolver de 9 millimètres, dans lequel elle avait mis successivement une cartouche de 7 millimètres, puis une cartouche de 9 millimètres. Le coup parti, la balle de 9 millimètres repoussa devant elle la cartouche qui la précédait, la fit détonner, et ce fut cette dernière (balle et douille) qui vint faire la plaie que constata M. Berger. Quant à la balle de 9 millimètres, sa force de projection ayant été épuisée par son action sur la cartouche qui la précédait, elle était tombée inerte dans le lit, où on l'avait retrouvée au moment de l'accident.

M. MARC SÉE rappelle avoir insisté sur la nécessité d'explorer toutes les plaies de l'abdomen par balle de revolver, avant de faire la laparotomie.

M. RECLUS a eu connaissance d'une observation, publiée dans un journal espagnol, relative à un homme qui s'était tiré dans le ventre une balle du poids de 22 grammes. Tous les signes de la pénétration furent constatés, on ne fit pas de laparotomie et le malade guérit.

Dans un cas qui lui est personnel, M. Reclus explora la blessure avec le doigt qui pénétra dans le ventre. La plaie était donc pénétrante, mais comme il n'y avait pas de symptôme grave, il attendit. Le blessé guérit.

Dans un troisième cas, consécutif à un coup de couteau, il pouvait croire à une plaie pénétrante et l'explora. Cette exploration lui montra que la plaie n'était pas pénétrante.

M. CHAUVEL dit que l'exploration avec le doigt peut rendre de grands services, mais à la condition qu'elle soit possible. Or, il est bien difficile souvent d'explorer de la sorte des plaies dues à des projectiles de guerre.

M. TERRIER partage l'opinion de M. Chauvel, et il ajoute que, même en introduisant le doigt dans la plaie, il n'est pas toujours facile d'affirmer que la plaie est ou n'est pas pénétrante.

Traitement des déplacements et des déviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds. — **M. SCHWARTZ** a pratiqué 10 fois cette opération, dite opération d'Alquié-Alexander, soit pour des prolapsus, soit pour des versions et des flexions réductibles ou facilement réduites.

Elle a été pratiquée seule 9 fois pour des prolapsus combinés à des rétroversions, ou à des rétroflexions, ou les deux réunies, 1 fois pour un prolapsus avec cystocèle ; dans ce dernier cas elle a été combinée à l'élytrorrhaphie. Toutes les fois, elle a été faite pour des déviations réductibles ou très facilement réduites ; une seule fois elle a été pratiquée pour une rétroversoflexion adhérente ou plutôt résistante, avec prolapsus des ovaires dans le cul-de-sac de Douglas ; ce qui a donné lieu à un insuccès complet.

Comme résultats, voici ce qui a été observé :

Immédiatement ou peu après l'opération le redressement a été complet dans 6 cas, incomplet 3 fois, nul 1 fois. Les troubles fonctionnels ont été supprimés complètement ou à peu près dans 7 cas, atténués dans 1, non modifiés dans 2.

M. Schwartz conclut que l'opération d'Alquié-Alexander parait convenir dans tous les cas de déviations utérines réductibles ou facilement réduites, et faciles à maintenir, sans augmentation notable du volume et du poids de la matrice ; elle paraît encore indiquée dans les cas de prolapsus simple au premier degré ; s'il y a peu de résistance du plancher périnéal, cystocèle, rectocèle, il sera utile de la combiner avec des opérations anaplastiques.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que ce qu'il faut considérer

avant tout, dans la cure des déviations et des abaissements utérins, c'est de savoir si, après l'opération, la gêne, les douleurs qui rendaient la vie de la malade impossible ont disparu. Or, cette douleur et cette gêne ne sont pas sous la dépendance exclusive du déplacement, et le rétablissement mécanique de l'organe dans sa position normale ne suffit généralement pas à les faire disparaître, du moins pour toujours.

Dans tous ces cas, il faut attendre pour affirmer que le résultat cherché est obtenu.

Par contre, il a vu une femme qui avait une rétroversion accompagnée de très violentes douleurs, pour laquelle il fit une laparotomie dans le but de redresser l'utérus, et le fixer à la paroi abdominale; comme l'utérus avait contracté des adhérences, il dut le laisser en place, mais, par contre, il enleva les deux ovaires qui étaient remplis de petits kystes. La femme aujourd'hui est guérie, bien qu'elle ait conservé sa déviation.

En ce qui concerne la comparaison au point de vue opératoire, entre l'opération d'Alexander et l'hystéropexie, c'est à cette dernière qu'il faut donner la préférence : ses résultats paraissent plus certains, et l'opération est moins grave.

M. QUÉNU a fait une opération d'Alexander pour rétroversion douloureuse : les suites de l'opération ont été simples, et la malade a été soulagée pendant trois mois. Depuis ce moment les douleurs ont reparu, et cependant la déviation est maintenue réduite. Il est probable que les douleurs sont dues à des lésions voisines de l'utérus.

M. SEGOND a fait quatre opérations d'Alexander; quelques-unes de ses malades s'en sont très bien trouvées, aussi bien au point de vue des douleurs qu'au point de vue de la déviation. Ce sont celles dont l'utérus n'était pas maintenu en place par des adhérences; les autres n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération.

M. SCHWARTZ n'a pas dit que l'opération d'Alquié fût une panacée pour toutes les rétrodéviations utérines, il a voulu seulement l'opposer à l'hystéropexie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 13 mars 1889, le compte financier de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris est réglé, pour l'exercice 1888, savoir :

Pour les recouvrements, à la somme de.	46.521.061 60
Et pour les paiements à celle de	42.925.932 17
D'où ressort un excédent des recouvrements sur les paiements de	3.594.125 43

— *Concours d'agrégation* (*accouchements*). — Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.

Séance du vendredi 22 mars : MM. Tissier, Bonnaire et Rivière : « Des luxations du fémur au point de vue obstétrical. »

— Par arrêté ministériel, en date du 24 mars 1889, sont attachés aux Facultés ci-après designées, pour une période de neuf ans, à partir du 1er novembre 1889, les agrégés des Facultés de médecine dont les noms suivent:

Paris : MM. Chantemesse, Marie, Gilbert, Letulle et Netter. — *Montpellier* : M. Sarda. — *Lille* : M. Combemal. — *Lyon* : M. Roque. — *Bordeaux* : M. Mesnard.

— Par décision ministérielle, en date du 16 mars 1889, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Chavier, pour le quatrième bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Darde, pour le 3e régiment de chasseurs à cheval.

— *Bureaux de bienfaisance.* — Le Conseil municipal de Paris, malgré les très sages observations de MM. Després, Levraud et Bassinet, a pris, par 33 voix contre 27, la délibération suivante :

« ARTICLE PREMIER. — Le service des consultations sera séparé complètement du service des traitements à domicile.

ART. 2. — Les médecins attachés au service des consultations auront une indemnité fixe de 600 francs par an et donneront trois consultations par semaine.

ART. 3. — Les médecins attachés au service des traitements à domicile recevront une indemnité minima de 600 francs par an et des indemnités supplémentaires, à raison des visites faites au-delà du nombre de 600.

ART. 4. — Les fonds destinés au service médical seront répartis au prorata de la population indigente, en en réservant un dixième pour parer aux éventualités.

ART. 5. — Chaque arrondissement ne pourra être divisé en plus de quatre circonscriptions médicales, entre lesquelles seront répartis les médecins des bureaux de bienfaisance.

ART. 6. — Les malades pourront choisir leur médecin parmi ceux qui seront attachés à la circonscription de leur domicile.

ART. 7. — La direction de l'Assistance est invitée à faire tenir un état statistique indiquant par médecin le nombre de malades, le nombre de visites et la dépense en médicaments. »

— M. le docteur Claisse est nommé membre du comité d'organisation du Congrès international pour l'amélioration du sort des aveugles.

— M. le docteur Émile Duval, médecin en chef de l'établissement hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe, vient de recevoir la décoration du Medjidié.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Lannois, agrégé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Antoine (de Saint-Ouën-les-Parey); Bodereau (du Mans); Chaffard (d'Auriol); Gascard (de Pripriac); Judée, médecin-major de première classe en retraite; Martin (de Quimperlé); J. Marsoô (d'Orthez) et Routier (d'Astaffort).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1888-1889 sera ouvert le mercredi 3 avril, et clos le jeudi 18 avril, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures : 1° inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 3, jeudi 4, vendredi 5, samedi 6, mercredi 10, jeudi 11, vendredi 12 et samedi 13 avril; 2° inscriptions de troisième et de quatrième année de doctorat et de deuxième, de troisième et de quatrième année d'officiat, les mercredi 17, jeudi 18 avril, mercredi 1er, jeudi 2, vendredi 3 et samedi 4 mai.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants de quatrième année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique doivent présenter leur carte d'admission à ces travaux en prenant leur inscription trimestrielle. Même obligation est imposée à MM. les étudiants de première année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques de physique.

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, doivent joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre 1888-1889. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 37. — JEUDI 28 MARS 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 28 MARS 1889. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Verneuil a terminé la lecture de son travail sur la pathogénie du tétanos. On trouvera au compte rendu un résumé de cette communication. Après ce long exposé de faits et de documents en faveur de la contagion et de la nature infectieuse du tétanos, M. Verneuil arrive à quelques conclusions pratiques, relatives à sa prophylaxie, telles que l'isolement des tétaniques, la nécessité de ne jamais coucher un blessé dans une écurie, la stérilisation de l'endroit où est mort un cheval tétanique, les plus grandes précautions imposées aux vétérinaires pour la castration des chevaux.

Ces précautions, indiquées par M. Verneuil, sont, en effet, la conséquence des trois principales opinions qu'il a soutenues avec tant d'énergie : la contagion interhumaine, l'origine tellurique et la provenance équine du tétanos. La discussion continuera. L'opinion si absolue de M. Verneuil ne sera certainement pas acceptée sans conteste. Les médecins ne prendront-ils pas part au débat, ne fût-ce que pour plaider un peu en faveur du tétanos spontané, tétanos médical ou tétanos *a frigore*, variétés dont il est à peine fait mention dans la longue argumentation de M. Verneuil?

L'intéressante communication faite dans l'une des dernières séances, par M. Lancereaux, sur l'empoisonnement oxycarboné par les poêles mobiles (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 141), ne pouvait manquer de devenir le point de départ d'une discussion; déjà MM. Brouardel et Gautier étaient venus appuyer les conclusions de M. Lancereaux.

Aujourd'hui c'est M. Vallin qui, tout en partageant l'opinion de M. Lancereaux sur les dangers des poêles à combustion lente, n'est pas d'avis de n'autoriser la vente de ces poêles qu'à la condition que leur tirage soit suffisant pour transformer tout le carbone en acide carbonique. Cette mesure aurait pour effet de prohiber tous les poêles qui existent aujourd'hui dans le commerce. M. Vallin pense qu'il n'y a pas lieu d'aller aussi loin et qu'il est plus rationnel d'indiquer les précautions à prendre dans le maniement de ces appareils de chauffage, de créer des associations de protection sanitaire, comme en Angleterre, et de ne recourir aux mesures prohibitives que lorsque la salubrité publique est compromise.

M. Le Roy de Méricourt a aussi un peu défendu les poêles mobiles, et il pense que le devoir des hygiénistes est de prévenir le public des accidents qui leur sont imputables, accidents presque toujours dus à l'incurie et à l'inobservance des conditions essentielles à leur bon fonctionnement, et non de le traiter en mineur.

Enfin M. Dujardin-Beaumetz a porté la question sur son véritable terrain scientifique, en rendant compte à l'Académie d'expériences qu'il a entreprises avec M. de Saint-Martin, sur l'analyse des gaz de combustion provenant de ces poêles. Jusqu'ici tous les hygiénistes qui se sont occupés de la question ne pouvaient se baser que sur les analyses faites, en 1881, par M. Boutmy. Or, les expériences de MM. Dujardin-Beaumetz et de Saint-Martin démontrent que les chiffres fournis par M. Boutmy sont inexacts et ils arrivent ainsi à des conclusions tout à fait différentes, ainsi qu'on le verra à la lecture de ce document au compte rendu.

L'Académie a élu deux membres correspondants nationaux : MM. Duclos (de Tours) et Fabre (de Commentry).

M. le Président a annoncé la mort de M. Donders (d'Utrecht), membre correspondant.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. LAPERVENCHE, interne des hôpitaux.)

XV

Quand le fibrome n'est pas saillant dans le vagin, nous employons deux procédés qui diffèrent suivant que le fibrome est ou n'est pas saillant dans la cavité utérine.

Dans le premier cas, nous faisons la section bilatérale du col et, dès que nous voyons la tumeur, nous la saisissons avec des pinces de Museux, à mors droits et larges, de notre modèle; nous l'attirons, nous sectionnons la muqueuse qui la recouvre et nous l'évidons en morcelant du centre à la périphérie. Si cela est nécessaire, nous pinçons les vaisseaux afférents de manière à obtenir l'hémostasie définitive.

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 246.

Dans le second cas, si le fibrome est situé dans l'épaisseur de la couche musculaire et tend à se porter du côté du péritoine plutôt que vers la muqueuse, le manuel opératoire est analogue, mais plus difficile. Nous commençons par disséquer le col et par faire l'incision bilatérale à la fois du col et du corps de l'utérus, puis, nous plaçons sur les lèvres de la division quelques pinces hémostastiques qui permettent de les attirer vers l'orifice vulvaire. Si cette section bilatérale ne suffit pas pour reconnaître la place occupée par le fibrome, nous ouvrons la cavité péritonéale du côté où il fait le plus saillie. On s'est d'avance assuré de la situation de la vessie et des uretères; les mesures antiseptiques les plus rigoureuses ont été prises.

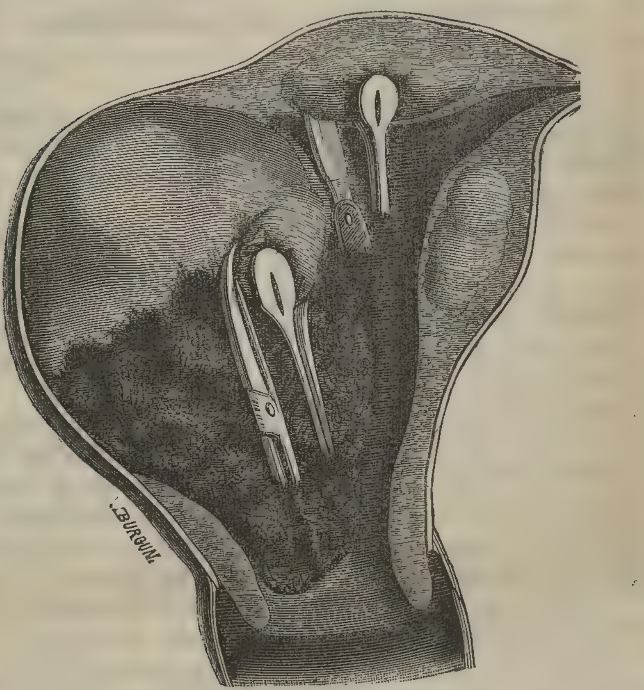


Fig. 28. — Ablation, par morcellement, de deux fibromes interstitiels du corps de l'utérus. On voit que les tumeurs sont attaquées et morcelées avec le bistouri, les ciseaux et les pinces de divers modèles que nous avons fait construire à cet effet.

Une fois l'utérus suffisamment abaissé, nous introduisons le doigt dans la cavité du corps et nous cherchons à reconnaître la partie inférieure de la tumeur. Ceci fait, nous plaçons des rétracteurs dans la cavité utérine, puis nous incisons la muqueuse et la portion de la couche musculeuse, de façon à reconnaître le tissu morbide dont la blancheur est caractéristique. Dès que nous le voyons, nous le saisissons à son tour avec des pinces de Museux modifiées, ou avec des pinces à mors fenêtrés, droits ou courbes, et, au moyen des ciseaux ou du bistouri, nous procédons à l'évidement par morcellement du centre à la périphérie, jusqu'à ce que la presque totalité soit détachée du tissu utérin. Souvent la dernière portion s'énuclée sans trop de difficulté. La tumeur enlevée, il ne reste plus qu'une loge formée aux dépens de la masse musculaire de l'utérus; les vaisseaux saignants sont saisis avec des pinces à demeure et, si les lèvres du col ont été trop meurtries au cours de l'opération, on les excise et on suture ensuite les bords de la portion restante à ceux de la plaie vaginale, au moyen d'anses séparées de fil d'argent conduites avec notre chasse-fil. Quant à l'ouverture péritonéale, il y a souvent intérêt à la laisser ouverte. On lave le vagin au sublimé et on le remplit d'éponges iodoformées qui sont retirées, de même que les pinces hémostatiques, après trente-six ou quarante-huit heures. Ce procédé de myotomie vaginale nous a donné les meilleurs résultats, En voici deux exemples :

Obs. XVI. — Une malade, âgée de quarante-deux ans, vient nous consulter en mars 1885, pour un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus, qui produisait des hémorrhagies inquiétantes et comprimait le rectum. Le toucher vaginal et le toucher rectal combinés au palper abdominal, nous font connaître que la tumeur est unique, occupe les fosses iliaques et remonte jusqu'à l'ombilic.

La malade, anesthésiée, est placée dans le décubitus latéral gauche, nos rétracteurs courbes écartent les parois du vagin et nous disséquons le col jusqu'au cul-de-sac de Douglas, que nous ouvrons. La partie inférieure de la tumeur, qui descend dans la cloison recto-vaginale, est mise à nu : nous reconnaissons qu'elle y est solidement enclavée. Plaçant alors la malade dans le décubitus dorsal, nous détachons du vagin la partie antérieure du col et nous disséquons le corps de l'utérus jusqu'au cul-de-sac péritonéal antérieur, qui n'est pas ouvert, puis nous faisons la section bilatérale du col dans toute sa hauteur. Celui-ci a le double de son volume normal. La cavité du corps de l'utérus, également agrandie, mesure 15 centimères de longueur. Une fois l'utérus détaché, il devient possible de l'abaisser et avec lui la tumeur. Nous coupons celle-ci profondément, en son milieu, avec le bistouri. Dès que cette ouverture est faite, nous saisissons chaque moitié de la tumeur avec nos fortes pinces à hystérectomie, à mors carrés et dentés, puis, tirant en bas, nous abaissons et nous évidons l'intérieur, tout en ménageant la capsule d'enveloppe. Après avoir excisé la moitié inférieure, nous attirons avec les pinces les portions sus-jacentes et, à l'aide de tractions bien combinées, nous finissons par abaisser et par morceler la portion supérieure de la tumeur qui vient en entier. Celle-ci a le volume d'une tête de fœtus à terme. La tumeur extraite, nous reconnais-



Fig. 29. — Fibromes multiples du corps de l'utérus ayant nécessité l'hystérectomie vaginale totale et le morcellement.

sons qu'elle s'était creusé une vaste loge dans l'épaisseur de la paroi postérieure de l'utérus hypertrophié autour d'elle, qu'elle faisait aussi saillie dans la cavité utérine dont la muqueuse était ulcérée par places, et qu'elle avait rempli le cul-de-sac de Douglas, qui se trouvait ainsi largement ouvert. Il ne nous reste plus qu'à placer quelques pinces à demeure sur les vaisseaux saignants, à laver le vagin au sublimé et à le tamponner avec la gaze iodoformée. Le douzième jour, les fils sont retirés et le quinzième la malade rentre chez elle, complètement guérie (1).

Obs. XVII. — H..., âgée de cinquante-quatre ans, entre le 12 janvier 1887 dans notre service à l'hôpital Saint-Louis. Elle est, depuis six mois, atteinte d'une tumeur du sein droit, de douleurs abdominales et d'une dysurie qui nécessite le cathétérisme vésical. Aujourd'hui nous découvrons une tumeur du volume d'une tête de fœtus dans le fond et dans la partie latérale droite du corps de l'utérus.

15 janvier. — Chloroforme. La malade étant placée dans le décubitus latéral gauche, le vagin lavé et rétracté, nous disséquons circulairement la face interne du col jusqu'au péritoine, qui est ouvert, et nous reconnaissons, en plongeant l'index dans le cul-de-sac de Douglas, que la tumeur fait saillie à droite. Section bilatérale du col et du corps de l'utérus, introduction du doigt dans leur cavité, montrant que la tumeur occupe le fond et la corne droite. Nous sectionnons à ce niveau la muqueuse et la portion de tunique musculaire qui la recouvre, nous voyons aussitôt jaillir un flot de liquide très clair, entraînant le long des instruments une membrane blanche, épaisse de 2 millimètres. Nous attirons celle-ci au dehors et nous reconnaissons qu'elle n'est autre que la membrane enveloppante d'un kyste hydatique, ce qui fut d'ailleurs confirmé par l'examen histologique. Le kyste vidé, nous excisons par morcellement la coque fibreuse qui l'entoure et nous laissons, sur les bords de la perte de substance, quelques pinces à demeure. Le vagin est lavé et bourré d'éponges iodoformées. Les pinces sont retirées après vingt-quatre heures, les éponges le quatrième jour. Guérison complète le douzième. La malade retourne chez elle le quinzième.

Ces exemples vous démontrent suffisamment que, grâce au morcellement, l'ablation des tumeurs utérines, par la voie vaginale, est appelée à rendre les plus grands services. Comme elle n'est pas aussi dangereuse que la voie abdominale, nous n'hésitons pas à y recourir pour l'ablation des tumeurs bénignes du corps de l'utérus, qui n'ont pas encore acquis un grand développement.

CLINIQUE DES QUINZE-VINGTS. — M. A. Trousseau.

Traitement des affections des voies lacrymales (2).

(Leçon recueillie par M. le docteur H. Le Roy de Langevinière, aide de clinique du service.)

II

B. Canalicules. — Les affections du canalicule reconnaissent comme causes :

1° Soit un catarrhe amené par l'extension d'une conjonctivite ;

2° Soit certaines tumeurs (dacryolythes, par exemple) qui en bouchent la lumière.

Comment reconnaîtra-t-on que le canalicule est en cause ? En introduisant le stylet ou en faisant une injection par le point inférieur ; si celle-ci revient par le point supérieur, elle indiquera une obstruction siégeant à l'orifice interne du canalicule.

Nous avons deux moyens de traitement :

1° Le stylet conique introduit, comme nous l'avons indiqué plus haut, jusqu'à ce qu'il rencontre une paroi osseuse ;

2° Les injections d'eau.

A cet effet, une simple seringue de Pravaz de gros calibre, munie d'un embout spécial, me paraît plus avantageuse que celle d'Anel qui est lourde, encombrante et souvent fait mal au malade. Celle de Pravaz est plus légère, plus facile à manier. Le bout de la seringue est introduit comme le stylet.

Pour faire une injection dans les canalicules, on introduit le bout de la seringue comme s'il s'agissait du stylet conique ; on doit encore prendre certaines précautions :

1° Pousser très doucement, afin de ne pas lancer le liquide dans le tissu cellulaire environnant, ce qui donnerait lieu à un œdème considérable des paupières ;

2° Faire pencher la tête du malade en avant, afin de s'assurer que le liquide passe par le nez.

C. Sac lacrymal. — Le sac est exposé à deux affections :

1° Le catarrhe ou la blennorrhée ;

2° La dacryocystite.

Au point de vue qui nous occupe, il est utile d'établir que, dans les affections du sac, le rétrécissement n'est pas primordial, il ne vient qu'au bout d'un certain temps.

Rappelons-nous l'uréthrite. Il y a inflammation d'abord et rétrécissement plus tard ; il en est absolument de même pour la muqueuse du sac.

Remarquons aussi que les affections nasales peuvent l'atteindre par propagation : il se fait alors une sécrétion muqueuse, c'est une sorte de coryza du sac ; la muqueuse sécrète en excès, le sac dilaté se vide mal, d'où poussées sécrétoires et cercle vicieux.

En somme, il y a plutôt dilatation que rétrécissement.

1° *Catarrhe.* — Il est caractérisé par sa chronicité et son indolence et par la nature muqueuse du liquide contenu dans le sac.

Comme causes, nous citerons les conjonctivites, les inflammations de la muqueuse nasale, les lésions syphilitiques et scrofuleuses des os du nez, les vieux chicots (Abadie), les périostites voisines, etc.

Le traitement des causes génératrices s'imposera ; on donnera les toniques, les anti-syphilitiques s'il y a lieu ; localement on traitera les affections de la conjonctive et du nez.

On explorera toujours ce dernier organe. S'il est reconnu malade, on fera des injections d'eau salée et souvent ce moyen sera plus efficace que le cathétérisme.

Contre l'inflammation de la muqueuse du sac, nous emploierons les modificateurs des muqueuses, c'est-à-dire les injections avec le sulfate de zinc, le nitrate d'argent, la teinture d'iode, les liquides antiseptiques, etc. Pour les faire parvenir dans les voies lacrymales, il faudra pratiquer une opération préparatoire qui a pour but de permettre l'introduction des instruments et la sortie des matières contenues dans le sac, je veux parler de la stricturotomie. Elle consiste à fendre largement, avec le couteau de Weber, le canalicule supérieur (moins utile que l'inférieur à l'aspiration des larmes), puis à pratiquer la section du ligament palpébral interne, qui bride le sac et empêche le contenu de s'écouler à l'extérieur, et enfin à débrider le sac lui-même.

---

(1) Voir, pour plus de détails, *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 446.

(2) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 316.

Cette opération sera exécutée de la façon suivante : le canalicule est tendu et sa courbure transformée en une ligne droite par une traction en haut et en dehors, que l'on exerce sous la paupière supérieure à l'aide de l'index gauche.

Le bouton du couteau de Weber est introduit perpendiculairement, puis l'instrument, dont le tranchant est tourné en bas et aussitôt placé en parallélisme exact avec le bord tendu de la paupière, est poussé dans cette direction jusqu'à la paroi osseuse du sac.

Il suffit, alors, d'abaisser le manche du couteau en même temps que l'on continue à tendre la paupière en haut, pour sectionner le canalicule dans toute son étendue.

Pour couper le ligament palpébral interne, on fait exécuter au couteau, autour de sa pointe, un mouvement de rotation, de façon à le rendre vertical, et on tourne le tranchant en avant; il ne reste plus qu'à le pousser en bas comme si on voulait le conduire tangentiellement à l'aile du nez.

Le couteau est ensuite retiré, en exerçant une pression du côté de son tranchant, de façon à sectionner tout obstacle. Enfin, au moment du retrait du couteau, on tendra fortement la commissure externe, de façon que le ligament palpébral interne se présente sur le tranchant du couteau et se trouve sectionné.

Cette dernière partie de l'opération (stricturotomie) peut être exécutée avec le couteau spécial de Stilling. On peut même, après l'avoir fait pénétrer jusqu'au manche, le retirer un peu et faire, dans trois ou quatre directions différentes, des incisions, de façon que la lame puisse se mouvoir facilement dans tous les sens. Ce couteau est plus solide que celui de Weber, mais rend l'opération plus longue en nécessitant ainsi deux instruments, l'un pour l'incision des canalicules, l'autre pour la stricturotomie.

Ceci fait, on pratiquera des injections avec des liquides antiseptiques (acide phénique 1/100, borique 4/100 ou sublimé 1/2000), au moyen d'une sonde creuse munie d'un mandrin, que l'on retirera aussitôt qu'elle sera introduite. A mesure que l'on pousse l'injection, il faut retirer peu à peu la sonde, afin que le liquide puisse venir en contact avec toute la muqueuse et ne fasse pas que traverser le conduit métallique sans toucher les parties malades.

Le patient devra vider constamment le sac en le pressant avec le doigt; on peut également comprimer le sac pendant la nuit avec une rondelle de coton et une bande.

Weber conseille d'ectropionner le point lacrymal, afin que les larmes n'y pénètrent point. En un mot, il faut éviter à tout prix la stagnation des liquides.

Le cathétérisme est souvent indiqué, moins contre le rétrécissement que pour rétablir la perméabilité des voies lacrymales et les réamorcer.

2° *Dacryocystite.* — La dacryocystite est caractérisée par son acuité, sa tendance à devenir phlegmoneuse et la nature purulente des liquides contenus dans le sac. Dans la dacryocystite aiguë, il y a un gonflement considérable du sac, parfois un véritable phlegmon lacrymal.

Les causes de cette affection sont : les catarrhes chroniques, les périostites, les caries des os chez les syphilitiques, les lésions scrofuleuses, les ulcérations du nez, etc., causes qui nous inspirent les mêmes réflexions que celles attribuées au catarrhe.

Les dacryocystites chroniques seront traitées comme les catarrhes du sac.

Dans la dacryocystite aiguë, la première indication est de livrer passage au pus. Ceci s'obtient par deux procédés :

a. L'incision directe du sac qui ne doit se faire que s'il y a impossibilité de trouver les points lacrymaux et qu'il existe des symptômes phlegmoneux très accusés rendant l'ouverture immédiate indispensable.

Pour être sûr de pénétrer dans le sac avec le bistouri, on fait saillir le tendon de l'orbiculaire en exerçant une traction sur la commissure externe, et on plonge la pointe du couteau en dessous, en la dirigeant en arrière et en dedans.

b. L'opération de Stilling, bien plus avantageuse, car elle n'expose pas aux fistules et permet le traitement consécutif qui n'est autre que celui du catarrhe.

D. Canal nasal. — Les affections du canal sont justiciables du *cathétérisme*, fait par le point lacrymal inférieur.

Pour passer une sonde, il faut inciser très légèrement le point et se garder de fendre le canalicule dans toute son étendue, car moins on produit de déformation, plus le fonctionnement futur est assuré.

Il ne s'agit pas, comme dans les cas de catarrhe ou de dacryocystite, de créer une large voie de sortie aux produits morbides, mais simplement de permettre l'introduction des sondes. Or, en incisant le sphincter seul, elles pénètrent très facilement.

Il est donc non seulement inutile, mais préjudiciable, de pratiquer de larges incisions qui créent une difformité très apparente et rendent souvent interminables des larmoiements, en détruisant la capillarité des voies lacrymales.

La sonde, une fois introduite dans le point tiré en avant par la main gauche, devra être conduite suivant trois directions principales :

D'abord horizontalement, menée jusqu'à ce qu'elle rencontre un plan osseux qui doit donner une sensation nette de résistance et indiquera l'entrée du sac; elle sera tenue verticalement dès cet instant puis, dès qu'elle aura pénétré dans le sac, dirigée obliquement de haut en bas, de dedans en dehors et d'avant en arrière, c'est-à-dire suivant une ligne partant de l'angle interne de l'œil et allant aboutir à l'aile du nez.

Rappelez-vous que la sonde, introduite dans le canalicule, ne doit jamais être retournée et poussée dans le sac sans que sa pointe vous ait fourni une sensation très nette de résistance contre un corps dur, celle que vous éprouveriez, par exemple, en frappant contre votre ongle le bec du cathéter.

La marche des liquides se fait dans les voies lacrymales par capillarité, il ne faut donc pas introduire de sondes volumineuses. Règle générale, on ne dépassera jamais le n° 4.

La sonde sera laissée en place un quart d'heure à vingt minutes.

Vous remarquerez que, chemin faisant, je me suis borné à donner les indications du cathétérisme des voies lacrymales dans chaque cas particulier, réservant, pour la fin de cette conférence, l'étude des procédés opératoires, alors que peut-être vous vous attendiez à ce que cette description fût placée en tête de notre étude; en agissant ainsi, j'ai voulu vous prouver que, contrairement à l'opinion généralement admise, le traitement des affections lacrymales ne consistait pas uniquement dans le passage de la sonde.

Dans les cas rebelles de larmoiement, de catarrhe, de fistule, etc., deux moyens resteraient à employer :

1° *La destruction du sac* (galvano ou thermocautère, pâte de Canquoin, excision de la muqueuse).

2° *L'ablation de la glande lacrymale* (portion orbitaire, Abadie ; portion palpébrale, de Wecker).

Mais ce sont là des solutions extrêmes que vous éviterez presque toujours, si vous vous pénétrez bien des principes que je viens d'exposer.

GOITRE CONSTRICTEUR

COÏNCIDANT AVEC UN CANCER ŒSOPHAGIEN

Par M. le docteur Auguste Pollosson.

Conclusions. — 1° En présence d'un cancer de l'œsophage, lorsque l'obstacle au cathétérisme siège au cou, il faut penser à la possibilité d'un rétrécissement par compression dû à une tumeur thyroïdienne ;

2° Nous émettons, en nous appuyant sur deux faits par nous observés, l'hypothèse que le cancer de l'œsophage peut être le point de départ d'une congestion thyroïdienne se traduisant par des symptômes de compression ou par une simple tuméfaction thyroïdienne ;

3° La coïncidence de ces deux lésions est d'un diagnostic épineux, et l'on est très porté à rejeter l'existence de l'une, quand on a reconnu l'existence de l'autre. (*Province médicale.*)

DU TRAITEMENT DE LA PLEURÉSIE PURULENTE LATENTE

Par M. le professeur Desplats.

Conclusions. — 1° On ne doit recourir à la pleurotomie que lorsque le foyer purulent est septique, et à l'opération d'Estlander que lorsque, le foyer étant septique, le poumon a perdu son expansibilité ;

2° Dans tous les autres cas, surtout lorsque l'épanchement est abondant et le sujet apyrétique, il faut recourir aux ponctions évacuatrices ;

3° Ces ponctions doivent être renouvelées aussi souvent qu'il sera nécessaire et on ne doit jamais attendre que la collection ait acquis l'importance qu'elle avait à la précédente ponction.

J'ajoute que l'expérience montre que ces malades se trouvent bien de mener, autant que possible, la vie commune dans l'intervalle des ponctions ; ils mangent mieux et respirent mieux, conditions très favorables pour la guérison. (*Journ. des sc. médic. de Lille.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mars 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de M. Kalindéro (de Bucharest), qui se porte candidat au titre de membre étranger.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (première division).

Au premier tour de scrutin, M. Duclos (de Tours) est élu par 71 voix sur 80 votants.

Au second tour, M. Fabre (de Commentry) est élu par 38 voix sur 59 votants.

LECTURES

Origines du tétanos. — M. Verneuil termine la lecture de son travail sur le tétanos. Nous en avons fait connaître la première partie (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1237 ; 1889, p. 201). Dans ses communications successives, M. Verneuil s'est attaché à accumuler un grand nombre de preuves en faveur de l'origine tellurique et de la provenance équine du tétanos. Il s'est appliqué à démontrer qu'on pouvait tirer de la nature des professions un premier argument majeur, en faveur de cette provenance équine. Se basant sur les 450 observations qu'il a pu rassembler, il a trouvé de nouvelles preuves dans le mode d'infection des blessures par le virus tétanique, dans la distribution géographique du tétanos ; enfin, il termine par les conclusions suivantes :

Ce qui ressort, dit-il, nettement de ce débat, c'est la démonstration de la contagion et de la nature infectieuse du tétanos. Il faut, maintenant, après avoir minutieusement étudié les qualités, origines, provenances, résidences et résistances du virus tétanique, que tout le monde devrait admettre sans restriction, il faut, comme nos pères l'ont fait pour la syphilis et la malaria, comme nous l'avons fait pour la pyohémie et la fièvre puerpérale, il faut trouver un véritable antidote.

Si nous ne pouvons pas détruire le microbe quand il a pénétré dans l'organisme, nous devons empêcher cette pénétration funeste.

Cette protection contre le tétanos est-elle donc impossible quand nous luttons victorieusement contre la variole, le charbon, la rage, à l'aide des virus atténués contre les infections purulente et puerpérale, contre l'érysipèle, par les pansements antiseptiques, etc. ?

En admettant sans restriction la contagion, l'infection, en abandonnant complètement la théorie nerveuse, nous nous présentons dans l'avenir avec un ensemble de mesures dont l'application diminuera certainement le nombre des victimes.

Admettant la contagion interhumaine, nous mettrons tout tétanique dans un isolement complet, et nous prendrons toute sorte de précautions pour ne pas porter à d'autres la maladie.

Admettant l'origine tellurique, nous enlèverons soigneusement des plaies la terre qui pourrait les infecter, nous nous abstiendrons de la réunion immédiate, souvent funeste, et nous pratiquerons sur les plaies suspectes une antisepsie rigoureuse.

Convaincus de la provenance équine, nous ne ferons jamais coucher un blessé dans une écurie. Quand un cheval aura succombé au tétanos, nous exigerons la stérilisation de l'endroit où il est mort. Nous nous efforcerons de supprimer le tétanos du cheval, source fréquente du tétanos humain. Sachant que la castration est souvent le point de départ du tétanos, nous conseillerons aux vétérinaires de prendre, en faisant cette opération, les précautions antiseptiques les plus sérieuses.

Les dangers de l'usage des poêles mobiles. — M. Vallin déclare que M. Lancereaux a justement insisté sur le danger des poêles à combustion lente. Il a signalé non seulement les intoxications aiguës plus souvent mortelles, mais encore les intoxications chroniques, à petite dose, par l'oxyde de carbone. M. Vallin estime, comme M. Lancereaux, qu'on ne saurait trop attirer l'attention du public et des médecins sur ces appareils de chauffage mal construits. Mais M. Lancereaux a proposé à l'Académie d'indiquer aux autorités compétentes certaines mesures prohibitives en vue de prévenir ces dangers. Sur ce point M. Vallin se sépare de M. Lancereaux. Et voici les raisons qu'il invoque à l'appui de son opinion. C'est une question d'hygiène privée. Il faut craindre l'abus des mesures prohibitives et les réserver au domaine de l'hygiène publique. Il faut laisser aux comités d'hygiène le soin d'éclairer le public et les fabricants sur les dangers des appareils mal construits, mais se garder d'imposer l'estampille officielle aux divers objets nécessaires à la vie privée. D'ailleurs, le public apprécie trop le bénéfice économique de ces appareils pour qu'on puisse songer à les prohiber tous par ordonnance de police.

Ces poêles sont surtout dangereux quand ils sont mal construits et quand on ne sait pas s'en servir. Au lieu de les prohiber en bloc, il vaut mieux signaler leurs défauts et les moyens de se mettre à l'abri du danger.

Dans tous ces poêles ce n'est pas l'arrivée de l'air qui est dimi-

nuée, mais bien la sortie du gaz de combustion. Encore ces gaz n'arrivent-ils qu'après un trajet assez compliqué dans le tuyau de fumée. Ces poêles fonctionnent donc comme un ancien poêle dont on aurait presque complètement fermé la clef. Enfin, la faible masse de gaz qui arrive aux conduits de sortie ayant déjà perdu une grande partie de son calorique n'est plus capable de chauffer le coffre de la cheminée ou les parties élevées du tuyau de fumée; il en résulte que le tirage est presque nul et que le moindre tourbillon d'air détermine le reflux des gaz toxiques dans l'appartement. Il faut donc savoir prendre la quantité de chaleur nécessaire pour assurer un tirage suffisamment protecteur. On doit conseiller aux fabricants la suppression de la clef qui règle l'appareil à la petite marche. Il faut aussi les inviter à trouver un autre mode de fermeture que l'immersion du couvercle dans le sable laquelle est très imparfaite. M. Vallin pense donc qu'il faut inviter les comités d'hygiène à rédiger sur ce point une instruction précise qui serait largement répandue dans le public. Par contre, il croit impraticable et illusoire l'intervention dans cette question de la police et des règlements administratifs.

La défense de l'hygiène des maisons devrait surtout être confiée à ces associations de protection sanitaire qui ont pris en ces dernières années une si grande extension en Angleterre, et qui rendent de si remarquables services.

En payant une cotisation annuelle, chaque locataire ou propriétaire est assuré d'une inspection périodique sanitaire, par un ou plusieurs agents, architectes ou médecins hygiénistes. C'est dans cette voie, c'est en éclairant le public sur les dangers auxquels il est exposé, qu'on peut prévenir les accidents si justement signalés par M. Lancereaux. Quant aux mesures prohibitives, il faut en réserver la mise en jeu aux cas où la salubrité publique est compromise.

M. LE ROY DE MÉRICOURT, sans nier la réalité des dangers créés par l'usage des poêles mobiles à faible tirage, estime que M. Lancereaux a quelque peu exagéré leur fréquence. Depuis le 10 février, M. Le Roy de Méricourt n'a relevé, dans les journaux politiques, que trois cas d'asphyxie dus à ces appareils. Au demeurant, dit-il, ces accidents-là se produisaient parfois avant l'invention des poêles économiques. Il suffisait que l'occlusion du poêle fût insuffisante, que le tuyau s'abouchât dans une cheminée un peu large, pour qu'il en résultât le danger d'asphyxie. De même aussi, les cas d'intoxication de personnes habitant à l'étage supérieur sont la conséquence du système d'abouchement de plusieurs cheminées dans une même conduite centrale, ces cas-là ne sont nullement imputables aux poêles mobiles.

M. Le Roy de Méricourt pense donc que l'introduction dans la pratique des poêles économiques à faible tirage, n'est pas pour modifier en quoi que ce soit les précautions classiques que comporte l'usage de ces poêles en général, c'est de l'hygiène privée. Or, ces moyens tutélaires sont suffisamment portés à la connaissance du public par la presse, pour que l'Académie n'ait pas à intervenir auprès des pouvoirs publics et à appeler de ses vœux l'interdiction des poêles du nouveau système.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente, en son nom et en celui de M. de Saint-Martin, un tableau de l'analyse des gaz produits par la combustion des poêles mobiles. Jusqu'ici, on s'était toujours basé dans les discussions sur une analyse faite en 1881 par M. Boutmy, analyse montrant que l'oxyde de carbone était en proportion double de celle de l'acide carbonique. Or, les analyses faites par M. de Saint-Martin donnent un résultat juste inverse. Ces analyses ont été faites sur les gaz à leur sortie immédiate du tuyau du poêle, gaz produits par la combustion du coke et de l'anthracite.

1° Le poêle chargé de coke, ces analyses ont donné : pendant la marche normale du jour, le poêle étant à petite marche : CO, 0,55 ; CO^2, 15,26 ;

2° Échantillon prélevé le matin, le poêle n'ayant pas été remué de la nuit : CO, 3,94 ; CO^2, 4,00 ;

3° Échantillon prélevé le jour, sans plaque obturatrice : CO, 0,60 ; CO^2, 16,54 ;

4° Échantillon pris le jour, le cendrier étant remué toutes les heures, le poêle étant à grande marche : CO, 17 ; CO^2, 9,64 ;

On voit donc que, plus on agite les cendres, plus il se produit d'oxyde de carbone.

5° Échantillon prélevé le matin, le poêle n'ayant pas été remué de la nuit, et étant en grande marche : CO, 0,75 ; CO^2, 3,10.

Les analyses suivantes ont été faites sur les produits de combustion de l'anthracite :

Marche pendant le jour : CO, 0,51 ; CO^2, 13,56 ;

Marche pendant la nuit : CO, 2,38 ; CO^2, 5,57.

De ces différentes analyses, on arrive à ce résultat contraire à la pratique journalière, à savoir que, pendant la nuit, il est préférable de mettre le poêle plutôt en grande qu'en petite marche. En effet, en petite marche, on obtient 3,94 de CO, tandis qu'en grande, on n'en a que 0,75.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

161. M. RACOVICEANO. Des indications et des ressources opératoires dans les rétro-déviations chroniques de l'utérus. — 162. M. EDDE. Avicenne et la médecine arabe. — 163. M. LÉONET. Mécanisme du dégagement des épaules dans les présentations du sommet. — 164. M. JASIERESKI. Des injections intra-utérines dans les suites de couches. — 165. M. CARON. Cancer du pancréas. — 166. M. VANHOUTTE. De la mélanose du globe oculaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 mars 1889, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Yvert, en remplacement de M. Delort, retraité, maintenu à l'École de Saumur.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Mosimann, en remplacement de M. Yvert, promu ; maintenu aux hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Béchard, en remplacement de M. Lullier, décédé ; maintenu comme surveillant à l'École du Val-de-Grâce.

— Le concours pour le Bureau central (chirurgie), s'est ouvert lundi. La question écrite a été la suivante : « Région sus-hyoïdienne ; — Fractures du maxillaire inférieur. »

— *Concours d'agrégation (accouchements).* — Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.

Séance du lundi 25 mars : MM. Auvard, Chambrelant et Turgard : « Diagnostic de l'avortement. »

Séance du mardi 26 : MM. Bureau, Boissard et Bar : « Des déchirures du col de l'utérus et du vagin pendant l'accouchement. »

— La deuxième épreuve du concours d'agrégation (chirurgie et accouchements) a commencé aujourd'hui mercredi, à cinq heures. Les candidats feront l'exposé public de leurs travaux personnels dans l'ordre suivant :

Chirurgiens. — MM. Castex, Ricard, Février, Walther, Rochet, Verchère, Broca, Carpentier, Routier, Picqué, Nélaton, Phocas, Ménard, Gangolphe, Tuffier, Coppens, Villard, Michaux, Marchant, Barette, Estor, Vallas, Pollosson, Montaz, Bazy, Courtin.

Accoucheurs. — MM. Turgard, Rivière, Auvard, Bar, Bureau, Chambrelant, Tissier, Bonnaire, Boissard.

— *Hôpitaux de Paris.* — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les cours de médecine opératoire

commenceront à l'amphithéâtre d'anatomie, le lundi 29 avril, à quatre heures.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 22 avril.

— *Faculté de médecine de Besançon.* — M. Fillion, suppléant, est chargé du cours de pharmacie et matière médicale.

— *École de médecine de Reims.* — M. Pozzi, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire.

— Le règlement du 31 mai 1886 a institué, dans les Facultés des sciences et des lettres, des bourses d'études destinées à favoriser les recherches libres et désintéressées. — Ces bourses sont de 1 500 francs. — Les conditions pour les obtenir sont des plus larges : à la rigueur, aucun grade n'est requis ; il suffit d'avoir fait preuve d'aptitude dans une branche déterminée de la science.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de leur région, avant le 1er août 1889, terme de rigueur. Ils ont à produire à l'appui de leur demande sur papier timbré : 1° une note indiquant les établissements auxquels ils ont appartenu et les études particulières auxquelles ils se sont consacrés et qu'ils désirent poursuivre ; 2° leurs travaux imprimés ou manuscrits, et toutes les pièces de nature à faire apprécier leurs aptitudes ; 3° une déclaration de situation de famille.

Un certain nombre de bourses d'études sont réservées en vue des études scientifiques à des aspirants au doctorat en médecine et au grade de pharmacien de première classe.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, le samedi 30 mars, à huit heures et demie très précises du soir : « L'Évolution de la photographie », par M. A. Londe, directeur du service photographique de la Salpêtrière.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique, ligatures des artères, trachéotomie et laryngotomie. Notes servant à la préparation du quatrième examen de doctorat, recueillies et publiées par le docteur L.-N. WORTHINGTON. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Berthier.

Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel, par le docteur P. SÉRIEUX. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le rétrécissement mitral pur considéré en particulier chez les jeunes femmes.

Par M. le docteur Albert MATHIEU,
Ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Le rétrécissement mitral est une lésion cardiaque intéressante à bien des points de vue. C'est une de celles qui ont le plus intrigué les médecins et qui ont suscité les discussions les plus vives à l'époque où l'on cherchait surtout à mettre d'accord les phénomènes constatés par l'auscultation et les notions acquises sur la physiologie du cœur. Actuellement l'entente est faite à ce point de vue. Rien de plus satisfaisant pour l'esprit que la théorie mécanique du rétrécissement mitral, théorie, semble-t-il, définitivement acquise !

A l'heure actuelle, le diagnostic de cette lésion cardiaque ne présente pas de difficulté, dans le plus grand nombre des cas, pour une oreille quelque peu exercée. Une Revue qui porterait exclusivement sur les lésions du cœur dans cette affection, et sur les phénomènes acoustiques que révèle l'auscultation, n'aurait aucune raison d'être. Toute cette histoire est faite et très bien faite dans les traités classiques. Aussi désirons-nous nous placer à un autre point de vue.

Ce qui constitue l'*individualité* des maladies du cœur, c'est moins leur anatomie pathologique et leur séméiologie acoustique, que leur étiologie, leur évolution, et la nature particulière des accidents qui peuvent survenir, entre le moment où elles sont reconnaissables à l'auscultation et celui où elles aboutissent à l'asystolie.

Parvenues à cette période terminale, les maladies du cœur perdent leur cachet particulier : à des nuances près, elles se ressemblent toutes.

Avant d'en arriver à ce confluent commun, les diverses lésions *orificielles* du cœur sont loin d'être équivalentes. Depuis Corrigan, on sait que l'insuffisance aortique se comporte d'une façon toute personnelle. L'attention une fois appelée sur ce point, on a reconnu que les affections de l'orifice aortique sont plus encore des maladies de l'aorte que des maladies du cœur lui-même.

Eh bien ! les affections mitrales elles-mêmes ne sont pas égales les unes aux autres, et il faut faire une place à part au rétrécissement, qui, par certains côtés, se rapproche plus des affections aortiques que de l'insuffisance mitrale. Lasègue, pour bien mettre en lumière la différence qui existe dans les accidents produits par les lésions aortiques et les lésions mitrales, avait recours à une comparaison ingénieuse. Le malade atteint d'une affection mitrale, disait-il, c'est l'homme qui se noie en s'enfonçant dans l'eau, plus ou moins rapidement; le malade atteint d'une affection aortique, c'est l'homme qui, sachant nager, mais sentant ses forces s'épuiser, se débat à la surface, revient sur l'eau et ne coule à fond qu'après une lutte plus ou moins longue, plus ou moins mouvementée.

Le rétrécissement mitral a de même une histoire accidentée; ce n'est pas la monotonie, le programme presque invariable de l'insuffisance; c'est une individualité clinique plus encore qu'une individualité anatomo-pathologique.

Cela est vrai surtout pour les jeunes filles et les jeunes femmes, chez lesquelles cette lésion, longtemps latente, se révèle tout à coup par des phénomènes qui n'appartiennent pas, souvent, au cadre des affections orificielles. C'est un point sur lequel notre maître, M. L. Landouzy, a le premier nettement attiré l'attention (1), sur lequel il a fréquemment insisté dans ses leçons cliniques de vacances (Charité, 1881-1886).

M. le professeur G. Sée a distingué de son côté, dans ces cas de rétrécissement mitral chez la femme, un type chlorotique des plus importants à connaître, qui mérite de prendre une place en vue dans la série des faits qu'il dénomme, depuis longtemps, chlorose cardiaque (2).

Il importe, d'autant plus, de faire le diagnostic de la lésion cardiaque dans ces conditions inattendues, que ce diagnostic comporte des indications particulières d'hygiène et de thérapeutique.

Nous passerons rapidement sur l'histoire anatomo-pathologique et la séméiologie sthéthoscopique pour nous attacher surtout à mettre en relief les particularités de l'étiologie, de l'évolution et des complications du rétrécissement mitral.

(1) L. LANDOUZY. *Conférences de clinique et de séméiologie, Charité 1881-1886.*
(2) R. BONET. *La chlorose cardiaque,* Thèse de Paris, 1887.

I

On sait que les deux valves de la mitrale s'enfoncent dans la cavité du ventricule à la façon d'un cylindre creux. Le gonflement inflammatoire du bord des valvules rétrécit l'orifice de communication et fixe les valvules dans la situation d'une sorte de cône, dont la base s'ouvre dans l'oreillette gauche.

Une comparaison de Bouillaud fait bien comprendre le mécanisme du rétrécissement de l'espace limité par le bord libre des valvules. Il se produit, là, quelque chose d'analogue au rétrécissement de l'orifice palpébral, par l'inflammation chronique et l'épaississement du bord libre des paupières.

L'adhérence du bord libre des deux valves au niveau de leur insertion à l'anneau fibreux, leur épaississement, quelquefois le raccourcissement des tendons des muscles papillaires, rendent compte de la disposition infundibuliforme de l'appareil mitral. Les végétations endocarditiques y prennent peu de part, parce qu'elles siègent de préférence vers la face ventriculaire des valvules. L'anneau fibreux, le plus souvent tout au moins, ne prend pas part à ce travail de resserrement. « Jamais il n'est l'agent direct et exclusif du rétrécissement mitral » (Potain et Rendu).

Le degré de la sclérose mitrale peut être plus ou moins marqué. Dans quelques cas, le cône creux formé par la valvule, de plus en plus indurée, aboutit à un orifice qui peut à peine laisser passer un tuyau de plume. Entre ces cas extrêmes et un rétrécissement très léger et même discutable, tous les intermédiaires peuvent se rencontrer.

Il est assez facile de se représenter *a priori* quelles seront les conséquences de ce rétrécissement orificiel. L'oreillette se dilate. Elle s'hypertrophie pour lutter contre l'obstacle. La congestion rétrograde vers le poumon est immédiate : le cœur droit lutte contre elle. Le cœur gauche reste normal. C'est donc surtout à l'oreillette qu'est dévolu d'emblée le travail principal de la compensation.

Souvent elle renferme des caillots stratifiés, plus ou moins épais, déposés à la façon des caillots dans les anévrysmes, souvent aussi elle présente des végétations recouvertes d'une couche fibrineuse. Ces concrétions fibrineuses deviennent aisément le point de départ d'emboli projetés par le ventricule dans les voies artérielles; aussi le ramollissement cérébral est-il une complication relativement fréquente du rétrécissement mitral.

Étant donné ces notions, il est facile de se représenter par quel mécanisme prennent naissance les bruits anomaux que perçoit l'oreille à l'auscultation du cœur. A l'état physiologique, le sang passe sans bruit de l'oreillette dans le ventricule. Quand celui-ci est plein, le ventricule se contracte brusquement et projette le sang dans l'aorte. A cette contraction systolique correspond le premier bruit du cœur. Au second bruit correspond la fermeture des valvules sigmoïdes, aortiques et pulmonaires. Dès que la systole a cessé, le ventricule se distend, ou se laisse distendre par le sang venu de l'oreillette.

Quand il existe un rétrécissement de l'orifice mitral, le sang contenu dans l'oreillette présente une tension plus élevée, il passe avec plus de force à travers un orifice plus ou moins modifié, plus ou moins rétréci, et cette fois en donnant naissance à un bruit morbide en vertu de ces conditions nouvelles.

Ce bruit commence aussitôt après la systole, il se poursuit pendant tout le grand silence en se renforçant. C'est, suivant l'expression de M. Duroziez, qui l'a bien décrit, une sorte de roulement, de ronflement qui devient surtout marqué pendant la seconde moitié du grand silence (troisième temps de la révolution cardiaque pour M. Jaccoud). L'oreillette se contracte vigoureusement de toute la force de ses parois hypertrophiées, au moment où va se produire la systole, et, à cette contraction auriculaire qui termine la diastole, peut correspondre un véritable souffle qui précède immédiatement la systole et le premier bruit du cœur : c'est le *souffle présystolique*, observé et décrit par MM. Gendrin et Fauvel.

Ce n'est pas tout, indépendamment du roulement diastolique et du souffle présystolique, on observe souvent dans le rétrécissement mitral, *un dédoublement du second bruit*. Pour MM. Potain et Rendu, « le maximum du bruit siège au niveau du sternum, à la hauteur du deuxième espace intercostal, surtout à droite, c'est-à-dire qu'il a son foyer de production au point d'émergence des gros vaisseaux du cœur et vers les orifices aortiques et pulmonaires ». Pour M. Jaccoud, on peut trouver le dédoublement soit à la pointe, soit à la base du cœur. Le dédoublement de la base s'explique par le retard du claquement des valvules aortiques sur le claquement des sigmoïdes pulmonaires. Les valvules pulmonaires se ferment plus vite que les valvules aortiques, parce que la tension du sang est moins grande dans l'aorte que dans l'artère pulmonaire. Quant au dédoublement de la pointe, il s'explique parce que l'on entend successivement le bruit propagé du claquement des sigmoïdes aortiques et le bruit du choc du sang contre la paroi du ventricule gauche. A l'état normal, ces deux phénomènes coïncident exactement et les deux bruits se confondent. Dans le rétrécissement mitral, la difficulté du passage à travers l'orifice auriculo-ventriculaire retarde l'arrivée du sang, au contact des parois du ventricule (Jaccoud).

M. Duroziez a représenté la série de ces bruits, par l'onomatopée classique : *fout tata roû*.

Fout correspond au souffle présystolique et au bruit systolique, *tata* au dédoublement du second bruit, *roû* au roulement du grand silence. Pour M. C. Paul, « le bruit dit présystolique est, en réalité, le bruit de claquement de la tricuspide qui commence la systole; il est suivi du bruit de souffle mitral retardé, puis du claquement des sigmoïdes ».

Le souffle, au second temps du rétrécissement mitral, doit donc être considéré comme un souffle diastolique, mieux encore présystolique. Il arrive dans quelques cas, surtout lorsqu'il y a en même temps insuffisance et rétrécissement, que le souffle présystolique, prolongé par un véritable souffle systolique, paraisse exister, non seulement au second temps, mais au second bruit. Cela résulte d'un renversement apparent du rythme des bruits du cœur. Le grand silence se trouve diminué par l'existence du souffle présystolique, et, lorsque les battements du cœur sont un peu rapides, on prend très facilement le second bruit pour le premier. Il faut tenir en même temps le pouls du malade; on peut alors constater que la pulsation radiale coïncide avec le bruit de souffle et l'on peut ainsi rétablir sa situation réelle dans le temps.

Il importe de savoir, du reste, que l'on ne rencontre pas toujours au complet les divers bruits représentés dans la formule mnémotechnique de M. Duroziez. Le souffle présystolique, en particulier, manque souvent; souvent on ne

constate que le roulement diastolique, et avec renforcement présystolique, et le dédoublement du second bruit.

Chez le même malade, mieux encore, chez la même malade, les bruits pathologiques peuvent disparaître pendant des périodes plus ou moins étendues. Il faut attendre, parfois, et guetter l'apparition des bruits caractéristiques.

La *palpation* de la région précordiale fournit souvent aussi un renseignement d'une importance très grande : elle permet de constater un frémissement, une vibration, un thrill présystolique, limité au niveau où bat la pointe du cœur. Cette sensation est souvent d'une netteté assez grande pour que l'on puisse faire le diagnostic par la simple palpation. C'est évidemment la vibration même du souffle présystolique que constate la main. Le frémissement présystolique se perçoit surtout bien chez les individus jeunes, chez lesquels les contractions du cœur se font avec vigueur.

II

Nous nous bornons à dessein à cette esquisse rapide des lésions du rétrécissement mitral, de sa physiologie pathologique et des signes révélés par l'auscultation, tels que nous les ont fait connaître les recherches de MM. Gendrin, Fauvel, Hérard et Duroziez. Nous désirons avant tout attirer l'attention sur des particularités moins bien connues, qui donnent au rétrécissement mitral des allures tout à fait spéciales, surtout chez la femme.

La chose la plus curieuse dans l'*étiologie* du rétrécissement mitral, c'est sa fréquence dans le sexe féminin, sa rareté relative chez l'homme. Ce fait a été bien mis en relief par notre maître, M. L. Landouzy. Cette répartition inégale dans les deux sexes l'avait frappé déjà à l'époque où il était, à la Charité, le chef de clinique de M. le professeur Hardy (1). L'une de ses élèves, M[me] Mary A. Marshall, en a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

Il y est revenu à plusieurs reprises dans des leçons sur le rétrécissement mitral, leçons dans lesquelles il a eu le mérite de mettre pour la première fois en relief la plupart des faits qui donnent à cette affection du cœur une véritable individualité chez les jeunes sujets et surtout chez les jeunes filles.

Le travail de M[me] Marshall est basé surtout sur des données statistiques, et il se trouve très bien résumé par des planches coloriées qui en schématisent très nettement le résultat. M[me] Marshall a fait le total d'un grand nombre d'observations, recueillies les unes en France, les autres en Angleterre, par des auteurs étrangers à toute idée théorique. La plupart ont été prises sans souci aucun de démontrer la plus grande fréquence de cette affection chez la femme.

27 observations ont été recueillies par M. Landouzy; 37 ont été relevées par lui dans les *Bulletins de la Société anatomique* de 1867 à 1878; 25 appartiennent à M[me] Marshall elle-même; 155 ont été trouvées par elle sur les registres du *London Hospital*. Enfin, le docteur Duckworth avait dressé une statistique, puisée à diverses sources, qui portait sur 264 cas. Au total : 508 cas. Sur ces 508 cas, il y avait 157 hommes et 350 femmes, soit en chiffres ronds, 30 p. 100 d'hommes et 70 p. 100 de femmes.

Ces chiffres mêmes paraissent inférieurs à la réalité. En effet, d'après les 27 observations de M. Landouzy, il y aurait 14,81 p. 100 d'hommes et 85,01 p. 100 de femmes; d'après les 37 observations de la Société anatomique, il y aurait 21,06 p. 100 d'hommes et 78,92 p. 100 de femmes; dans les observations de M[me] Marshall, les hommes donneraient 24 cas sur 100 et les femmes 76.

Quoi qu'il en soit, on voit que ces chiffres importants amènent à cette conclusion inattendue, qu'il y a au moins deux cas de rétrécissement mitral chez la femme pour un chez l'homme. Cette conclusion est rendue inattaquable par le nombre des faits sur lesquels elle repose et par l'origine et la nature des observations qui s'y rapportent. On voit en particulier, chose significative, que les observations consignées dans les *Bulletins de la Société anatomique*, observations dans lesquelles le diagnostic a été vérifié à l'autopsie, donnent des résultats identiques à ceux auxquels amène l'auscultation seule.

Quant à *l'âge*, il est curieux de relever que, sur 186 cas dans lesquels l'âge était indiqué, il y en avait 133, soit 72 p. 100, au-dessous de quarante-cinq ans. Duckworth était arrivé à cette conclusion que, cliniquement, la majorité des cas se présente entre les âges de vingt à trente-cinq ans, et qu'on ne les rencontre pas souvent chez des malades ayant dépassé quarante-cinq ans.

De la fréquence notablement plus grande chez la femme, de la fréquence plus grande à un âge peu avancé, on peut conclure déjà que le rétrécissement mitral n'est pas chose rare chez les jeunes filles et les jeunes femmes.

On le rencontre souvent en effet chez des jeunes filles, et souvent la constatation d'un rétrécissement mitral donne chez elles l'explication de phénomènes restés jusque-là inexpliqués. C'est un point sur lequel M. Landouzy a bien des fois attiré l'attention dans ses leçons à la Charité. Il a fait voir qu'il fallait souvent soupçonner le rétrécissement mitral chez des jeunes filles en voie de croissance, de développement, surtout au moment de la puberté. On a jusque-là pensé à l'anémie, à la chlorose, au nervosisme, à la tuberculose, alors que le rétrécissement mitral, passé inaperçu, faisait tous les frais des divers accidents observés.

M. le professeur G. Sée a été frappé également de la fréquence du rétrécissement mitral latent chez les jeunes femmes chlorotiques. Nous reviendrons sur ce rétrécissement mitral des jeunes filles et des jeunes gens; nous voulons auparavant en finir avec ce qui concerne l'étiologie.

Il est intéressant de rechercher quelle est l'influence du rhumatisme articulaire aigu. Dans la majorité des cas de rétrécissement mitral, dit Duckworth, l'origine est rhumatismale au moins dans la proportion de 60 p. 100. Les malades paraissent avoir eu du rhumatisme articulaire, plus ou moins aigu, au moins dans la moitié des cas, dit M. Duroziez; il ajoute, il est vrai : « Dans plusieurs cas, les palpitations ont précédé le rhumatisme articulaire. »

Il resterait donc près de la moitié des cas dans lesquels le rhumatisme ne pourrait être invoqué, dans lesquels la cause de la lésion serait inconnue.

La puerpéralité n'est pas fréquemment indiquée dans les antécédents des femmes atteintes de rétrécissement mitral. C'est là un point qu'il importe de faire ressortir, étant donné leur prédisposition si grande à cette affection.

Des cliniciens de grande valeur ont insisté sur la fréquence du développement sournois d'un rétrécissement mitral de cause inconnue, sans rhumatisme antérieur. Grisolle (1) s'exprime ainsi : « Dans la grande majorité des

(1) L. Landouzy. *Cours de séméiotique*, 1878.

(1) Grisolle. *Pathologie interne*, vol. II, p. 223.

cas, cependant, le rétrécissement se développe sourdement, lentement, sans que l'on puisse démontrer à aucune époque l'existence d'une inflammation de la membrane du cœur. »

Hilton Fagge (1), dans l'article CŒUR du *Manuel* de Reynold, exprime la même idée : « Un grand nombre de rétrécissements mitraux ne sont précédés d'aucune attaque de rhumatisme articulaire aigu, ni de chorée ; ces malades sont souvent des enfants chez lesquels une maladie bien définie n'aurait pas pu passer inaperçue. Les cas de ce genre ont été attribués par quelques auteurs à des malformations congénitales, proposition que j'ai déjà essayé de renverser. »

Plus loin, il conclut : « Il semble donc que la valvule mitrale soit très sujette, même chez les enfants et les jeunes sujets, à subir ces changements qui amènent la sténose, qu'ils soient le résultat d'un processus morbide spontané, chronique, ou la conséquence de quelque maladie, autre que le rhumatisme ou la chorée, dont la tendance à produire l'endocardite est inconnue. »

Toutes choses égales d'ailleurs, à l'état physiologique, il résulte des mensurations de M. Bizot que l'orifice mitral est plus étroit chez la femme que chez l'homme. Chez l'homme, il mesure 110^{mm},37 en moyenne et 92^{mm},68 seulement chez la femme, d'où une différence de 17^{mm},69. Cette différence n'est que de 4^{mm},99 et de 6^{mm},89 pour l'orifice pulmonaire et l'orifice aortique. On peut voir là avec M. Landouzy et Mme Marshall, une cause de localisation qui ne ferait en quelque sorte qu'exagérer une disposition normale.

D'autre part, les femmes sont, par les divers actes de leur vie génitale, très exposées aux accidents du ralentissement de la nutrition, dont la conséquence principale est la diminution de l'alcalinité des humeurs : la menstruation, la grossesse, la lactation, les prédisposent à la lithiase biliaire en particulier (2). Chez elles, surtout à ces périodes spéciales, les oxydations sont moins intenses, l'exhalation de l'acide carbonique est moins prononcée. N'est-il pas possible que le sang, surchargé par les produits incomplets de cette nutrition ralentie, ne devienne particulièrement irritant, précisément au niveau de l'orifice mitral, relativement plus étroit chez la femme ?

Il y aurait là quelque chose d'analogue à ce qui peut se voir chez les saturnins, chez lesquels, d'après M. Duroziez, le rétrécissement mitral ne serait pas chose rare.

N'est-il pas possible encore que le système nerveux joue là un rôle analogue à celui que lui attribuent certains auteurs dans la pathogénie de l'artérite et de l'athérome ?

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses pathogéniques, le rétrécissement mitral est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. C'est là le point le plus important, et c'est là un fait d'observation définitivement établi.

Il est curieux de constater que le rétrécissement tricuspidien est également une maladie de la femme : 86 fois sur 108, d'après M. R. Leudet (3). Presque toujours aussi, le rétrécissement tricuspidien coïncide avec le rétrécissement mitral (78 fois sur 114). Il résulte forcément de ces chiffres que le rétrécissement simultané des deux orifices auriculo-ventriculaires présente, chez la femme, une fréquence relative.

(1) Mary MARSHALL. *Du rétrécissement mitral, sa fréquence plus grande chez la femme que chez l'homme*, Thèse de Paris 1879, p. 26.

(2) Ch. BOUCHARD. *Maladies par ralentissement de la nutrition.*

(3) Robert LEUDET. *Essai sur le rétrécissement tricuspidien*, Thèse de Paris, 1888.

III.

Cette fréquence particulière, c'est la donnée brutale telle que la livre la statistique. Toute statistique demande à être interprétée. Ici la clinique fournit un commentaire des plus intéressants.

En effet, le rétrécissement mitral observé chez la femme ne se présente pas de la façon banale d'une lésion orificielle quelconque. Chez la jeune fille, on lui trouve cette individualité clinique, cette façon d'être particulière sur laquelle nous voulons surtout insister. La lésion du cœur reste latente alors qu'éclatent divers accidents dans la sphère du poumon ou des organes génitaux.

Chez la femme d'un certain âge, le rétrécissement mitral, combiné à l'insuffisance, se présente assez souvent à la façon vulgaire d'une affection mitrale parvenue à sa période d'asystolie. L'équilibre est rompu. Le myocarde est incapable de remplir sa double tâche normale et pathologique ; la fibre musculaire, épuisée, succombe; l'asystolie se montre avec ses phénomènes habituels. La malade ne diffère plus des autres cardiaques asystoliques. Reconnaître le rétrécissement mitral n'est plus qu'une curiosité clinique sans grande sanction thérapeutique, sans indication pronostique particulière.

Il semble que le rétrécissement, qui résulte parfois d'un hasard de localisation de l'endocardite sur l'appareil valvulaire du cœur, arrive souvent à cette phase de déséquilibration hydraulique d'asystolie, sans que rien ait révélé, dans l'affection mitrale, quoi que ce soit qui permît de la distinguer de l'insuffisance. Aussi M. Magé, dans sa thèse récente inspirée par M. Dreyfus-Brisac, est-il bien fondé à séparer le rétrécissement mitral des jeunes sujets et surtout des jeunes filles, du rétrécissement mitral qui succède à l'endocardite rhumatismale. Avec MM. Hardy, Landouzy et Potain, il compare ce rétrécissement au rétrécissement aortique des chlorotiques.

Dès l'enfance ou vers la puberté, se révèlent les premiers symptômes du rétrécissement mitral des jeunes filles. Elles sont sujettes à des palpitations et surtout à l'essoufflement. Elles ne peuvent jouer, courir, monter un escalier, sans être hors d'haleine ; elles ont, comme on dit, la respiration courte. Le plus souvent, la face est pâle. Le saignement de nez est chose fréquente (Landouzy). Ces jeunes filles s'enrhument avec une très grande facilité, et déjà, chez elles, on redoute l'apparition de la tuberculose.

C'est surtout à l'époque où s'établit la menstruation que les accidents s'accentuent, sans que rien de bien précis vienne attirer l'attention directement sur le cœur. La lésion mitrale reste inaperçue, à moins qu'en semblables circonstances, on ne cherche, de parti pris, le rétrécissement ainsi que le conseille M. Landouzy. Souvent l'établissement des règles est difficile, traversé par des accidents de divers ordres. Souvent, il y a des pertes de sang excessives, de véritables métrorrhagies, de la dysménorrhée. La menstruation est tardive, se règle mal. Les époques sont douloureuses, irrégulières, souvent d'une abondance excessive. On voit apparaître, là, cette tendance aux hémorrhagies, si remarquable dans bien des cas de rétrécissement mitral.

Nous avons signalé déjà les épistaxis. Les crachements

de sang ne sont pas non plus très rares. Une malade de M. Landouzy avait une pleurésie hémorrhagique.

C'est un fait que de son côté a bien vu notre maître M. le professeur G. Sée. Il en rapporte des exemples très remarquables. M. le professeur Peter insiste sur la fréquence et l'importance des hémoptysies. On a vu aussi survenir des hématémèses.

Tout cela est bien fait pour détourner l'esprit du véritable siège de la maladie. La dysménorrhée, l'aménorrhée, les métrorrhagies attirent l'attention vers l'appareil utéro-ovarien.

Ce qu'on redoute surtout, c'est la tuberculose pulmonaire. Tout concourt à pousser vers cette idée : la pâleur des jeunes filles, des poussées répétées de bronchite, la toux sèche et quinteuse, la tendance à l'anhélation, la pâleur du visage, l'irrégularité de la menstruation, et, par-dessus tout, les crachements de sang.

Cependant l'auscultation du poumon, en dehors des râles secs, rares et disséminés des bronchites généralisées, fait percevoir surtout des bouffées de râles sous-crépitants à la base du poumon, surtout vers la région de l'aisselle. Ces poussées sont fugaces et répétées.

L'auscultation du cœur fait faire le véritable diagnostic. Souvent la palpation suffit. Elle fait constater le thrill présystolique de la pointe. Ce thrill se perçoit d'autant mieux qu'il s'agit d'individus jeunes, à myocarde vigoureux, à battements du cœur augmentés encore par l'émotion que provoque l'examen du médecin.

Cette cardiopathie si spéciale pourrait même rester latente, malgré l'auscultation du cœur. C'est ainsi qu'une malade de M. Dreyfus-Brisac, qui ne présentait que des palpitations lors d'un premier séjour à l'hôpital, avait, un an après, les signes acoustiques du rétrécissement mitral, et cela sans intervention d'accidents pathologiques différents (Magé).

D'après la prédominance de telle ou telle manifestation, on peut distinguer des types différents; suivant que l'hémoptysie, les bronchites répétées, l'hématémèse, les troubles utéro-ovariens sont surtout prédominants.

On peut penser simplement à la *chlorose* (G. Sée). On en trouve tous les traits généraux : la pâleur, l'essoufflement, la dysménorrhée ou l'aménorrhée, l'irritabilité nerveuse, la dyspepsie, la constipation et même les souffles vasculaires à la base du cœur ou dans les vaisseaux du cou. Les palpitations n'étonnent guère chez ces anémiques. A l'auscultation, on est tout surpris de rencontrer, à la pointe, un roulement, un souffle présystolique, un dédoublement du second bruit, signes caractéristiques du rétrécissement.

Ce *type chlorotique*, nous l'avons étudié à loisir à l'Hôtel-Dieu avec notre maître, M. le professeur G. Sée. Une particularité de son histoire nous a vivement frappé; on peut voir, chez ces malades, les signes acoustiques du rétrécissement mitral disparaître, puis réapparaître, cela à quelques jours d'intervalle, sinon dans le cours de la même journée. C'est à se demander s'il n'y a pas là un élément spasmodique des vaisseaux ou du cœur, de l'oreillette ou des muscles papillaires, capable d'accentuer un rétrécissement réel, ou de produire momentanément un rétrécissement fonctionnel.

M. le professeur G. Sée (1) a constaté du reste des rémissions assez longues, pour lui faire admettre la possibilité de la guérison permanente d'un rétrécissement mitral réel chez les chlorotiques.

(1) R. Bonet. Loc. cit.

M. G. Sée avait insisté déjà depuis des années sur l'existence de ces fausses chloroses, ou, mieux, de ces chloroses compliquées d'affection cardiaque. Chez les malades de ce groupe, on relève quelquefois des phénomènes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic vrai, de la congestion vers la base des poumons, de la cyanose des lèvres, de l'œdème des malléoles. A ce point de vue, il est très affirmatif, et il n'admet pas, dans la chlorose simple, l'œdème des membres inférieurs en dehors des lésions cardiaques. Tantôt les phénomènes cardiaques, surajoutés à la chlorose, sont évidents, tantôt la chlorose domine : de là deux types cliniques principaux. Il est possible encore que des œdèmes plus ou moins étendus, plus ou moins morbides, fassent penser au mal de Bright. L'albumine fait défaut dans l'urine, ce qui tranche la question (1).

Revenons encore sur le type *pseudo-tuberculeux*, auquel appartiennent les jeunes gens, et surtout les jeunes femmes, chez lesquels le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche arrive à faire soupçonner la tuberculose. Chez eux, les bronchites sont faciles, fréquentes; elles se succèdent par poussées intermittentes. Il y a parfois de la toux sèche, parfois de l'hypersécrétion bronchique, de l'oppression sous l'influence de l'exercice, de la marche, de la montée d'un escalier. Quelquefois sans cause connue, parfois au moment des règles, on constate vers les poumons de véritables bouffées congestives, caractérisées par des foyers mobiles de râles sous-crépitants assez fins, que l'on rencontre de préférence vers la partie inférieure du thorax. Dans ces conditions mêmes, des hémoptysies peuvent survenir et ces hémoptysies, mieux encore que ce qui précède, font penser à la tuberculose.

M. le professeur G. Sée, auquel les faits de cet ordre n'ont pas échappé, en rapporte deux observations tout à fait démonstratives, dans ses leçons sur les maladies du cœur.

L'une d'elles se rapporte à une jeune femme de trente ans, qui avait, deux ans auparavant, éprouvé les premiers symptômes de sa maladie : toux, anorexie, fatigue, amaigrissement, sueurs nocturnes. Un an plus tard, survint une hémoptysie abondante; on pensa à la tuberculose pulmonaire. M. C. Paul avait reconnu l'existence exclusive d'une maladie du cœur. A l'Hôtel-Dieu, on trouva les poumons absolument sains; mais on releva les signes d'un rétrécissement mitral typique : frémissement cataire, roulements présystoliques, hypertrophie du cœur droit, abaissement notable de la pointe jusque dans le sixième espace intercostal, en dehors du mamelon.

Parfois les phénomènes pulmonaires revêtent surtout l'aspect de l'*asthme cardiaque*. Il n'y a de dyspnée qu'au moment d'un effort (dyspnée d'effort), ou à propos d'un travail musculaire un peu prolongé (dyspnée de travail de M. G. Sée). Ces crises dyspnéiques s'accompagnent assez souvent de palpitations, d'angoisse précordiale; au repos, tout rentre dans l'ordre. L'accès de dyspnée peut même survenir brusquement pendant la nuit. « Au milieu de la nuit, un jeune homme de dix-huit ans est pris brusquement d'une dyspnée épouvantable avec sentiment d'oppression et douleur à la région sternale; pendant l'accès on constate des mouvements du cœur à la fois précipités et

(1) R. Bonet. Loc. cit.

très faibles, sans que l'auscultation révèle des signes d'affection cardiaque bien évidents. L'accès se calme, mais bientôt de nouvelles attaques du même genre se reproduisent, en augmentant de fréquence, jusqu'à la mort. On trouve, à l'autopsie, un rétrécissement de l'orifice mitral (1). »

Des phénomènes de dyspepsie peuvent se rencontrer chez ces malades. On a aussi signalé la congestion habituelle des joues, la couperose chez les femmes, la coloration violacée des lèvres et des ongles, la tendance au refroidissement des extrémités, l'engourdissement des doigts, ce sont là des choses qui indiquent déjà une certaine tendance à la stase veineuse, ce sont les symptômes avant-coureurs de l'asystolie. Il est à noter que la congestion pulmonaire prémonitoire de l'asystolie débute, le plus souvent, par la base du poumon du côté gauche (L. Landouzy). C'est là un indice dont il importe de connaître la signification.

Bientôt l'oppression va augmenter, marquée surtout dans le décubitus dorsal. La toux sèche devient continuelle. La dyspnée rend pénible le moindre effort. On constate de la congestion vers la base des poumons; le foie, gros et douloureux, déborde le rebord des fausses côtes, les urines sont rares, chargées, fortement colorées, quelquefois volumineuses; le soir surtout il survient un peu de gonflement œdémateux au pourtour des malléoles. La phase d'asystolie est ouverte; les malades, dès lors, vont perdre leur individualité clinique et devenir simplement des asystoliques. L'insuffisance mitrale organique, l'insuffisance tricuspidienne fonctionnelle, viennent défigurer le rétrécissement mitral, dont le diagnostic à l'auscultation peut devenir très difficile, impossible même, tant que la digitale n'est pas venue momentanément rétablir l'équilibre.

Cette phase asystolique ne présente plus d'intérêt spécial, elle ne diffère guère de ce qu'on observe dans l'insuffisance mitrale. Signalons seulement la fréquence des congestions pulmonaires allant jusqu'à l'apoplexie.

L'*embolie cérébrale* est une complication relativement fréquente du rétrécissement mitral. Elle s'explique par l'existence de concrétions fibrineuses dans les oreillettes. Des fragments de ces caillots peuvent se détacher, tomber dans le ventricule, être projetés dans l'aorte. Le plus souvent ces bouchons emboliques vont se loger dans l'artère sylvienne gauche, et provoquer l'aphasie et l'hémiplégie droite.

Il est à remarquer que cet accident peut survenir de bonne heure, et l'on voit des hémiplégiques, des aphasiques, survivre pendant dix ans, quinze ans même, à l'embolie. Le rétrécissement mitral persiste, reconnaissable à ses signes physiques, à peu près dépourvu de signes fonctionnels. Le repos forcé, auquel sont condamnés ces malades, n'est sans doute pas étranger à cette longue survie, à cet équilibre prolongé.

IV

M. Landouzy, dans son enseignement, insistait avec force sur les rapports de la grossesse, de la puerpéralité et du rétrécissement mitral. Ce sont souvent ces circonstances de la vie génitale de la femme qui, en aggravant les accidents, révèlent une lésion cardiaque jusque-là latente. Souvent même, elles font passer la malade de la période d'équilibre à la phase d'asystolie. On sait que M. le professeur Peter a vivement attiré l'attention sur l'aggravation que cause la grossesse aux affections organiques du cœur. La chose est d'autant plus importante pour le rétrécissement mitral, que cette lésion reste souvent sinon latente, au moins *larvée* et trompeuse.

Après l'accouchement, on retrouve cette tendance aux hémorrhagies que nous avons signalée déjà, et il peut y avoir sous cette influence des métrorrhagies d'une réelle gravité, soit par leur abondance au moment même de la délivrance, soit par leur persistance dans les jours suivants. L'avortement est souvent observé dans ces conditions. La grossesse, l'accouchement, et plus tard l'allaitement, cause de fatigue et d'épuisement, peuvent aussi révéler, soit par des accidents indirects, comme les hémorrhagies, soit par des accidents qui sont déjà véritablement asystoliques, l'existence d'une lésion mitrale jusque-là bien tolérée, d'une lésion qui, sans l'intervention de la puerpéralité, fût restée encore latente pendant un temps peut-être très prolongé. Cette influence nocive mérite d'être particulièrement signalée, c'est surtout pour y soustraire les malades, dit M. Landouzy, qu'il importe de faire le diagnostic précoce du rétrécissement mitral pur des jeunes filles et des jeunes femmes.

V

Que faut-il faire contre le rétrécissement mitral?

Il importe tout d'abord de prendre des précautions particulières d'hygiène prophylactique. Il faut éviter toutes les causes de fatigue et de surmenage.

Comme il s'agit très souvent de jeunes filles, il se pose, pour elles, une question importante. Peuvent-elles se marier? Contrairement à certains auteurs, M. Landouzy répond avec conviction : Non, elles ne doivent pas se marier. La grossesse, l'accouchement et leurs suites, ont pour elles trop de dangers.

Si elles sont mariées déjà, elles ne doivent pas avoir d'enfants; devenues mères, elles ne doivent pas nourrir (1). Trop souvent la puerpéralité provoque chez elle l'apparition des premiers phénomènes de l'asystolie, il est trop tard pour revenir en arrière. Les femmes que l'on a vues survivre longtemps sont celles qui sont devenues veuves de bonne heure, et qui le sont restées, dans toute la force du terme; celles encore chez lesquelles la continence est en quelque sorte professionnelle. Une religieuse du service de Béhier a dépassé soixante ans, fait rare dans l'histoire du rétrécissement mitral (L. Landouzy).

En face d'un rétrécissement parfaitement compensé, il faut se borner à ces indications hygiéniques. Il faut intervenir seulement lorsque le cœur commence à se fatiguer, quand il y a de l'oppression, de la dyspnée de travail ou d'effort, de la tendance aux congestions pulmonaires, à la cyanose légère des lèvres, des extrémités, en un mot, lorsque l'asystolie devient menaçante, lorsqu'elle se révèle déjà par des phénomènes caractéristiques. Il faut intervenir par la médication. Mais comment le faire? La digitale souvent ne réussit que médiocrement. Elle augmente assez fréquemment les palpitations, elle provoque des irrégula-

(1) Burton, cité par Potain et Rendu. Art. Cœur du *Dictionnaire encyclopédique*, p. 581.

(1) On connaît la formule si nette et si concise de M. le professeur Peter relativement aux femmes atteintes d'affection cardiaque : filles, pas de mariage; femmes, pas de grossesse; mères, pas d'allaitement.

rités du pouls, la diurèse n'est pas accrue, l'oppression ne fait que s'accentuer. L'indication de la digitale, ici comme toujours, c'est l'asystolie vraie et surtout les œdèmes et les stases veineuses pulmonaire et hépatique.

Récemment, à l'Académie de médecine, M. Bucquoy a vanté le strophantus, auquel M. G. Sée préfère la strophantine. Le strophantus, d'après M. Bucquoy, conviendrait surtout pour rétablir l'équilibre compromis. Son administration peut être prolongée sans inconvénient.

Les résultats qu'il a énoncés nous ont rappelé ceux que nous avons constatés nous-même dans le service de M. le professeur G. Sée, lorsque, sous sa direction, nous administrions la convallamarine. Cet agent faisait souvent merveille dans les cas d'hypertrophie scléreuse du cœur, et dans le rétrécissement mitral, dès l'apparition des premiers phénomènes de l'asystolie. Les battements du cœur se régularisaient, le taux de la diurèse s'élevait, l'oppression diminuait, les congestions tendaient à disparaître.

En cas d'asystolie bien nette, il faut avoir recours à la digitale, et, si elle reste inactive, à ses succédanés. Dès que l'urine a notablement augmenté de quantité, dès que l'on a obtenu ce qu'on peut attendre de la digitale, il faut en suspendre l'administration. Le régime lacté, les iodures (G. Sée, Landouzy) surtout sont alors indiqués. Les iodures, en particulier, sont utiles chez les individus d'un certain âge, chez lesquels il y a à la fois rétrécissement mitral et insuffisance, chez lesquels existe, en un mot, l'affection mitrale telle que la conçoit M. C. Paul.

Le rétrécissement mitral peut-il guérir? A priori on peut le penser. En effet, que faut-il pour que l'on revienne à la normale, au point de vue anatomo-pathologique? que l'orifice rétréci se dilate. La chose n'est pas impossible, si la sclérose n'est pas trop avancée, si l'épaississement valvulaire est modéré. Il en est sans doute ainsi chez les individus jeunes, les jeunes filles surtout, chez lesquelles on voit parfois les signes physiques disparaître pendant de longues périodes.

Nous devons, dans ce sens, faire appel à de nouvelles observations. La clinique n'a pas dit son dernier mot sur le rétrécissement mitral pur des jeunes sujets. L'étude prolongée des malades confirmera, espérons-le, la possibilité d'une guérison définitive.

En tout cas, le *statu quo* est possible pendant de longues années, et ce n'est pas le trait le moins curieux de cette cardiopathie protéiforme à lésion anatomique banale, à évolution clinique si particulière.

Bibliographie. — Potain et Rendu. Article Cœur du *Dictionnaire des sciences médicales*. — Peter. *Traité des maladies du cœur*, 1883. — Jaccoud. *Traité de pathologie interne*. — Bucquoy. *Leçons sur les maladies du cœur*. — Duroziez. Du rétrécissement mitral pur, *Archives générales de médecine*, août 1877. — Mary A. Marshall. *Du rétrécissement mitral, sa fréquence plus grande chez la femme que chez l'homme*, Thèse de Paris, 1879. — L. Landouzy. Du rétrécissement mitral, *Gazette des hôpitaux*, p. 18, 1884. — G. Sée. *Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur et, en particulier, de leurs formes anomales*, 2e édition, 1883. — Lésions cardiaques sans troubles fonctionnels, *Gazette des hôpitaux*, janvier 1889, et *Traité des maladies du cœur*, médecine clinique, 1889. — Dreyfus-Brisac. *Gazette hebdomadaire*, 1882. — J. Magé. *Du rétrécissement mitral pur*, Thèse de Paris, 1888. — Ricardo Bonet. *La chlorose cardiaque*, Thèse de Paris, 1887.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mars 1889. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

PRÉSENTATION DE MALADE

Paralysie agitante ancienne améliorée par les miroirs rotatifs. — **M. Luys** présente un malade âgé de quarante-quatre ans, qui, depuis quatre ans, était atteint de paralysie agitante lorsqu'il eut l'idée d'essayer sur lui l'action des miroirs rotatifs, ou miroirs à alouettes.

Ce malade lui a été adressé par M. Gaucher, dans le service duquel il se trouvait.

La maladie se caractérisait d'une façon des plus typiques comme paralysie agitante : tremblement caractéristique des mains, trépidation générale du tronc, raideur des muscles de la nuque, etc.

Le malade était dans l'impossibilité absolue de porter les boissons à ses lèvres; il ne pouvait seul boutonner ses vêtements, ni écrire. La parole était embarrassée et saccadée.

Le traitement hypnotique avec les miroirs rotatifs fut immédiatement institué, avec l'aide de M. le docteur de Grandchamp. L'amélioration commença à la huitième séance seulement, les séances ayant lieu chaque jour. Elle était considérable et généralisée à la quatorzième.

Il est intéressant de constater qu'un état morbide ancien, et réputé incurable, a été rapidement et très notablement amélioré par une simple action physique des miroirs en rotation, placés devant les yeux.

Cette action, qui ne paraissait pas s'exercer aux premières séances, laissait néanmoins après elle une impression favorable, et cette première impression, s'ajoutant à celle des jours suivants, finit par amener un collapsus général, accompagné d'un sommeil spécial. C'est un sommeil qu'on pourrait appeler mécanique, qui est doué d'effets sédatifs et thérapeutiques, d'une puissance encore inconnue.

M. Gaucher ajoute que le malade était aussi peu hystérique que possible, et aussi borné qu'honnête. Il ne se charge pas d'expliquer le mécanisme de l'amélioration qui a été obtenue sous ses yeux.

Le diagnostic de paralysie agitante lui semble hors de doute. Cependant un collègue, dans le service duquel le malade a passé, avait pensé à une sclérose en plaques.

M. Joffroy dit que peut-être il convient, malgré tout, de mettre un point d'interrogation sur le diagnostic de paralysie agitante.

Au surplus, les cas bien nets de paralysie agitante ne sont pas rares, et M. Luys pourra facilement répéter son expérience.

M. Luys croit, comme M. Gaucher, que le diagnostic n'est pas douteux; il ajoute qu'on abuse un peu, à son sens, de la sclérose en plaques, et qu'on en voit là où il n'y en a pas. Pendant vingt ans passés à la Salpêtrière, dans des milieux aussi spéciaux, il n'a vu que quatre autopsies de sclérose en plaques.

De l'isolement individuel dans la rougeole. — **M. Richard** (Val-de-Grâce) rappelle que dans la rougeole la préservation des sujets sains a été tentée en vain : la réceptivité de l'espèce humaine pour le germe morbilleux est extrême, et tel sujet, que vous aurez soustrait à la contagion aujourd'hui, y succombera demain, dans huit jours, six mois, un an; bref, il finira toujours par être atteint.

Il est donc indiqué, dans la rougeole plus que dans toute autre maladie contagieuse, de concentrer tous les efforts prophylactiques sur la préservation du malade contre l'infection secondaire, mais ce problème est extrêmement difficile, car le rubéoleux présente, à l'égard des germes infectieux pathogènes, une vulnérabilité extrême.

Dès qu'un hôpital est infecté, la rougeole y prend tout de suite un caractère de gravité extrême. Le Val-de-Grâce fut encombré en 1859-1860, par le retour des troupes de l'armée d'Italie, et

l état sanitaire devint déplorable. Dans ces conditions, il entra au Val-de-Grâce 125 rougeoles ; 40 moururent par le fait de complications pulmonaires, intestinales, etc.

La conclusion qui s'impose, c'est que, dans la rougeole plus que dans toute autre maladie, il faut faire de l'antisepsie médicale à force. MM. Sevestre et Grancher se sont franchement engagés dans cette voie, et les résultats déjà obtenus sont on ne peut plus encourageants.

M. Richard pense que, pour compléter ces mesures, il faut soustraire les rubéoleux aux chances d'infection réciproque, c'est-à-dire qu'à l'isolement en commun il faut substituer l'isolement individuel, unicellulaire.

Un rubéoleux est bien plus infectable, bien plus difficile à préserver qu'une femme en couches, et il y a plus de raisons pour lui que pour cette dernière en faveur de l'isolement dans un pavillon Tarnier. Cet isolement individuel durerait aussi longtemps que dure la réceptivité des germes pathogènes, c'est-à-dire qu'il cesserait environ quatre jours après la disparition de la fièvre de rougeole.

On arriverait ainsi à empêcher l'infection secondaire, surtout par les plus redoutables des germes : ceux de la bronchopneumonie et de la tuberculose.

Tout, dans la cellule d'isolement, doit être conçu en vue de la désinfection la plus complète.

M. GRANCHER pense que, ce que propose M. Richard est, sans doute, théoriquement excellent; mais il ne faut demander à l'Assistance publique que des choses possibles, faisables. Or, l'isolement cellulaire de M. Richard ne réalise pas du tout ce desideratum.

Un grand nombre d'incertitudes planent encore sur ces questions de contagion. Dans ces conditions, nous ne pouvons pas, nous ne devons pas engager l'action de l'Assistance publique et provoquer des dépenses qui risqueraient, plus tard, d'être reconnues inutiles. Commençons par faire ce qui est possible, utile et peu coûteux. L'antisepsie est à la portée de tous. Soyons toujours et minutieusement antiseptiques. Une bonne aération peut rendre de très grands services, comme le prouve péremptoirement l'expérience de M. Sevestre aux Enfants-Assistés. Cherchons à réaliser le maximum d'aération. C'est également très faisable ; mais, encore une fois, il faut nous en tenir, vis-à-vis de l'administration, à un minimum de demandes, et à des demandes sur lesquelles nous serons tous, ou à peu près tous, d'accord.

M. SEVESTRE est de l'avis de M. Grancher. Si l'on demande trop on n'aura rien, et il ne faut pas songer à réaliser sur le terrain hospitalier l'idéal d'isolement de M. Richard.

M. GRANCHER regrette de ne pas voir, pour une discussion de cette importance et qui doit aboutir à des propositions pratiques, plusieurs de ses collègues des hôpitaux d'enfants. Il propose de décider que tous les médecins des services d'enfants se réuniront pour former une commission spéciale qui rédigerait un rapport sur les questions en discussion, et la Société des hôpitaux se prononcerait ensuite sur les conclusions de ce rapport.

(Cette proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.)

Contractures mortelles d'origine gastrique. — M. DE BEURMANN a suivi, pendant plusieurs années, un malade atteint de dilatation considérable de l'estomac, causée et entretenue par de nombreuses erreurs de régime. Cette affection détermina, après une série d'accidents de diverse nature, un accès de contracture tétaniforme qui s'étendit aux muscles respiratoires et causa la mort en quelques heures. Peu de jours auparavant, il y avait eu une autre crise caractérisée essentiellement par des vertiges, avec sensation de faiblesse générale et une sorte d'engourdissement et de fourmillement des mains. Ces phénomènes, qui furent comme les prodromes de la crise mortelle, sont assez fréquents dans la dilatation de l'estomac et doivent mettre le médecin sur ses gardes.

Ces accidents tétaniformes d'origine gastrique sont d'une extrême gravité. Sur douze cas que M. de Beurmann a réunis, il y en a huit mortels. Plusieurs de ceux qui ont guéri ont présenté néanmoins une imminence d'asphyxie.

Quant à la pathogénie de la contracture dans la dilatation stomacale, plusieurs théories ont été émises : pour Küssmaull, la contracture tiendrait à la concentration du sang résultant des exhalations de liquide qui se produisent à la surface de l'estomac après les vomissements et les lavages. Le cas observé par M. de Beurmann va à l'encontre de cette théorie. Le malade, en effet, n'avait presque jamais vomi ; il n'avait pas eu de diarrhée dans les jours qui ont précédé la crise ; enfin, il n'avait jamais subi de lavages.

Pour d'autres auteurs, la contracture serait causée par une action réflexe ayant pour point de départ une irritation des nerfs sensitifs contenus dans les enveloppes de l'estomac. Mais alors comment se fait-il que ces accidents n'aient jamais été observés dans le cancer et l'ulcère de l'estomac?

La théorie de l'auto-intoxication, proposée par M. Bouchard, paraît bien plus vraisemblable.

Gastro-entérite cholériforme. — M. FERNET fait une communication sur une petite épidémie locale de gastro-entérite cholériforme observée à Paris, et comprenant quatre cas développés, à des intervalles rapprochés, dans des maisons voisines. Un des quatre cas se termina par la mort. Dans aucun il ne parut possible d'admettre soit un écart de régime ou une indigestion, soit une intoxication alimentaire ou médicamenteuse. On est, par suite, amené à soupçonner que l'eau de boisson a été l'origine des accidents ; d'autant qu'il paraît que la Compagnie des Eaux ne se gêne nullement pour envoyer parfois de l'eau de Seine à la place de l'eau de source, dans certains quartiers ou groupes de quartiers.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mars 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

COMMUNICATION

Ablation de la clavicule. — M. DESPRÉS donne des nouvelles de la petite malade à laquelle il a enlevé la clavicule. Elle a conservé tous les mouvements de son bras, sauf celui qui consiste à porter la main derrière la tête.

DISCUSSION SUR L'OPÉRATION D'ALEXANDER

M. TRÉLAT, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Schwartz, fait observer qu'on a pratiqué cette opération dans bien des cas où elle était contre-indiquée. Pour peu que la rétroflexion utérine qu'elle est appelée à corriger s'accompagne de métrite, de salpingo-ovarite, elle reste sans effet. C'est seulement lorsqu'il s'agit de rétroversion ou de rétroflexion simple, sans adhérences, mobile, facile à réduire, sans aucune complication inflammatoire, que l'opération d'Alexander est indiquée, dans le but de prévenir tous ces accidents d'adhérences, de douleurs, d'inflammations, qui finissent le plus souvent par accompagner la rétroversion. Ce sont, pour M. Trélat, ces cas seuls qui sont justiciables de l'opération d'Alquié-Alexander; on en a abusé, on en a fait une panacée ridicule contre une foule d'états pathologiques auxquels elle n'a rien à voir. M. Trélat est arrivé aujourd'hui à la limitation précise des cas particuliers dans lesquels est indiquée cette opération : déviation utérine, mobile, facilement réductible, primitivement exempte de complication.

M. Trélat possède 14 observations qui ont été prises dans son service, sur des malades opérées par lui ou par ses élèves ; dans tous ces cas, les ligaments ronds ont toujours été trouvés, isolés et réséqués dans une grande étendue ; l'opération a toujours été faite des deux côtés dans la même séance ; elle a toujours été relativement facile, jamais dangereuse ; la réunion primitive a

toujours été la règle; les traces qu'elle laisse après elle sont imperceptibles. L'opération a toujours été régulièrement exécutable, facile, et suivie d'une prompte guérison opératoire. Dans les cas où elle était formellement indiquée, elle a donné de bons résultats thérapeutiques.

M. Trélat n'a voulu parler que de l'opération d'Alexander et laissé volontairement de côté les cas, fort nombreux, dans lesquels elle a dû être combinée avec d'autres opérations, telle que la castration ovarienne, la colpopérinéorrhaphie, etc.

M. BOUILLY veut surtout parler des symptômes et du traitement des rétrodéviations utérines. Celles-ci, selon lui, doivent être divisées en deux classes, suivant qu'il s'agit de rétrodéviations simples ou de rétrodéviations compliquées. La rétrodéviation simple est celle qui constitue à elle seule toute l'affection, qui est mobile, facilement réductible et coercible; la compliquée est celle dans laquelle il faut tenir compte d'un autre élément morbide : douleurs, inflammations, hémorrhagie, irréductibilité.

Rétrodéviations simples. — Sous ce nom M. Bouilly désigne les cas dans lesquels il y a très peu de phénomènes. On trouve beaucoup de femmes chez lesquelles cette rétroflexion ne s'accompagne d'aucun trouble; dans d'autres cas, chez des femmes plus jeunes, la rétroflexion est un peu douloureuse et ces douleurs sont surtout marquées du côté du rectum : ces malades sont gênées dans la station assise et elles sont sujettes à des accidents de métrorrhagie ou de leucorrhée ; souvent aussi, en même temps que l'abaissement utérin, il y a déchirure du périnée ou du vagin. Dans ces cas M. Bouilly n'est pas partisan de l'opération d'Alexander ; il préfère simplement la réduction et le maintien de cette réduction à l'aide du pessaire de Hodje et, si cela est nécessaire, la restauration du périnée et du vagin, la colpopérinéorrhaphie. On voit alors disparaître les douleurs, les métrorrhagies; le pessaire doit être laissé en place pendant huit à dix mois.

Rétrodéviations compliquées. — Il s'agit ici de rétrodéviations douloureuses, incoercibles, compliquées de salpingo-ovarite ou de phénomènes d'inflammation du voisinage. Dans ces cas, les tentatives de réduction sont difficiles et ne soulagent pas les malades. Quand celles-ci souffrent beaucoup, il faut admettre qu'il y a un état morbide surajouté, une inflammation des annexes; le traitement est alors celui de la périmétrite, de l'inflammation des annexes, c'est-à-dire l'ablation des annexes malades. Cette opération seule suffit souvent pour redresser l'utérus. On voit alors survenir des améliorations immédiates. Dans beaucoup de cas, alors même que la déviation est abandonnée à elle même, elle ne gêne plus la malade à partir du moment où on a enlevé les annexes enflammées, suppurées ou kystiques.

En résumé, dans la rétroflexion simple, il faut se contenter de la réduction et du maintien de cette réduction par des procédés divers; dans 17 cas de ce genre, M. Bouilly a obtenu 17 guérisons ou améliorations très notables. Dans les cas complexes, il faut d'abord combattre l'état inflammatoire, la périmétrite ou la salpingo-ovarite, par la castration ou, si cela est nécessaire chemin faisant, pratiquer l'opération d'Alexander ou mieux encore l'hystéropexie.

M. SEGOND rappelle avoir dit, dans une précédente communication, que l'opération d'Alexander était le meilleur moyen à opposer aux déviations mobiles. Il l'a pratiquée six fois. Dans deux cas, il s'agissait de prolapsus utérin avec cystocèle. Après avoir fait, dans un de ces cas, l'élytrorrhaphie antérieure, il réséqua 14 centimètres de chacun des ligaments ronds : Trois mois après, il constatait une récidive complète. La seconde malade, qui se trouvait à peu près dans les mêmes conditions, se trouva assez bien pendant plus longtemps, puis la récidive finit aussi par se produire. M. Segond avait donc conclu, de ces deux faits, que l'opération d'Alexander, dans les cas de prolapsus utérin, est une opération détestable. Dans les quatre autres faits, il s'agissait de rétrodéviations ; trois étaient adhérentes, une seule était mobile. Chez la malade dont l'utérus rétrofléchi était resté mobile, M. Segond résèque 12 centimètres de chacun des ligaments ronds ; l'un deux a cédé et l'autre a suffi pour maintenir la réduction. Chez les trois malades atteintes de rétroflexion adhérente, deux d'entre elles voyaient apparaître, trois mois après, le retour intégral des douleurs et de la déformation. M. Segond avait donc tiré de ces faits cette seconde conclusion, que l'opération d'Alexander est une mauvaise opération dans les cas de prolapsus, mais que c'est une très bonne opération dans les cas de rétrodéviation réductible. Dans ces cas, M. Bouilly préfère le pessaire ; quand il s'agit d'une jeune femme, il y a lieu de se demander s'il n'est pas préférable de lui raccourcir les ligaments ronds. La question est discutable.

Lorsque le cas est assez grave pour nécessiter l'ouverture du ventre, lorsqu'il faut aller rechercher les ovaires ou les trompes malades, rien de plus simple alors que de pratiquer, comme opération complémentaire, l'opération d'Alexander. Toutefois, il est bon de savoir que, dans la plupart des cas, le seul fait de l'ablation des trompes et des ovaires suffit pour amener le redressement de l'utérus et que, dès lors, l'Alexander devient inutile. Alors même qu'on voudrait mieux assurer encore le redressement par une opération complémentaire, il y aurait lieu de se demander s'il ne faudrait pas, dans ces cas, préférer l'hystéropexie à l'Alexander.

M. RICHELOT a pratiqué deux fois l'opération d'Alexander. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de trente-sept ans, atteinte d'une rétroflexion très douloureuse, compliquée d'endométrite. Tous les pessaires étaient restés sans effet. M. Richelot se décida à pratiquer l'Alexander ; il trouva, à droite, le ligament rond tellement friable qu'il se rompit ; à gauche, il menaçait de se rompre à son tour. L'opération avait donc échoué à cause de la disposition anatomique des ligaments ronds. Toutefois, la malade se trouva améliorée ; M. Hallé, qui avait assisté M. Richelot dans cette opération, attribua cette amélioration à l'élongation des ligaments ronds.

Dans le second cas, il s'agissait d'une malade à laquelle M. Richelot pratiqua plus tard l'hystérectomie vaginale, pour un fibrome utérin qui fut d'abord méconnu. Comme il y avait une rétroflexion douloureuse, hémorrhagique, M. Richelot pratiqua l'opération d'Alexander ; il obtint ainsi la réduction de l'utérus. La malade fut pendant quelque temps en très bon état, puis, trois mois après, elle était en récidive complète. C'est alors que M. Richelot reconnut l'existence d'un fibrome interstitiel et pratiqua une hystérectomie vaginale, dont les suites furent heureuses. Il faut ajouter que le raccourcissement des ligaments ronds a laissé chez cette malade deux petites hernies inguinales, facilement maintenues par un bandage.

Les résultats obtenus dans ces deux faits par M. Richelot ne l'encouragent pas à préconiser l'opération d'Alexander. Il est évident, pour lui, qu'elle était mal indiquée dans l'espèce. Elle doit être une bonne opération dans les rétroflexions simples. Quant aux cas compliqués, nécessitant une intervention du côté des annexes de l'utérus, M. Richelot pense que, dans ces faits, il vaut mieux avoir recours à l'hystéropexie, comme opération complémentaire, qu'à l'Alexander.

PRÉSENTATIONS

M. MARTEL (de Saint-Malo) présente deux tumeurs. La première a été enlevée sur la partie latérale droite de la langue d'une jeune fille de vingt-deux ans. C'est une tumeur érectile bien caractérisée. Le seul intérêt de cette observation, c'est que cette tumeur a pu être enlevée au thermocautère, sans que la malade ait rien senti, grâce à une injection de 5 centigrammes de cocaïne qui a amené, en même temps qu'une insensibilité absolue, une ivresse toute particulière. La malade était complètement guérie huit jours après.

La seconde tumeur siégeait dans l'aisselle d'un enfant de dix ans; elle était volumineuse, adhérente à la peau, mobile sur les parties profondes, constituée par l'assemblage d'une foule de

petites tumeurs isolables les unes des autres. Il s'agit d'un fibro-sarcome des glandes sudoripares de l'aisselle.

M. KIRMISSON présente un malade auquel il a pratiqué la suture de la rotule. Il s'agit d'un professeur de gymnastique, qui s'était fait une fracture de la rotule. On lui appliqua la griffe de Duplay et on le plaça dans un appareil plâtré. Il guérit avec un cal, mais celui-ci se rompit. C'est alors que M. Kirmisson pratiqua la suture de la rotule qui a donné un très bon résultat.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait ressortir tout l'intérêt de cette observation. Dans les cas de ce genre, quand il y a fracture pour la seconde fois, il ne faut pas hésiter à recourir d'emblée à la suture, qui est le seul moyen de maintenir réunis les deux fragments, sinon par un cal absolument solide, tout au moins de telle façon que la marche est parfaitement possible.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Travaux d'obstétrique (1), du docteur A. AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris.

Nous présentons à nos lecteurs l'œuvre considérable d'un de nos plus distingués confrères. Elle comprend trois volumes : le premier se compose exclusivement de mémoires et d'articles déjà publiés ; le second et le troisième, au contraire, ne contiennent que des mémoires inédits. Nos lecteurs pourront apprécier la valeur de ces mémoires en se reportant à notre collection de 1888. Ils trouveront, en effet, à la date du 24 novembre dernier, page 1245, une Revue générale, qui leur donnera une idée très juste des recherches de M. Auvard. Ils retrouveront, du reste, avec plaisir, dans l'ouvrage que nous étudions en ce moment, cette intéressante étude sur « l'Influence de la puerpéralité sur l'obésité ».

Ce travail, que nous venons de rappeler, se complète par une étude sur « l'Influence de l'obésité dans la puerpéralité ».

M. Auvard arrête notre attention sur le *mécanisme de la sortie des épaules*. Contrairement aux idées généralement reçues sur le mécanisme de l'accouchement, l'auteur pense que le mécanisme normal de la sortie des épaules (tête première) consiste dans le dégagement primitif de l'épaule postérieure, et le dégagement secondaire de l'épaule antérieure. Quand on veut opérer le dégagement artificiel des épaules (tête première), il faut donc essayer de commencer par la postérieure, et, dans le cas seul où on échouera, on aura recours au dégagement primitif de l'épaule antérieure.

Tamponnement intra-utérin. — M. Auvard étudie ce tamponnement, qui, bien différent du simple tamponnement vaginal, consiste à remplir la cavité utérine avec un corps étranger susceptible de produire une occlusion efficace contre l'écoulement sanguin. L'auteur résume ensuite l'étiologie et la thérapeutique des hémorrhagies utérines. Dans l'hémorrhagie de moyenne intensité, il y a trois diagnostics successifs à faire : inertie utérine, plaie vulvaire, plaie vaginale ou cervicale. Trois moyens thérapeutiques en dehors des ligatures et sutures : injection antiseptique chaude 50 degrés, ergot de seigle, tamponnement utéro-vaginal.

Dans l'hémorrhagie grave et foudroyante, un seul diagnostic est possible : inertie utérine. Trois moyens thérapeutiques : compression de l'utérus à travers l'abdomen, introduction de la main dans l'utérus, tamponnement utéro-vaginal.

Ayant, à la maternité de la Charité, recueilli les observations de cent trente femmes et examiné les annexes ovulaires à la suite de leur accouchement, M. Auvard a utilisé tous ces documents. Nous signalerons particulièrement l'étude des déchirures vulvaires, qui met en lumière la fréquence de ces traumatismes. Sur cent cas, l'auteur n'a trouvé que cinq vulves intactes, ce qui montre tout le danger au point de vue de la septicémie.

Le troisième volume contient cinq mémoires importants : 1° Extraction de la tête fœtale ; 2° Des présentations en général et, en particulier, de celles du front et de l'abdomen ; 3° Obliquité latérale de l'utérus gravide ; 4° Mort subite puerpérale ; 5° Du diagnostic de l'époque de l'accouchement. Arrêtons-nous quelques instants sur ce dernier mémoire.

M. Auvard a recueilli 250 observations pour élucider les différents points qui suivent :

I. *Menstruation et accouchement.* — L'espace qui sépare le plus souvent la fin des dernières règles de l'accouchement est de 275 à 282 jours, avec écart minimum de 246 jours et écart maximum de 328 jours. Pour calculer l'époque probable de l'accouchement en se basant sur la menstruation : prendre le jour terminal des dernières règles, compter 9 mois à partir de ce moment et ajouter 10 jours, tout en prévoyant un retard ou une avance possible de 5, 10, 15 jours et même davantage, jusqu'à un mois et demi environ (retard possible de 43 jours). La durée de la grossesse, calculée à partir de la dernière époque menstruelle, ne présente aucune différence chez les primipares et les multipares.

II. *Coït unique et accouchement.* — L'accouchement a, en général, lieu 275 jours après, c'est-à-dire 9 mois après le coït fécondant, avec écart possible de 242 à 317 jours. La durée de la grossesse, calculée à partir du coït fécondant, ne présente aucune différence chez les primipares et les multipares.

III. *Premiers mouvements fœtaux et accouchement.* — Les premiers mouvements fœtaux sont le plus souvent perçus dans le cours du cinquième mois, soit au début, soit au milieu, soit à la fin. Rarement ils se produisent avant; cependant, on peut les observer dans tout le cours du quatrième mois. Il est également assez rare qu'ils se montrent pour la première fois pendant les quatre derniers mois de la grossesse. Exceptionnellement les femmes ne sentent aucun mouvement fœtal pendant toute la durée de la gestation, quoique l'enfant soit bien portant. Il est rare que les femmes puissent préciser la date exacte des premiers mouvements fœtaux. Quand ce moment est connu, on sera en droit de supposer que l'accouchement se fera environ quatre mois et demi après; mais ce point de repère est très variable, car il y a possibilité d'écarts d'un mois et même davantage.

IV. *Abaissement utérin et accouchement.* — Dans plus de la moitié des cas, l'abaissement de l'utérus semble nul, ou ne peut être déterminé d'après les renseignements fournis par la femme. Dans un tiers des cas environ, il se produit, pendant les 15 jours qui précèdent l'accouchement, le plus souvent 8 ou 15 jours avant. Dans quelques cas, l'abaissement a lieu de 15 jours à 2 mois avant le travail. Les phénomènes d'abaissement, accusés par la multipare, peuvent, quand ils existent, faire supposer que la grossesse est arrivée à la dernière quinzaine de son cours ; mais ce n'est là qu'une simple probabilité.

Nous avons essayé de donner une idée de l'intérêt que présentent les « Travaux d'obstétrique » de M. Auvard ; tout éloge nous paraît superflu. Faisons seulement des vœux pour que l'ardeur scientifique de notre confrère continue à nous donner des travaux aussi clairs et aussi pratiques.

(1) Trois vol. in-8°. — Prix : 24 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Dictionnaire abrégé des sciences physiques et naturelles (1), par Ed. THÉVENIN, revu par H. DE VARIGNY, docteur ès sciences.

Dans ce dictionnaire, tous les termes se rapportant aux sciences suivantes sont expliqués succinctement : physique, chimie (avec les formules des corps composés), botanique, zoologie, géologie, minéralogie, agriculture, mathématiques, astronomie, médecine, physiologie, biologie, pharmacie, chirurgie, art vétérinaire, etc.

(1) 1 fort volume in-18 de 630 pages, imprimé sur deux colonnes, cartonné à l'anglaise — Prix : 24 francs. — Paris, Félix Alcan.

Ce livre comble une lacune dans les bibliothèques des personnes qui ne peuvent acheter les grands dictionnaires. Il sera utile à tous ceux qui s'intéressent aux sciences, à ceux qui, lisant des ouvrages et des journaux scientifiques ou des comptes rendus de sociétés savantes, peuvent être arrêtés à chaque instant par des termes techniques dont l'explication ne se trouve pas dans nos lexiques français. Il rendra également les plus grands services aux étrangers, les dictionnaires en deux langues ne contenant pas, en général, l'explication des mots scientifiques.

— Par décret, en date du 26 mars 1889, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Le Lan, aide-médecin, docteur en médecine.

— M. le docteur Weber est nommé membre du Comité d'organisation du Congrès international de sténographie.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Appareils de Wickham pour le traitement des hernies, par G. Wickham. 1 volume in-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

47

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................	1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer; — de chaux....; Chlorure de sodium....; Matières organiques....	0.44

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

74

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : 4 fr. le flacon.*

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

22

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande ; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

DOSE : **1/2 verre à madère au dessert.**

PEPTONE — POUDRE — ELIXIR CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.

DEFRESNE, auteur de la Pancréatine, 2, rue des Lombards, Paris, et Pharmacies.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau ; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

25

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

60

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

41

Nous avons l'honneur d'appeler l'attention de MM. les Pharmaciens et Droguistes sur quelques nouveaux médicaments.

PHÉNACÉTINE-BAYER

Excellent antipyrétique et antinévralgique, qui se distingue des autres préparations du même groupe par son manque complet d'odeur et de goût. La pureté de la **Phénacétine Bayer** est prouvée par son point de fusion, qui se trouve être toujours à 134°,5 C.

SULFONAL-BAYER

Somnifère efficace, nullement narcotique, soutient le besoin naturel du sommeil là où ce besoin existe et le crée où il n'existe pas. Sans action sur le cœur ou le système vasculaire, son manque d'odeur et de goût offre un avantage d'une très grande importance dans la thérapie psychiatrique. Nous mettons dans le commerce le **Sulfonal-Bayer** en cristaux incolores à un point de fusion de 125 à 126° C. La pureté du produit, livré dans des flacons, cartons et sachets, est garantie par un contrôle permanent d'autorités scientifiques et compétentes.

S'adresser pour les demandes à M. Jean KAHRÉS, 19, rue d'Enghien, Paris, représentant dépositaire de Farbenfabriken vorm. F. BAYER et Co, à Elberfeld, et aux principales maisons de drogueries. — La vente est interdite aux États-Unis de l'Amérique du Nord.

50

LANOLINE LIEBREICH

La seule absolument libre d'acide, sans odeur, ne rancissant pas. Seul excipient absorbant son poids d'eau et se mêlant avec toutes les autres graisses.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline,
USINE DU TREMBLAY, à CREIL (Oise).
PARIS, 31, rue des Petites-Écuries, PARIS.

12

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF
PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

93

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

26

ASTHME catarrhe, **oppression,** et toutes les *affections des voies respiratoires,* st guéris p* les **TUBES LEVASSEUR,** O. ❄❄. Pharmacie, 23, rue de la Monnaie, Paris, et toutes les pharmacies de France. **3** *fr. franco.*

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

10

QUINA-BONBON DIASTASÉ

Chaque bonbon contient sucre et cacao, quinquina jaune et diastase — dans les proportions d'un petit verre de vin de quinquina. Vivement recommandé dans la thérapeutique infantile.

Prix de la boîte : *2 fr. 25.*

DÉTAIL : M. Solirène, phien, 17, r. Soufflot, Paris,

VENTE EN GROS : M. Yves Marchier, pharmacien à Privas (Ardèche).

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05 ; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, *Place Vendôme,* PARIS.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses,* des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès,** 9, r. du 4 Septembre, Paris.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge et phies.

91

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie,* les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes,* on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne.**

VERNE, Grenoble, et phies, France et étranger.

N° 39. — MARDI 2 AVRIL 1889. 62e ANNÉE. MARDI 2 AVRIL 1889. — N° 39.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Tumeur du sein. — II. Ostéo-arthrite du genou, fusées purulentes dans la jambe et dans la cuisse.

Nous avons aujourd'hui deux grandes opérations à faire : 1° l'ablation d'une tumeur du sein avec ganglions situés dans le creux de l'aisselle; 2° une amputation de la cuisse.

I. Il y a trois semaines environ, nous avions dans nos salles deux femmes atteintes de tumeurs du sein. La plus malade, en apparence du moins, présentait une tumeur du sein qui nous semblait de nature maligne; elle a été opérée et, actuellement, elle est presque tout à fait guérie.

La seconde est celle que je vais opérer tout à l'heure : chez elle la tumeur me semblait, tout d'abord, devoir entraîner un pronostic bénin. En effet, cette femme est jeune encore, elle n'a que trente ans à peine, sa santé générale paraît très bonne, elle est très fraîche et a même un certain embonpoint. Enfin, jusqu'au mois de juillet de l'année dernière, elle n'a jamais été malade. C'est à cette époque seulement que, un matin, en s'habillant, elle s'est aperçue pour la première fois d'une petite grosseur dans le sein, grosseur du volume d'une petite noix à peine, et qui ne la faisait nullement souffrir. Je puis même dire que, jusqu'au jour où cette femme est entrée à l'hôpital, sa tumeur, bien qu'ayant augmenté notablement de volume, puisqu'elle a aujourd'hui la dimension d'une orange, n'a jamais été douloureuse, pas même à la pression. Ce n'est que depuis peu, que quelques douleurs — encore sont-elles légères et par moments seulement — se font sentir.

Bref, mon pronostic eût été celui de tumeur bénigne, n'était un autre symptôme : je veux parler de l'existence de plusieurs ganglions engorgés dans l'aisselle. Mais ces ganglions eux-mêmes pourraient reconnaître plusieurs causes : 1° la tuberculose du sein; 2° la syphilis; 3° le cancer.

La tuberculose du sein me paraît chose peu probable, eu égard à l'excellente santé générale de cette femme, à ses belles apparences, à l'absence de toux et de la moindre lésion pulmonaire. Cependant, je crois devoir faire quelques réserves.

La syphilis ? L'examen de la malade nous a fait constater une exostose sur le tibia droit, développée sans cause ni douleurs. Or, la syphilis entraîne généralement avec elle des douleurs surtout nocturnes. De plus, cette femme présente une calvitie temporale quelque peu précoce, elle perd ses cheveux; cependant, elle n'a pas de douleurs de tête. S'agirait-il donc, en réalité, de quelque tumeur syphilitique du sein ?

Afin d'élucider la question, nous avons soumis cette femme, le mois dernier, peu de jours après son arrivée, au traitement spécifique avec onctions mercurielles.

Le résultat a été négatif et, non seulement la tumeur a continué à se développer, mais encore la peau, tout à l'entour et jusqu'à la racine de la glande mammaire, a pris une teinte rouge, peut-être sous l'influence des onctions mercurielles. J'ai fait immédiatement suspendre le traitement spécifique, et, modifiant mon diagnostic, j'ai pensé que nous nous trouvions alors, malheureusement, en face d'une tumeur sarcomateuse, et j'ai proposé immédiatement à la malade une opération qu'elle a acceptée.

Cette rougeur de la peau m'inquiète vivement, quoiqu'elle puisse être la conséquence des frictions mercurielles. Cependant, elle n'existe pas que sur le sein malade, mais je la retrouve aussi sur la peau du bras du même côté où je ne pense pas qu'il ait été fait d'onctions mercurielles.

De plus, la peau de la mamelle est épaissie, indurée, sans cependant adhérer à la tumeur, elle a ce que l'on a appelé l'aspect de la peau d'orange comme dans les cas de tumeur maligne; et la rougeur, comme je l'ai dit tout à l'heure, couvre toute la mamelle jusqu'à sa périphérie. Nous aurions affaire à un sarcome; dans ce cas, le pronostic est très grave.

Dans ces circonstances, nous ne devrons pas prendre de demi-mesures et notre opération doit consister à enlever la totalité du sein, ainsi que tous les ganglions de la région axillaire; c'est donc une opération très sérieuse.

II. Le second malade est depuis quelque temps déjà dans nos salles, il est ajusteur dans l'Allier, et m'a été envoyé et recommandé pas M. Cornil. C'est il y a quatre ans, après avoir travaillé pendant un certain temps à genoux, pour monter différentes pièces, que cet homme a éprouvé, dit-il, les premières atteintes du mal dont il souffre. Et c'est au commencement de l'an dernier que les douleurs du genou sont devenues d'une très grande intensité, en même temps

que le genou se tuméfiait très notablement et que la peau qui le recouvre devenait rouge. Depuis cette époque, il n'a pour ainsi dire plus quitté son lit.

A son arrivée à l'hôpital, le genou est très volumineux, très rouge, sans plaie aucune, ni ulcération; l'articulation est remplie d'un liquide purulent, ainsi que des ponctions et incisions l'ont démontré. La suppuration n'est pas limitée au genou, mais elle déborde : 1° en bas dans la partie supérieure de la jambe, où le pus s'est fait jour par la gaine du tendon du poplité; 2° en haut dans la partie inférieure de la cuisse, soit par rupture de la synoviale. Enfin, j'ajoute que les cartilages et les os sont envahis ; on se trouve donc en présence d'une ostéo-arthrite purulente avec rupture de la synoviale.

Si l'on saisit la jambe avec la main pour se rendre compte de la solidité de l'articulation, on constate immédiatement une grande mobilité de cette articulation; non seulement les ligaments latéraux sont relâchés, mais encore les ligaments croisés le sont également. La jambe a une tendance prononcée à se luxer en dehors, et à se fléchir sur la cuisse.

Nous constatons, d'autre part, que le malade est en proie à un mouvement fébrile à peu près continu, qu'il ne mange plus, qu'il est très amaigri. De plus, il tousse presque constamment et expectore des crachats purulents. Aucun bacille de tuberculose n'a été découvert dans ces crachats ni par M. Rémy, ni par M. Cornil. Et, cependant, le sommet des poumons droit et gauche donne une certaine submatité; à la percussion on y constate aussi de la rudesse de la respiration, mais sans râles, et au sommet du poumon gauche un souffle prononcé à l'expiration. Il y a donc là quelque chose, malgré l'absence des bacilles dans les crachats.

Ces diverses constatations faites et le malade souffrant beaucoup de son membre inférieur, l'état local étant aussi grave, que convient-il de faire? Devons-nous intervenir chirurgicalement? L'état des poumons est-il une contre-indication? Pour répondre tout d'abord à cette dernière question, je dirai que de nombreuses observations m'engagent à passer outre, car, maintes fois, j'ai vu les poumons guérir ou tout au moins se trouver améliorés à la suite de l'opération. Donc, nous devons intervenir.

Tout d'abord, j'ai fait une ponction avec aspiration, puis une large incision dans le foyer purulent de peur de voir le pus s'infiltrer de plus en plus dans la cuisse, et j'ai désinfecté la cavité purulente à l'aide de lavages et d'injections antiseptiques. Notre malade s'en est très bien trouvé, une certaine amélioration s'est produite et le pus a perdu son odeur réellement épouvantable.

Enfin, aujourd'hui, je vais procéder à une opération définitive, mais laquelle? La résection de l'articulation? Oui, s'il n'y avait pas eu rupture de la synoviale, communication du foyer articulaire avec les tissus de la partie inférieure de la cuisse et infiltration du pus, d'une part, dans l'extrémité supérieure de la jambe par la gaine du poplité, d'autre part, dans la cuisse jusqu'à une assez grande hauteur; enfin, si l'état pathologique des os ne nous forçait, en cas de résection, à raccourcir de beaucoup le squelette des membres inférieurs d'où une claudication forcément considérable.

Forcé de renoncer à la résection, je n'ai d'autre ressource que de pratiquer l'amputation, mais en quel point de la cuisse? A la partie inférieure non pas plus qu'à la partie moyenne, en raison de l'étendue du foyer purulent, mais assez haut, sinon pour dépasser les limites de l'infiltration du pus, tout au moins pour trouver sain le canal médullaire du fémur et ne pas laisser trop de membrane pyogénique dans les lambeaux, malgré le raclage minutieux que nous en ferons au cours de l'opération.

Je ferai donc l'amputation sous-trochantérienne, c'est-à-dire là où le canal médullaire cesse pour ainsi dire. Et la méthode à laquelle je recourrai sera la méthode à deux lambeaux : un lambeau antérieur et un lambeau postérieur; je ne chercherai pas à obtenir la réunion par première intention et j'aurai soin de placer un drain en travers de la plaie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Un cas de fièvre typhoïde anomale

Depuis vingt-cinq ans au moins, je n'ai pas cessé de recueillir toutes les courbes de la fièvre typhoïde, si bien que leur chiffre total commence à avoir une importance considérable; cependant, je n'ai jamais rencontré, jusqu'à ce jour, une courbe pareille à celle du malade qui va faire le sujet de cette leçon.

Ce malade est un garçon de vingt et un ans, qui est entré dans mon service au cinquième jour d'une fièvre typhoïde qui l'avait saisi brusquement et qui, dans les premières quarante-huit heures, s'était manifestée par la presque totalité de ses symptômes : céphalée très vive, douleurs dans les membres, localisées plus particulièrement au niveau des articulations, abattement, perte instantanée de l'appétit et diarrhée abondante dès le deuxième jour.

D'emblée aussi le malade était gravement frappé et la prostration succédait immédiatement à l'abattement. A son arrivée, le cinquième jour, le facies typhique était très accentué, avec la diarrhée plus abondante encore et excitation anomale du système nerveux central (réponses très brèves, trémulation de la langue et des lèvres); la nuit suivante, délire.

Même état le lendemain et, en plus, un peu de tuméfaction de la rate et 40°4 le matin (la veille au soir, la température s'était élevée à 41°2), enfin quelques signes de catarrhe bronchique et, à la base du cœur, une zone de frottement peu étendue, mais incontestable, due à un peu de péricardite, d'une précocité surprenante.

Les nuits suivantes, le délire et l'agitation augmentèrent au point qu'on fut obligé d'attacher le malade dans son lit.

Le huitième jour, apparition de quelques taches rosées lenticulaires très caractérisées et en abondance moyenne le lendemain; ce même jour, la température est tombée brusquement le matin à 38°6, alors que la veille au soir elle était encore à 40°6; par contre, le soir, elle remontait à 39°4. Je crus alors à une de ces rémissions fréquentes au septième jour. Mais le lendemain matin, dixième jour, nouvel abaissement plus grand, 37°1, sans que, pour cela, le malade se sente mieux; loin de là, le danger reste permanent; bien plus, pour la première fois, on constate, symptôme inquiétant, de la rétention d'urine.

Et cependant rien n'expliquait cet abaissement de la température, pas la moindre hémorrhagie. L'agitation nocturne persistait.

Le soir du dixième jour, reprise de la fièvre, 39°5; le lendemain, apparition d'une éruption assez rare dans la fièvre typhoïde et que je n'ai jamais rencontrée, jusqu'à présent,

avec une pareille intensité, c'est-à-dire une éruption miliaire, non pas *blanche* mais *rouge*, avec çà et là quelques rares vésicules de sudamina remplies de sérosité transparente, claire. Elle est complète le troisième jour de son apparition, et si généralisée, si confluente, qu'elle ressemblait à une rougeole abondante, ayant son maximum d'intensité à la région lombaire, et qu'elle masquait les taches rosées.

On a dit souvent que l'apparition d'une miliaire étendue, et surtout de la miliaire rouge, dans le cours d'une maladie fébrile, déterminait généralement un grand apaisement dans l'état des malades ; il n'en a rien été et la température, pendant les quatre jours qu'elle a duré, n'a pas été au-dessous de 39°5.

En même temps, les phénomènes bronchiques et les frottements péricardiques ont persisté, mais sans qu'aucun autre désordre viscéral se soit montré. La langue était sèche, racornie, comme dans la fièvre typhoïde, avec adynamie profonde et précoce.

Cependant, le treizième jour, quelque chose de nouveau se présentait du côté du cœur ; à la base de cet organe, dans le deuxième espace intercostal gauche, près du sternum, on percevait un souffle fort, rude, non râpeux, pendant toute la durée de la systole ; de plus, ce même matin, la température n'avait diminué, sur la veille au soir, que d'un dixième de degré (39°4), montrant ainsi un rapport parfait avec le début d'une endocardite.

Dès lors, je considérai mon malade comme perdu, car je crus — et je devais le croire — que cette endocardite allait avoir un caractère infectieux ou ulcéreux ; toute endocardite, développée à la fin du deuxième septénaire d'une fièvre typhoïde, revêtant ordinairement ce caractère. J'étais donc fort alarmé, mais très heureusement mes craintes ne se réalisèrent pas, bien que l'endocardite ait persisté jusqu'en ces derniers jours et que, samedi dernier, nous en trouvions encore des traces.

Au moment donc où mon malade m'inspirait les craintes les plus sérieuses, j'étais à la veille d'une nouvelle chute brusque de la température qui, de 39°5, s'abaissait le lendemain matin à 37°8. Et cependant, comme la première fois, l'état général du malade était tout aussi grave, sinon plus même, en raison de son endocardite.

Le soir de ce jour, reprise de la fièvre à 39°5, sans aggravation cependant des accidents du côté du cœur, ni des bronches ; mais le délire persiste, diurne et nocturne. Enfin les jours suivants et jusqu'au dix-huitième jour, la température oscille autour de 39°5. Mais ce jour au matin, elle retombe de nouveau à 37°6 ; le soir, elle est à 37°8. Le lendemain, nous constations une ébauche de reprise, moins accusée que les précédentes, car elle monte seulement à 38°4. En même temps, pour la première fois, le malade se sent mieux, l'état cérébral est amélioré, la langue plus humide, la diarrhée diminuée, l'expression générale meilleure.

Cette quatrième reprise ne dura que trois jours, pendant lesquels l'amélioration s'est accusée de plus en plus, et le quatrième, nous avons eu un abaissement définitif, la température est tombée au-dessous de la normale, à 36°6, avec relèvement le soir à 39°4, mais à l'inverse des reprises antérieures ; le lendemain matin nous avions 37°2, puis, le soir, 38°6 et le matin suivant 36°9 ; nous sommes ainsi arrivés au septième jour où, après ces oscillations ordinaires, quand la défervescence est véritable, la température est devenue normale, sans oscillations du matin au soir. Dès lors, notre malade pouvait donc être considéré comme en voie de guérison, c'est-à-dire au vingt-deuxième jour de sa fièvre typhoïde, après avoir été pendant presque toute sa durée en très grand danger.

Si nous envisageons maintenant cette fièvre typhoïde dans son ensemble, nous pouvons la considérer comme ayant revêtu la forme ataxo-adynamique et ayant pris d'emblée, dès le début, un caractère excessif de gravité, accentué encore par les accidents d'endocardite survenus le treizième jour.

Par contre, nous devons noter l'absence, chez notre malade, d'un des phénomènes ordinaires de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire de l'albuminurie. C'est là un fait exceptionnel.

Mais, d'autre part, la courbe de la température nous montre aussi qu'il s'agissait d'une fièvre typhoïde grave, hyperthermique et absolument anomale. En effet, au lieu d'une maladie à évolution continue, nous trouvons une affection procédant par des étapes successives au point de vue de la fièvre, par quatre étapes : une première étape d'une durée de dix jours ; une seconde étape de cinq jours ; une troisième de quatre jours ; enfin une quatrième étape, réelle quoique ébauchée, durant trois jours.

Voilà le fait, que je n'avais jamais rencontré encore. Comment pouvons-nous nous rendre compte de cette exception ? — Par comparaison avec certains faits analogues.

Une pareille évolution peut se rapprocher tout d'abord de la forme sudorale de la fièvre typhoïde qui présente, généralement, une reprise par jour, durant une heure ou deux, surtout pendant la première moitié de la maladie, avec cette particularité que, pendant tout ce temps, le malade n'éprouve aucune amélioration. J'ajoute que, dans cette même forme, on observe quelquefois deux reprises de la température dans les vingt-quatre heures. De plus, cette apyrexie est absolument fugace comme chez notre malade et ne s'accompagne d'aucun bien-être.

Voyons maintenant pour les formes à rechute : dans les cas où l'intervalle entre la maladie et la rechute présente sa durée ordinaire, soit huit jours en moyenne, nous ne trouvons pas d'analogie avec le fait actuel ; cette analogie existe plutôt lorsque l'intervalle se raccourcit, se réduit à deux jours ou un jour et demi, car ce sont, pour ainsi dire, des reprises ; mais dans ce cas, le malade se sent mieux, il y a une amélioration réelle, ce qui réduit l'analogie à bien peu de chose.

Cette analogie, nous la trouvons mieux dans le typhus récurrent, où les reprises sont la règle, au nombre de trois, et quelquefois de quatre ; la période fébrile est d'une semaine environ, puis l'apyrexie dure cinq, six ou sept jours, après quoi la fièvre reprend. Si, donc, il y a analogie, elle n'existe que dans le nombre des reprises et non dans la durée de l'apyrexie. Cependant, déjà, cela permet d'interpréter les faits. En effet, le typhus récurrent est caractérisé par la présence, dans le sang, d'un microbe spécial, pendant la période fébrile seule et non pendant celle de l'apyrexie.

Or la haute température, en tuant les sporilles, laisse des spores qui, pour se développer, demandent six à huit jours environ, après lesquels la fièvre reparaît. La cause qui entretient la fièvre est donc, de par ce fait, la présence des sporilles, c'est-à-dire une cause qui n'est pas constamment active, ni constamment présente, puisqu'elle disparaît

par la destruction de ces sporilles et reparaît avec leur réapparition.

Nous trouvons aussi des circonstances semblables dans une autre affection, dans l'endocardite infectieuse, ainsi que je l'ai montré, il y a deux ans, lors d'une leçon que je fis sur une malade atteinte de cette affection (une femme enceinte), qui dura cinq mois et présenta huit reprises pendant cet espace de temps. Qu'est-ce que cela voulait dire que ces huit reprises? Que les produits nuisibles, toxiques, dont l'endocarde est chargé, ne sont pas constamment entraînés dans le torrent circulatoire, mais par une série de décharges, et qu'à chacune de celles-ci un nouveau danger se produit au milieu des apparences de la santé. L'analogie, avec le cas de notre malade, n'existe que par un point, c'est-à-dire par les reprises, mais celui-ci diffère par la durée des périodes de l'apyrexie.

Par contre, l'analogie est plus grande avec la pneumonie à reprises où, avec la persistance du foyer pneumonique, on constate des reprises laissant des périodes d'apyrexie de vingt-quatre heures environ.

Bref, dans la fièvre typhoïde de notre malade, nous ne trouvons que des analogies avec les quelques maladies que nous venons de passer rapidement en revue, mais celles-ci cependant nous apportent quelque lumière sur la pathogénie de la fièvre typhoïde. Le processus de cette dernière est le résultat d'une infection ayant pour siège l'intestin et pour moyens d'action la résorption des produits de cette infection. Or si la résorption continue est la règle, cependant, dans certains cas, cette résorption se fait en plusieurs actes, par plusieurs étapes successives. De plus, je conclus de ces faits, que la résorption n'est pas achevée lorsque surviennent des rechutes et surtout des rechutes subintrantes.

Je considère donc le processus de la fièvre typhoïde comme le résultat d'une infection localisée dans l'intestin et persistante, d'un empoisonnement du sang dû à ces résorptions, lesquelles se font soit tout d'une pièce, soit d'une façon fragmentée comme dans l'endocardite infectieuse.

HOPITAL DU MIDI. — M. Charles Mauriac.

Symptomatologie générale des cérébro-syphiloses.

III

Les troubles de la sensibilité générale et de la sensibilité sensorielle sont loin de fournir des signes aussi certains que les troubles de la motilité. Anesthésie, hyperesthésie, se montrent rarement au début ou dans le cours des névropathies syphilitiques, avec une prédominance particulière. L'hyperesthésie est tout à fait exceptionnelle en dehors des névralgies et des céphalées. Quant à l'anesthésie, elle accompagne la paralysie du mouvement comme dans les névropathies organiques communes; mais elle lui est toujours subordonnée et j'ai remarqué maintes fois qu'elle est relativement beaucoup moins prononcée dans la paralysie syphilitique que dans la paralysie se rattachant à une autre cause.

Parmi les prodromes de l'action syphilitique sur le cerveau, la céphalalgie occupe une place à part et de premier ordre. Elle constitue une des formes les plus fréquentes et les plus indiscutables du début. On l'observe dans les deux tiers au moins des cas; elle s'associe à tous les autres symptômes et accentue singulièrement leur signification. Aussi mérite-t-elle d'être étudiée avec le plus grand soin et sous tous ses aspects. Son siège est profond, intracranien, méningitique ou cérébral. Les malades ont conscience que son foyer est au centre de la tête. Quelquefois elle est très circonscrite et térébrante comme si on enfonçait un clou : c'est ce qui a lieu dans les tumeurs. D'autres fois, au contraire, elle s'étale sur une vaste étendue du cerveau, avec une accentuation plus prononcée sur les régions frontales ou temporo-pariétales de l'un ou de l'autre côté. Gravative, en pareil cas, ou constrictive, elle inquiète et menace même dans ses formes légères. Les malades lui trouvent un caractère insolite, étrange; ils deviennent tristes et irritables, perdent le sommeil, l'appétit, maigrissent et éprouvent une perturbation notable dans leurs facultés intellectuelles.

Les principaux caractères de la céphalalgie syphilitique sont : 1° l'exacerbation nocturne qui ne manque que très exceptionnellement et qui est presque pathognomonique : on l'observe plus souvent dans la période secondaire que dans la tertiaire ; 2° l'intensité qui peut aller jusqu'à absorber, déprimer, abrutir l'intelligence, pousser au délire furieux, au suicide, à l'homicide, comme dans un cas relaté par M. Zambaco, et jusqu'à susciter tous les désordres que produisent dans l'organisme les algies les plus épouvantables ; 3° la persistance et les récidives. Le mal de tête n'est pas plus éphémère qu'il n'est superficiel ; c'est un mal diathésique, une vraie céphalée qui peut durer des semaines, des mois, et même des années. Sans doute, elle présente des accalmies, des intermittences ; elle disparaît même quelquefois spontanément. Mais si on la méconnaît et si on ne la traite pas, elle se reproduit, sous forme de crises plus ou moins longues, avec une extrême facilité.

Si grande que soit l'importance de la céphalée dans la période initiale des cérébropathies, il ne faut pas cependant lui accorder une valeur absolue. Ce n'est pas un prodrome constant. Ainsi je viens d'observer, dans mon service, un jeune homme de vingt-deux ans qui, au quinzième mois d'une syphilis d'apparence bénigne, et sans aucune autre cause qu'elle, a été pris subitement d'un accès d'épilepsie partielle dans le bras gauche, avec aphasie transitoire. Rien, pas même la moindre céphalalgie, ne l'avait précédé et annoncé. Il s'agissait bien là pourtant d'une lésion de l'écorce. Or c'est dans les localisations méningo-corticales que la douleur de tête semble acquérir son maximum de fréquence et d'intensité. Elle accompagne beaucoup moins habituellement les lésions intracérébrales. Mais qu'importent ces exceptions. La céphalée n'en reste pas moins le phénomène prodromique capital des cérébropathies. Elle ouvre la scène morbide. Seule, elle l'occupe plus ou moins longtemps dans toutes ses péripéties. Puis vient un moment où se forme, presque fatalement, à sa suite, un cortège varié d'autres phénomènes plus cérébraux qu'elle, prémonitoires encore, mais d'une signification plus menaçante et qui tournent rapidement au symptôme précis d'une lésion constituée. Telles sont les crises de congestion ou d'anémie cérébrale circonscrite ou diffuse, les parésies ou les raideurs toniques dans quelques muscles, les anamnésies continues, progressives, intermittentes, certaines difficultés momentanées de la parole, des accès de vertiges, l'incertitude dans la marche, la maladresse des mains, l'inappétence sexuelle, l'affaiblissement génital, l'indifférence, la

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 305.

torpeur, l'évanouissement des facultés intellectuelles et morales, qui sans être encore irrémédiablement atteintes ne présentent plus l'harmonie fonctionnelle que leur donnent un entendement et une volonté en pleine possession de leur conscience intime et de leur force directrice.

Pour naître, vivre et se développer, les néoplasmes syphilitiques sont obligés de faire un appel à la circulation sanguine des tissus au milieu desquels ils se sont implantés. A mesure qu'ils grandissent, ils deviennent un foyer de plus en plus actif et considérable d'irrigation sanguine irrégulière, surtout quand autour d'eux se produisent des irradiations congestives et hyperplasiques. En même temps qu'ils créent à leur périphérie une circulation morbide, ils entravent ou arrêtent, par compression, celle qui s'effectue dans les vaisseaux veineux ou artériels des méninges et de la pulpe cérébrale. Comment n'en résulterait-il pas une rupture d'équilibre incompatible avec le fonctionnement normal de l'organe ? Ajoutez à ces modes de perturbation, dans le régime de la circulation artérioso-veineuse, l'envahissement direct des artères par le syphilome, l'obstruction des grosses veines et même des sinus par le voisinage des gommes ou des plaques scléro-gommeuses, etc. Et ne croyez pas que l'action tout à la fois hyperhémique et anémiante qui trouble la circulation cérébrale soit toujours circonscrite et endiguée dans sa progression continue. Assurément il en est ainsi quelquefois, et c'est ce qui explique pourquoi l'on trouve de grandes lésions qui n'ont donné lieu à aucun trouble fonctionnel. Mais que de fois se produit au loin, sur un seul hémisphère ou même des deux côtés, par brusques secousses, comme un flux et un reflux de l'apport sanguin ! Ici le liquide surabonde et déborde, tandis qu'ailleurs, par suite de cet appel autour du foyer morbide, les voies circulatoires se vident momentanément et laissent la partie qu'elles arrosaient dans un état d'irrigation insuffisante pour la régularité de leur fonctionnement. C'est à ces fluctuations, à ces remous, je dirais presque à ces tempêtes qui agitent, déplacent, bouleversent la masse sanguine dévolue à l'encéphale et à ses méninges, qu'il faut rapporter un grand nombre de phénomènes prodromiques qualifiés à tort ou au moins incomplètement par l'épithète de congestifs, car l'anémie n'y joue pas un rôle moins considérable que la congestion.

Quoi qu'il en soit, voici quels sont ces prodromes. Ils appartiennent à toutes les formes du vertige et aboutissent souvent, par la surprise de leurs accès les plus brusques et les plus violents, à produire l'ictus apoplectique, ce qu'on nomme vulgairement le coup de sang. Le trouble circulatoire étant permanent ou passager, continu, intermittent ou rémittent, les troubles fonctionnels qui l'expriment présentent le même processus.

Dans la forme continue, il se produit un ensemble de phénomènes névropathiques très complexes : 1° troubles de la vue et de l'ouïe : obnubilation, bourdonnements d'oreille avec un état vertigineux permanent ou paroxystique ; 2° troubles de la sensibilité : douleurs rhumatoïdes vagues fixes, ou douleurs irradiantes névralgiformes, dans la tête, dans les membres, un peu partout, fourmillements, engourdissements, fugaces ou persistants ; 3° troubles de la motilité ; inertie musculaire avec courbature, maladresse, incertitude, manque d'assurance et de précision dans les mouvements des jambes, des mains, de la langue ; paresse de l'intestin et surtout de la vessie, par laquelle débutent beaucoup d'affections cérébrales et médullaires ; 4° troubles de l'intelligence qui s'affaiblit et s'émousse dans ses principaux attributs, la mémoire, la volonté, l'attention ; modifications dans le caractère qui devient irascible, morose, apathique, indifférent ; 5° diminution de l'appétit sexuel et de la puissance virile.

Dans la forme intermittente ou paroxystique, au milieu d'une santé cérébrale à peu près satisfaisante, les malades éprouvent de vrais raptus qui leur enlèvent momentanément la possession d'eux-mêmes, ou bien ils sont pris subitement d'un accès vertigineux qui va jusqu'à les renverser. C'est comme un orage qui soudain s'abat sur eux, puis passe sans laisser aucune trace. Dans les plus violentes crises, la connaissance se perd. Mais, en général, l'ictus ne va pas jusque-là, même lorsqu'il s'accompagne d'une résolution passagère de certains groupes de muscles, d'une parésie, d'une paralysie éphémères. Quand les accidents apoplectiformes arrivent jusqu'à produire un vrai coma avec abolition complète de la connaissance et du mouvement, avec rétention ou émission involontaire des urines et des matières fécales, stertor et danger imminent pour la vie, il ne s'agit plus d'un prodrome, mais de la maladie confirmée. D'ordinaire, la forme paroxystique est constituée par le vertige et par tous les phénomènes accessoires qu'il implique avec lui. Les malades sont comme sur le bord d'un précipice. Un pas de plus et ils tombent dans l'épilepsie, l'aphasie, la paralysie, la psycho-syphilose, etc., c'est-à-dire dans une ou plusieurs des principales formes de la syphilose cérébrale.

Ces deux formes symptomatiques de la perturbation circulatoire intracranienne s'observent quelquefois isolément. Mais elles ne sont point incompatibles, et, dans la plupart des cas, elles se combinent pour produire une forme mixte rémittente, avec trouble cérébral permanent, entrecoupé de crises vertigineuses et apoplectiformes.

Si anomal et si menaçant qu'il soit, cet état de choses peut durer très longtemps, des semaines, des mois et même des années. Il est rare qu'il disparaisse spontanément. S'il en était ainsi, on pourrait élever des doutes sur sa provenance syphilitique. Quand on l'attaque à temps, avec l'iodure et le mercure, on peut en triompher.

Tels sont les principaux modes de la période initiale communs à toutes les cérébropathies. Plus tard, quelques-uns des symptômes, qui étaient à peine esquissés, s'accentuent pour constituer la maladie confirmée. D'autres apparaissent. Un plus ou moins grand nombre s'associent, et forment des syndromes définitifs ou transitoires que nous décrirons ultérieurement.

NOTE SUR LES MICRO-ORGANISMES
DE LA CARIE DENTAIRE

Par MM. Galippe et W. Vignal.

Leber et Rottenstein avaient attribué au *Leptothrix buccalis* un rôle pathogénique exclusif dans la carie dentaire. Ch. Robin, qui avait décrit ce parasite, avait compris sous ce nom toutes les espèces de micro-organismes se développant dans la bouche. Depuis ces premières recherches, un certain nombre d'auteurs se sont occupés de la question. Parmi ceux-ci nous citerons, uniquement et pour l'instant, Miller (de Berlin), les autres ne nous paraissant pas s'être suffisamment mis à l'abri des causes d'erreurs que comporte ce genre de recherches.

Quand on examine à un fort grossissement des coupes de dents

cariées colorées convenablement, comme l'un de nous l'a fait fort souvent avec M. Malassez, outre les micro-organismes qui tapissent la cavité de la dent, dont nous ne parlerons point, on en voit un grand nombre qui ont pénétré dans les canalicules de la dentine. Généralement ces canalicules sont très dilatés, ou plutôt leurs parois sont détruites sur une certaine étendue et sont remplies de micro-organismes. Ceux-ci pénètrent profondément et sont moins nombreux au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la cavité initiale, ce qui permet de les étudier au point de vue de leur morphologie et aussi au point de vue de leur progression.

C'est à ces parasites que nous nous sommes adressés, car nous considérons que ce sont eux seulement qui jouent un rôle actif dans la destruction de la dentine. En agissant ainsi nous courrons peut-être le risque d'en avoir laissé échapper, mais nous estimons que cela vaut mieux que de décrire des espèces banales ou accidentelles. On sait, en effet, que, dans la cavité d'une dent cariée, on peut rencontrer les micro-organismes les plus variés et les plus complètement étrangers à la bouche. Ils y sont apportés par les aliments de nature animale ou végétale, par des boissons fermentées ou non, le tout subissant des phénomènes de putréfaction d'autant plus actifs, qu'ils se produisent dans un milieu présentant des conditions éminemment favorables.

Voici la méthode que nous avons suivi : après avoir nettoyé avec soin la surface de la dent, nous débarrassons la cavité, produite par la carie, des substances étrangères qu'elle renferme, ainsi que de l'ivoire ramolli par le travail pathologique, et après l'avoir trempée dans l'alcool, la dent est flambée. Ceci fait, la dent, placée dans du papier stérilisé, est brisée dans un étau et les fragments de dentine sont ensemencés dans divers milieux. Nous avons ainsi isolé six espèces de micro-organismes. Parmi ces six espèces, nous en avons constamment rencontré quatre dans dix-huit dents qui ont servi à nos recherches. Nous n'avons rencontré que huit fois une autre espèce et cinq fois seulement une sixième.

1° La première des espèces constamment rencontrée est un petit bacille court et épais ne formant pas de chaînettes. Il est presque aussi long que large et a en moyenne 1,5 μ de long. Cultivé en piqûre dans la gélatine, il forme assez rapidement une traînée blanche, puis au bout de trois ou quatre jours, il commence à la liquéfier en la rendant d'un blanc opaque. Sur les plaques de gélatine, il forme des petites colonies blanches légèrement en relief, qui après avoir atteint 2 ou 3 millimètres de diamètre, s'étendent en la liquéfiant. Il coagule le lait en formant de l'acide lactique.

2° La seconde espèce est un bacille environ deux fois aussi long que large, ayant 3 μ de long. Il est légèrement étranglé en son milieu. Sa culture est assez semblable à celle du précédent, mais ses colonies s'étendent davantage sur la gélatine en plaque avant de la liquéfier. Il forme également de l'acide lactique avec le lait.

3° La troisième espèce est un bacille ayant sensiblement le même aspect que le précédent, mais il ne présente pas le moindre étranglement. Il est coupé carrément aux extrémités et forme d'assez longues chaînettes, surtout dans les milieux liquides. Il ne liquéfie pas la gélatine, mais la ramollit un peu ; il se développe presque aussi bien dans le vide qu'à l'air et détermine la formation de bulles de gaz dans la gélatine. Dans les bouillons, la quantité de gaz formée est à peine appréciable. Il ne coagule pas le lait et à la longue rend la caséine incoagulable par les acides et transforme le lait en un liquide jaune-brun.

4° La quatrième espèce est un bacille très court et très mince presque aussi long que large ; au premier abord, on le prendrait pour un coccus. Il forme une traînée blanche dans la gélatine qui ne tarde pas à jaunir, puis la liquéfie. Il transforme la caséine du lait, qui répand bientôt une odeur fort désagréable et brunit, comme, du reste, tous les milieux dans lesquels on le cultive. Il produit la dissolution de la fibrine.

5° Le micro-organisme, que nous n'avons rencontré que huit fois, est un bacille arrondi à ses extrémités, ayant 4,5 μ de long. Il forme d'abord une traînée blanche dans la gélatine, puis la liquéfie en la troublant. Il transforme le lait sans le coaguler en un liquide brun qui, avec le temps, devient presque noir et répand une odeur nauséeuse.

6° Le micro-organisme que nous n'avons rencontré seulement que cinq fois est un coccus assez volumineux. Nous avons remarqué que nous ne l'avons rencontré que dans les dents présentant un degré très avancé de carie et dont les canalicules devaient être très élargis. Il ne peut en être autrement, attendu qu'il présente un volume de 6 μ.

Il forme des traînées blanches dans la gélatine qu'il ne liquéfie pas et lui donne un aspect blanchâtre. Il coagule le lait en formant de l'acide lactique dont la proportion peut devenir considérable, si l'on prend la précaution de neutraliser cet acide au fur et à mesure de la production.

Outre les six micro-organismes que nous venons de décrire, nous en avons rencontré trois autres espèces, dans la pulpe enflammée de dents cariées, pulpe non en communication apparente avec la cavité cariée. On peut trouver digne de remarque ce fait que nous n'avons pas trouvé de micro-organismes dans la dentine. Cette particularité peut s'expliquer de diverses manières. Lorsque nous ensemencions des fragments de dents contenant la pulpe infectée, cette région était séparée de la cavité de la carie par une mince couche dentaire et il se peut que par le flambage les micro-organismes renfermés dans cette mince cloison aient été détruits par la chaleur développée par la combustion de l'alcool. On peut également supposer que les micro-organismes qui se rencontrent dans la pulpe trouvent seulement dans ce milieu des conditions propres à leur développement et que, dans leur trajet à travers la dentine, ils soient en quelque sorte annihilés dans le conflit vital qu'ils soutiennent contre les autres micro-organismes beaucoup plus nombreux et qu'ils aient ainsi échappé à notre travail d'isolement ultérieur.

Quoi qu'il en soit, dans les parties profondes de la pulpe enflammée nous avons trouvé trois fois les six micro-organismes déjà décrits et deux autres d'espèces différentes. Dans une autre série, nous avons trouvé les cinq premiers micro-organismes décrits et trois autres appartenant à des espèces différentes.

1° Le premier de ces micro-organismes est celui que l'un de nous a décrits sous le nom de « Bacterium termo ». Il existe dans presque toutes les matières protéiques en décomposition, et joue un rôle prépondérant dans leur destruction.

2° Le second a été déjà signalé par l'un de nous dans la bouche et décrit sous la lettre C. Il agit également sur les matières protéiques, intervertit le sucre et forme de l'acide lactique. Ces deux micro-organismes ont été rencontrés dans toutes les pulpes enflammées que nous avons étudiées.

3° Dans une pulpe qui était plus gravement infectée, nous avons rencontré le staphylocoque pyogenes aureus. Ses caractères sont trop connus pour que nous les rapportions ici.

Les propriétés biologiques des micro-organismes que nous avons isolés, nous paraissent confirmer, d'une façon bien nette, ce que l'on observe dans la marche de la carie.

Les micro-organismes qui forment de l'acide lactique dissolvent la matière minérale de la dent. Quant à la matière organique, les micro-organismes qui ont la propriété de détruire la matière protéique, la font disparaître. Ils sont aidés dans leur œuvre de destruction par les produits des microbes saprogènes qui abondent dans la bouche.

Ces recherches sont également confirmées jusqu'à un certain point par les travaux antérieurs de l'un de nous, travaux qui ont mis en lumière le fait suivant ; que les dents résistaient d'autant mieux à l'action des micro-organismes développant la carie, qu'elles étaient plus riches en matières minérales.

Dans un mémoire que nous publierons prochainement, nous donnerons avec détails les caractères des cultures des micro-organismes ci-dessus décrits et nous analyserons les travaux de nos devanciers.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 30 mars 1889, la chaire de clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— Le mémoire adressé au Comité technique de santé, pour le prix annuel de chirurgie à décerner par le ministre de la Guerre, et portant l'épigraphe : *Sparsa colligere*, étant parvenu au ministère sans être accompagné du pli cacheté qui devait reproduire la devise et indiquer le nom et le grade de l'auteur, il importe que l'auteur de ce mémoire se fasse connaître dans le plus bref délai possible au ministère de la Guerre (septième direction, service de santé, bureau des hôpitaux).

— M. le docteur Feltz est nommé médecin du lycée de Nancy, en remplacement de M. Lallement, décédé.

M. le docteur Rohmer est nommé médecin adjoint dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Demange, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dutrieux bey (de Paris) et A. Gaillard (de Bessèges).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le second cours des travaux pratiques de médecine opératoire commencera le mardi 2 avril 1889. M. le docteur Hartmann, prosecteur, avec le concours de MM. Chevalier, Thiéry, Calot, Faure, Rogues de Fursac et Mauclaire, aides d'anatomie, fera sa première démonstration à une heure précise dans le pavillon VII de l'École pratique.

— M. Maygrier, agrégé, chargé de cours, commencera le cours complémentaire d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, le mercredi 3 avril 1889, à midi (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. — Sujet du cours : « Dystocie, opérations. »

— C'est par suite d'une erreur typographique que le prix du « Dictionnaire abrégé des sciences physiques et naturelles » dont nous avons parlé dans notre dernier numéro, page 358 (2e col.), a été annoncé, en note, comme coûtant 24 francs ; c'est 5 francs, qu'il faut lire. Le bas prix de cet ouvrage étant un de ses mérites, nous nous empressons de faire cette rectification.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

53

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

Sᵗ dép. dét. à Paris, Phᶦᵉ LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

22

PHÉNACÉTINE-BAYER

NOUVEAU REMÈDE

antipyrétique et antinévralgique.

SULFONAL-BAYER

LE NOUVEAU SOMNIFÈRE

de MM. les professeurs BAUMANN & KART.

Ces deux produits pharmaceutiques, que nous étions les premiers à fabriquer en grand sur la demande des inventeurs, sont en vente *chez tous les droguistes et pharmaciens* à l'état de *poudre cristalline et en pastilles mis en flacons, cartons ou en sachets de parchemin* (emballage d'origine).

La pureté absolue est garantie par un contrôle permanent exercé par des autorités scientifiques compétentes.

La **Phénacétine-Bayer** et le **Sulfonal-Bayer** étant brevetés dans les *Etats-Unis de l'Amérique du Nord*, la revente pour ce pays en est *prohibée*.

Des brochures et des échantillons en nature sont tenus à la disposition de MM. les Médecins par notre *agent dépositaire* :

Monsieur Jean KAHRÈS,
19, rue d'Enghien,
PARIS.

Farbenfabriken vorm. Friedr. BAYER et Cᵒ, Elberfeld.

Couleurs d'Aniline et Alizarines.
Produits pharmaceutiques.

74

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris le 29 mars 1864*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

55

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.)

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

75

PILULES, DRAGÉES, SOLUTION,

SIROP DE ROBIQUET

Au Pyrophosphate de Fer

APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule*, etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le FER et le PHOSPHORE trop rapidement éliminés par les sécrétions.

Exiger sʳ l'étiquette la SIGNATURE **E. ROBIQUET.**

A Paris, DETHAN, phᶦᵉⁿ, et tᵗᵉˢ les pharmacies.

25

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

35

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les

Affections aiguës et chroniques de la

GORGE et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes

Phᶦᵉ PELISSE, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

86

LES BONBONS DE FER DIASTASÉ

du Dʳ V. BAUD

CONTIENNENT **1** CENTIGR. **1/2** DE CITRATE DE FER

Le nouveau mode de préparation que nous appliquons au **Fer**, accroît beaucoup son efficacité curative et fait disparaître les actions locales irritantes de sa forme chimique, en lui substituant une loi de la nature, qui le rend plus apte à exercer sans troubles son action digestive et d'assimilation.

Notre méthode consiste à provoquer un mouvement de germination dans la graine de cresson; à obtenir qu'elle absorbe et assimile une solution médicamenteuse titrée. Pendant ce travail vital, elle développe une abondante diastase, principe de la salive et de la digestion.

Reste à drágéifier ces graines en évitant de compromettre les principes diastasiques, et, selon l'expression du savant **Bouchardat**, le malade peut avaler son médicament dans son laboratoire. (*Voir la brochure*).

Dʳ V. Baud

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

77

APIOL DES Dʳˢ JORET & HOMOLLE

L'**APIOL** est le spécifique des désordres menstruels : il provoque les règles et arrête leur écoulement exagéré ou persistant. Mais on délivre, sous le nom d'Apiol, de simples extraits ou teintures de persil. L'Apiol vrai, liquide oléagineux, plus dense que l'eau et d'une belle couleur ambrée, est celui des Dʳˢ JORET et HOMOLLE, le seul expérimenté avec succès, notamment dans le service du Dʳ MAROTTE, à la Pitié. — DOSE : 1 caps. matin et soir pendant 5 à 6 jours lors de la venue présumée des règles ou de leur écoulement.

Dépᵗ gᵃˡ : Phᶦᵉ BRIANT, 150, r. Rivoli. Tᵗᵉˢ phᶦᵉˢ.

58

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

21

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

Une innocuité complète, une efficacité parfaitement constatée dans les *Rhumes, Bronchites* et la *Grippe*, ont assuré au **Sirop d'Aubergier** une vogue immense.

(*Formulaire* BOUCHARDAT, *professeur à la Faculté de médecine de Paris, 26ᵉ édit.*)

Ce **Sirop** est une des rares préparations qui pourront être employées dans la médication infantile.

(Dʳˢ GUBLER, DEBOUT, Jules SIMON.)

Paris, COMAR et Cᶦᵉ, 28, rue Saint-Claude, Paris.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de i urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

33

ALBUMINATE DE FER

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Spécifique des troubles de la menstruation.

Paris, COLLIN et Cᶦᵉ, 49, r. de Maubeuge, et phᶦᵉˢ.

41

Anémie, Chlorose, Pâles couleurs, Convalescence,

GUÉRISON PROMPTE ET CERTAINE PAR

L'ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT de Seigle

du Dʳ J. PELLETAN

3 récompenses obtenues en 1888

BARCELONNE	PARIS	BRUXELLES
médˡˡᵉ d'argᵗ	diplôme d'honneur	médˡˡᵉ d'argᵗ

Cet élixir, d'un goût délicieux et très agréable à prendre, est le plus puissant réparateur des forces. A la dose d'une cuillerée à café après chaque repas, il est recommandé d'une façon toute spéciale aux femmes qui nourrissent, et dont le lait a besoin d'être reconstitué.

PRIX DU FLACON : **5** FRANCS

Dans toutes les bonnes Pharmacies.

Vente en gros : E. GRIMAUD fils, 3, r. Ribera, Paris.

34

PIN D'AUTRICHE DE J. MACK

ESSENCE : contre maladies de la Gorge, — Angines, — Croup, — Coqueluche, — Asthme.

EXTRAIT : (*Bain antirhumatismal de Mack*) contre Rhumatisme chronique et Goutte.

SOLUTION : pour frictions antirhumatismales et pour vaporisations antiseptiques.

CELLULES : contre Toux opiniâtre, Oppression, Bronchite chronique, Engorgements pulmonaires; et contre Rhumatismes, Goutte, Maladies des reins et de la vessie.

SIROP ET PATE : contre Rhumes, Toux, Coqueluche, Bronchite chronique et Phthisie naissante.

Dépôt général : Phᶦᵉ TALLON, 49, avenue d'Antin, Paris, et toutes pharmacies. — Envoi gratis et franco d'échantillons à MM. les Docteurs, sur demande adressée au Dépôt général.

Joseph Mack

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr.	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a poursuivi la discussion sur les poêles mobiles. M. Brouardel, qui a déjà pris part à cette discussion (voy. *Gazette des hôpitaux*, p. 146), est venu de nouveau appuyer quelques-unes des conclusions de M. Lancereaux et a surtout insisté sur le danger qui résulte de la mobilité de ces poêles beaucoup plus encore que de leur disposition. Il a fait connaître l'opinion d'ingénieurs compétents et les efforts tentés par eux pour rendre moins dangereux ces appareils de chauffage. Il faut bien qu'on sache, ainsi qu'il ressort de la communication de M. Brouardel, comme de celle de M. Lancereaux et de la plupart des orateurs qui ont pris part à cette discussion, que le poêle lui-même n'est pas seul en cause, et que la cheminée auquel il est adapté joue, dans l'espèce, un rôle non moins considérable, selon que son tirage est bon ou mauvais. Enfin, M. Brouardel a également insisté sur ce fait que le danger de ces poêles n'existe pas seulement pour ceux qui s'en servent, mais aussi, et plus souvent qu'on ne croit, pour leurs voisins.

M. Gabriel Colin, l'ancien professeur d'Alfort, qui s'est retiré en province, où il se livre seul, et loin de tout contradicteur, à ses expériences de physiologie, ne reste pas pour cela étranger aux travaux de l'Académie et lui a adressé une note sur le sujet en discussion, note dont M. le secrétaire a donné lecture. M. Colin s'est pris lui-même comme sujet d'expérience. Puis, il a fait également des expériences sur les animaux et il est arrivé aux conclusions qu'on trouvera au compte rendu.

M. Léon Colin, contrairement à M. Lancereaux, pense qu'il n'y a pas lieu de réglementer la vente des poêles mobiles; mais, selon lui, l'Académie peut et doit intervenir auprès du gouvernement pour protéger certaines collectivités faisant usage de ces poêles, telles que les casernes, les hôpitaux, les écoles, les lycées, etc.

Enfin, M. Laborde a pris, à son tour, une large part à la discussion et, le premier, a abordé l'étude du traitement de l'empoisonnement oxycarboné, ce qui n'est pas le côté le moins intéressant de la question pour le public. Malheureusement le traitement, d'ailleurs très rationnel et tout à fait physiologique qu'il propose, n'est pas toujours d'une application très facile dans la pratique : c'est la transfusion du sang. Or, c'est là une opération qui demande un homme généreux, un habile opérateur et un bon appareil, trois éléments qu'il n'est pas toujours aisé de se procurer en quelques minutes, ainsi que l'exige la situation d'un homme asphyxié. Quoi qu'il en soit, le conseil de M. Laborde, qui s'appuie d'ailleurs sur des expériences très concluantes, est précieux à retenir.

L'Académie a entendu, en outre, plusieurs communications intéressantes : c'est d'abord un enfant d'un mois, présenté par M. Périer et qu'il a opéré d'une encéphalocèle par excision, puis une jeune fille atteinte de malformations congénitales variées rappelant l'aïnhum — nous publions ci-dessous cette intéressante communication de M. Proust — et, enfin, une lecture de M. Doyen (de Reims), sur les bactéries de l'urine.

HOTEL-DIEU. — M. Proust.

Malformations congénitales rappelant l'aïnhum.

Une jeune artiste peintre, âgée de vingt ans, est entrée dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, le 14 février dernier. Elle offre, du côté de ses membres inférieurs et supérieurs, les altérations suivantes :

Au membre inférieur droit, pied-bot congénital varus, mais la malade n'est nullement incommodée par cette difformité.

A la partie inférieure de la cuisse, du même côté, deux sillons circulaires parallèles situés à quatre travers de doigt l'un de l'autre. Le sillon inférieur se trouve à trois centimètres environ au-dessus de la rotule. Au niveau de ces sillons, la peau a son aspect normal. Elle glisse à peu près normalement sur les parties sous-jacentes. Pas de troubles musculaires résultant de cet étranglement et les mouvements de flexion et d'extension se font avec autant d'énergie que du côté opposé.

Léger sillon non circulaire au niveau de la partie supérieure de la jambe du même côté.

Sur le membre inférieur gauche, au niveau du pli métatarso-phalangien du gros orteil, sillon profond, en avant duquel se trouve une masse légèrement violacée, mobile dans tous les sens, non douloureuse et n'ayant jamais été le siège de troubles de sensibilité. Cette masse contient une partie centrale, dure, de consistance osseuse, qui représente le squelette de l'orteil. Sur

sa partie supérieure existe un ongle atrophié, irrégulier, comme décollé. Sensibilité normale sur tout l'orteil.

Au membre supérieur droit, syndactylie des quatre derniers doigts, mais leurs mouvements sont parfaitement libres.

L'index et l'auriculaire ne sont plus représentés que par leur première phalange.

L'annulaire et le médius sont réunis. Ils sont surmontés, à la partie antérieure de leur face dorsale, de tubercules de consistance souple, de coloration normale.

A la main gauche, les doigts sont complètement indépendants. Sillons circulaires au milieu de la première et de la deuxième phalange.

L'index n'a pas de troisième phalange. Vers le milieu de la première, étranglement offrant moins nettement les caractères de sillon circulaire que sur les autres doigts.

Les autres doigts sont normaux.

Pas d'altération de la peau sur d'autres régions du corps; pas de troubles viscéraux.

Sensibilité normale sur tout le corps; réflexes plantaire et rotulien conservés, peut-être un peu exagérés.

Cette jeune femme, née à Paris, de parents non consanguins, n'a jamais voyagé. Elle a un frère et une sœur bien portants et ne connaît personne dans sa famille qui soit atteint de lésions congénitales analogues à celles qu'elle présente.

Rien à noter dans ses antécédents pathologiques.

L'observation précédente éveille dans l'esprit l'idée de deux affections : l'aïnhum et les déformations ou amputations congénitales.

On désigne par ce mot d'aïnhum une maladie, décrite pour la première fois sous ce nom au Brésil, par Da Silva Lima (le mot d'aïnhum est le terme dont se servent les noirs Africains Nagos; il signifie : scier).

Le symptôme capital consiste dans la production d'un sillon annulaire, qui intéresse un point quelconque des doigts ou des orteils, et rappelle le sillon de constriction d'une bague. Il se creuse peu à peu, et l'extrémité digitale finit par tomber. Il en résulte un moignon régulier, d'aspect conoïde.

On a d'abord cru que l'aïnhum était une maladie spéciale aux nègres de la côte occidentale d'Afrique (Da Silva Lima). Mais Collas l'observa à Pondichéry, chez des Indous, chez des Malgaches; Guyot, chez les Néo-Calédoniens et les Micronésiens; Fontan, chez les Arabes, etc.

On avait, au début, donné pour siège exclusif à l'aïnhum le cinquième orteil (sillon d'étranglement au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne); on le rencontra ensuite au quatrième orteil, puis aux mains et, dans ces derniers temps, on a publié des cas d'aïnhum frappant les membres.

Fontan a terminé un travail très important sur cette question de l'aïnhum (*Archives de médecine navale*, nov. 1882), par les conclusions suivantes :

1° La prétendue entité morbide, appelée aïnhum, n'existe pas en tant que maladie locale spéciale aux colonies;

2° La même affection se rencontre aussi dans les races blanches, où elle commence ordinairement dès l'époque congénitale. On peut la rencontrer à tout âge de la vie;

3° Elle est caractérisée essentiellement par un sillon constricteur progressif, sans cause mécanique, pouvant aller jusqu'à l'amputation et amenant secondairement, dans la partie étranglée, une dégénérescence graisseuse;

4° Cette maladie appartient vraisemblablement à la classe des trophonévroses;

5° Son processus anatomique est celui de la sclérodermie, et elle mérite le nom de sclérodermie annulaire.

M. le docteur Cognes vient de publier, il y a quelques jours, dans les *Archives de médecine navale*, l'observation d'un cas d'aïnhum qu'il a observé à Madagascar. Ce malade avait un sillon circulaire au cinquième orteil gauche. Déjà, il avait perdu l'orteil symétrique du pied droit lorsqu'il était encore tout enfant. Il assure que ses parents n'ont jamais été malades et qu'aucun d'eux n'a présenté l'affection dont il est porteur lui-même.

M. Cognes insiste beaucoup sur le caractère symétrique de la lésion. Pour lui, l'aïnhum relève d'une lésion centrale qu'on ne peut localiser encore, mais qui existe sur un point quelconque de la moelle.

D'autre part, dans ces dernières années, l'attention fut attirée, en France notamment, sur certains cas dont les caractères se rapprochaient singulièrement de ceux attribués à l'aïnhum. Nous voulons parler des faits d'amputations congénitales des doigts, souvent combinées à d'autres lésions (syndactylie). C'était assimiler, ou peu s'en faut, les amputations congénitales à l'aïnhum.

Un certain nombre d'auteurs paraissent admettre aujourd'hui que les cas d'aïnhum (qui n'est pas une maladie propre à la race nègre) sont analogues, sinon identiques, aux faits d'amputation congénitale et de sclérodermie à forme circulaire de M. Verneuil.

En faveur de la conception de la nature sclérodermique de l'aïnhum, on ne doit pas négliger les arguments fournis par l'anatomie pathologique de quelques cas d'aïnhum (Suchard, Darier).

La lésion caractéristique consiste dans la production dans le derme d'un trousseau fibreux, dont la rétraction progressive amène la formation d'un sillon et consécutivement l'atrophie des tissus sous-jacents. Ce trousseau fibreux est tendu transversalement dans le fond du sillon. Les glandes sudoripares, fort abondantes dans la pulpe du doigt, semblent être comme écartées par la formation de ce tissu fibreux; par places, elles manquent complètement. Les papilles, déformées sur les parties latérales, ont disparu au fond du sillon.

Le processus rappelle évidemment beaucoup celui de la sclérodermie : atrophie des papilles et des glandes sudoripares, production dans le derme d'un tissu fibreux dépourvu de fibres élastiques, etc.

J'arrive à la partie la plus délicate de ma tâche, à l'interprétation de l'observation en question. Est-ce un fait de malformation congénitale? Est-ce un cas d'aïnhum?

Jusqu'ici, lorsqu'on a observé un fait d'amputation congénitale, on a discuté si ce cas était ou n'était pas de l'aïnhum. Je me demande si la question doit être ainsi posée, et s'il ne faut pas considérer peut-être ce qui a été décrit sous le nom d'aïnhum comme une maladie fœtale à développement immédiat ou tardif.

On a voulu, en effet, faire de l'aïnhum une affection : 1° spéciale aux nègres; 2° frappant exclusivement les adultes; 3° cantonnée absolument au cinquième ou au quatrième orteil. Or :

1° L'aïnhum a été observé chez les Micronésiens et les Malgaches, qui n'appartiennent pas à la race nègre, puis chez les Hindous, enfin chez les Arabes;

2° L'aïnhum peut être congénital. M. Guyot en rapporte des observations probantes;

3° Il n'est pas une affection limitée au cinquième orteil. On le voit aussi à la main.

Il faut, en outre, remarquer que la notion du temps est inconnue de beaucoup de nègres, qui apportent peu d'attention aux modifications de leur organisme. On ne peut donc pas tenir grand compte de ce qu'ils disent sur la date d'apparition de la maladie. D'un autre côté, la séparation d'une phalange met jusqu'à vingt ans et plus à se compléter. La légère dépression, premier stade de la maladie, peut exister au moment de la naissance.

En outre, la consanguinité, cause non contestée des difformités congénitales, est presque de règle dans les unions de ces peuplades cantonnées en petit nombre dans des îles étroites. Enfin, Da Silva Lima, Duhring, Dupouy ont noté des cas d'hérédité.

Notre malade a, depuis sa naissance, des malformations identiques par leur aspect et leur mécanisme à celles que produit l'aïnhum.

Chez elle nous retrouvons plusieurs caractères déjà notés dans un certain nombre d'observations : la syndactylie, l'atrophie de certaines phalanges, etc. On pourrait objecter que les sillons restent stationnaires pour repousser l'assimilation avec l'aïnhum. Mais il est bien démontré que des lésions longtemps stationnaires peuvent ne progresser qu'à un certain âge.

En outre, nous ne croyons pas qu'on ait signalé jusqu'ici, en Europe, la lésion siégeant au niveau d'un orteil avec des caractères aussi semblables à ceux qui ont été décrits par les médecins brésiliens sous le nom d'aïnhum.

Il y a donc lieu de se demander si l'aïnhum n'est pas une anomalie de même ordre que les déformations congénitales, fréquentes chez les nègres, parce que les causes de malformation, et en particulier les unions consanguines, y jouent un rôle plus considérable.

Des désordres d'origine fœtale peuvent apparaître, semble-t-il, après la naissance.

Quoi qu'il en soit, avec notre savant collègue, M. Besnier, je donnerais volontiers comme titre à mon observation la suscription suivante : Malformations et lésions intra-utérines diverses, chez un même sujet; amputations dites spontanées; pied-bot; syndactylie; strictures circulaires parallèles, strictures profondes rappelant l'aïnhum.

J'accepterais volontiers cette interprétation, en faisant toutefois la réserve que je viens d'exprimer sur la nature de ce qui a été décrit sous le nom d'aïnhum et sur la parenté de cette affection mal connue avec les déformations congénitales et les maladies fœtales.

En somme, tous ces cas peuvent être considérés comme le résultat d'une maladie du fœtus, maladie débutant d'ordinaire et évoluant le plus souvent dans la cavité utérine, ou bien n'apparaissant qu'à une époque peu éloignée. Leur processus commun consiste dans la production, au milieu du derme, de trousseaux fibreux à disposition annulaire.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND.

Hypertrophie ganglionnaire tuberculeuse et adénite inguinale suppurée.

Les deux malades dont je vais vous entretenir ne laissent pas que de présenter un intérêt vrai, tant au point de vue de la nature de leur affection, que des moyens thérapeutiques à notre disposition pour combattre cette affection. Chez tous deux, pour le dire tout de suite, il s'agit d'engorgement, d'hypertrophie ganglionnaire, mais dans des conditions différentes sous divers points de vue (siège, état plus ou moins avancé du mal, nature, point de départ, etc.).

Le premier est un homme de trente-deux ans, qui n'a pas, à proprement parler, mauvais aspect, mais qui présente les caractères de ce que l'on peut appeler le lymphatisme parisien que vous connaissez bien, et dont il est entaché depuis son enfance. Nous trouvons chez lui, comme antécédents personnels, des bronchites répétées depuis son enfance, lesquelles ont été traitées par des révulsions fréquentes (vésicatoires, etc.), dont sa poitrine a conservé des traces authentiques.

Au régiment, notre malade a été traité pour des engorgements ganglionnaires du cou par une médication générale (huile de foie de morue) et locale (badigeonnages de teinture d'iode).

C'est donc un de ces terrains lymphatiques si communs dans les grandes villes, sur lesquels la tuberculose ne demande qu'à se développer et à évoluer.

Cet homme est entré dans nos salles pour une hypertrophie ganglionnaire siégeant dans le voisinage du bord du maxillaire inférieur gauche. La peau de la région malade est normale, saine et souple, sans aucune altération de la coloration habituelle; au-dessous d'elle, on sent une, deux, trois, quatre petites tumeurs parfaitement appréciables, — ce qui ne signifie pas qu'il n'y en ait pas davantage, mais ce sont les seules que le doigt découvre, — arrondies, ovoïdes, de consistance élastique, assez mobiles et ne paraissant nullement adhérer aux parties profondes.

Ces tumeurs ganglionnaires ne sont pas les seules que l'on rencontre chez ce malade; on en constate aussi dans la région carotidienne du côté opposé, dans le creux de l'aisselle, à droite et à gauche, ainsi que dans les deux régions inguinale droite et gauche. Mais, c'est la tumeur du cou qui inquiète surtout le malade. Son volume, d'ailleurs, constitue une véritable difformité.

Le diagnostic en est des plus simples : hypertrophie ganglionnaire sous-maxillaire gauche. Vous savez que cette hypertrophie comprend un grand nombre de variétés, depuis l'adénite chronique simple jusqu'au lymphadénome, jusqu'au sarcome ganglionnaire grave. Or, si sur certains points, ces diverses adénites sont encore mal connues, aujourd'hui la lumière tend à se faire sur cette question. Autrefois, on distinguait l'adénite tuberculeuse de l'adénite scrofuleuse, mais aujourd'hui on reconnait leur identité. En présence d'une adénite chronique analogue à celle que présente notre malade d'aujourd'hui, on peut très bien la considérer comme de nature tuberculeuse; ce qui est vrai théoriquement et histologiquement, mais non pas toujours cliniquement, car vous rencontrerez chaque jour, dans votre pratique, nombre de sujets qui ont eu, à un moment donné de leur existence, de ces adénites, lesquelles ont disparu complètement, sans aucune intervention chirurgicale, mais simplement par un traitement général et local; général, par l'huile de foie de morue, les bains de mer, une ou plusieurs saisons à Salies-de-Béarn. Théoriquement ces cas-là peuvent appartenir à la tuberculose, mais cliniquement, non; et, il faut savoir reconnaître des degrés, dans les lésions tuberculeuses des ganglions.

Chez notre malade, nous avons affaire, selon toute probabilité, à une adénite tuberculeuse simple, chronique, non suppurée, sans rapports avec la lymphadénie ni le sarcome, car il a déjà eu du côté opposé des ganglions qui ont complètement guéri sous l'influence d'un traitement général. Mais cette fois, compression, badigeonnages, injections interstitielles et traitement général n'ont pas réussi, il devient nécessaire de procéder à une opération. Il va nous falloir faire l'ablation de ces tumeurs ganglionnaires, pour plusieurs motifs, et notamment parce que ces ganglions tuméfiés peuvent augmenter de volume, s'enflammer, suppurer, et par suite donner lieu à des accidents graves. Nous allons opérer aussi parce que ce malade, par une coquetterie naturelle à son âge, demande vivement à être délivré d'une difformité si prononcée du cou. J'ai déjà opéré, pour ce motif, un certain nombre de jeunes femmes que ces tumeurs ganglionnaires gênaient dans leurs fonctions et dans leur coquetterie.

Je les en ai débarrassées, elles en sont enchantées; elles sont parfaitement guéries, et la petite cicatrice linéaire qui suit forcément l'opération est très facile à masquer. Elle n'a, par conséquent, aucun trait de ressemblance avec ces horribles cicatrices que laissent les écrouelles lorsque l'on n'est pas intervenu à temps dans le traitement des ganglions hypertrophiés.

D'ailleurs, l'incision est toujours peu étendue. L'enlèvement du ou des ganglions se fait par énucléation avec l'ongle, aussi prudemment que possible, à cause des vaisseaux nombreux et importants que l'on rencontre dans la

région du cou, ainsi que dans le creux de l'aisselle et dans la région inguinale.

Chez le second malade, la lésion n'a pas le même siège que chez le premier; ici l'engorgement ganglionnaire occupe la région inguinale, et, de plus, cette lésion n'est pas de même nature, ce qui ne changera en rien, d'ailleurs, notre mode d'intervention.

C'est un homme de trente-trois ans, fort, robuste, rougeaud, très bien portant, chez lequel l'examen, aussi soigneux que possible, n'a rien fait découvrir au point de vue de la tuberculose ou de la scrofule; ses antécédents héréditaires et personnels sont absolument négatifs à cet égard. Enfin, nous ne découvrons non plus, chez lui, aucune lésion locale, écorchure, blessure ou autre, nous donnant l'explication de cette suppuration de la région inguinale droite, dans laquelle on trouve, au milieu de ganglions ramollis et suppurés, des ganglions manifestement indurés.

Mais cet homme a eu une chaudepisse en 1881 et a conservé la goutte militaire, sans qu'il s'en soit aperçu, ce n'est qu'à la suite du cathétérisme du canal de l'urèthre que nous avons vu sourdre au méat urinaire une goutelette blanche. Donc, entre l'adénite inguinale suppurée et la goutte militaire, il y a relation de cause à effet; l'uréthrite a été le point de départ de l'adénite inguinale.

Quelle que soit la nature de l'adénite suppurée, on peut diviser les cas en deux groupes : 1° ceux où l'adénite est caractérisée par la fonte ganglionnaire; 2° ceux où il y a adénite et péri-adénite suppurée.

Dans le premier cas, les ganglions, ramollis, fondus et convertis en pus, n'existent plus, par conséquent aucune ablation ou énucléation; mais il convient seulement d'inciser le foyer dans une bonne direction.

Dans le second cas, des ganglions baignent dans le pus; alors incision et énucléation; cette dernière devant toujours être pratiquée très prudemment avec l'ongle ou la spatule, à cause des vaisseaux voisins qu'il serait dangereux de blesser, vaisseaux que nous retrouvons d'ailleurs dans toutes les régions où ces adénites se développent, qu'il s'agisse du cou, de l'aisselle ou de la région inguinale.

Je dois ajouter qu'avant de procéder à cette énucléation, nous avons exploré avec soin les fosses iliaques, afin de savoir s'il n'existerait pas aussi, de ce côté, des engorgements ganglionnaires dont la présence pourrait être dangereuse, en cas d'opération, par les chances d'inflammation dont ils pourraient devenir le siège. Chez notre malade, nous n'avons pas ce danger à redouter; mais si nous n'avons pas pareille crainte, nous en avons une autre : l'érysipèle auquel ces extirpations ganglionnaires sont particulièrement prédisposées, il faut le dire, à l'hôpital de la Charité.

L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET LES JEUX SCOLAIRES.

Par M. le docteur E. Vallin.

Conclusions. — En résumé, les exercices physiques doivent être choisis avec soin suivant les différences d'âge, de condition sociale, suivant le but que l'on poursuit :

1° Pour l'adulte oisif, qui ne fatigue pas son cerveau : l'escrime, le bâton, la gymnastique avec agrès, les exercices acrobatiques, l'équitation de haute école, etc.

2° Pour l'homme de cabinet et d'études qui a besoin de laisser reposer, de détendre son esprit : les exercices de fond, autant que possible automatiques, tels que la marche, le canotage l'équitation simple à toutes allures, la chasse, etc. ; à l'occasion, les exercices de force ou athlétiques, la gymnastique classique et modérée, etc.

3° Pour l'écolier surmené par l'étendue des programmes et la préparation aux examens : les jeux en plein air, en liberté ; de préférence ceux qui exercent les membres inférieurs, qui favorisent la course aux allures variées où des repos alternent avec des reprises. La plupart des jeux décrits dans le livre de M. Pierre Daryl, les variétés si nombreuses des jeux de paume, de ballon, de balle, etc., rentrent dans cette catégorie. Rien ne s'en éloigne plus, au contraire, que l'exercice militaire qu'on enseigne aux bataillons scolaires ; nous ne lui contestons pas son utilité, mais il est bien plus un travail du système nerveux qu'un travail des muscles ; c'est un enseignement, ce n'est ni un jeu, ni un véritable exercice physique ; son bénéfice hygiénique est presque nul, et ce que nous avons dit de l'escrime lui est applicable en tous points. (*Rev. d'hyg.*)

VIRULENCE DES SÉCRÉTIONS NORMALES ET PATHOLOGIQUES

CHEZ LES SYPHILITIQUES

Par M. H. Désir de Fortunet, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

Conclusions. — 1° Les sécrétions normales ou pathologiques recueillies sur des syphilitiques ne sont pas virulentes à moins qu'elles ne renferment du sang ou de la sérosité provenant d'une lésion spécifique ;

2° Le lait d'une femme syphilitique peut être ingéré sans qu'on ait à craindre l'infection. Par conséquent, dans des cas exceptionnels, l'allaitement bien surveillé par une femme syphilitique pourra être préféré à l'allaitement artificiel ;

3° Le sperme, s'il ne semble pas contagieux par simple inoculation, n'en reste pas moins l'agent de transmission dans la syphilis héréditaire paternelle ;

4° On doit toujours éviter de recueillir du vaccin sur un enfant syphilitique, bien qu'à l'état de pureté parfaite, il ne soit pas contagieux. (*Province médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 avril 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Bouchacourt (de Lyon), qui se porte candidat au titre de membre correspondant national ;

2° Une lettre de M. Babès, qui se porte candidat au titre de membre correspondant étranger ;

3° Une note de M. Brochier de Rollière, sur les morsures par les vipères ;

4° Un mémoire sur le traitement de la diphthérie gangréneuse, par M. de Vasconcellos.

LECTURES

Bactéries de l'urine. — M. DOYEN (de Reims) a étudié minutieusement, au point de vue bactériologique, les urines des cystites, de la pyélo-néphrite et de l'infection urineuse. Il y a trouvé quatorze espèces de micro-organismes, dix bacilles et quatre microcoques, dont il a étudié les réactions.

M. CONSTANTIN PAUL lit un rapport sur les stagiaires du concours Vulfranc-Gerdy et propose de décerner le titre de lauréat (Prix d'hydrologie) à MM. Boutarel et Lamarque, et d'accorder à M. Boutarel une récompense de 500 francs pour son étude sur les eaux de Bourbonne, et à M. Lamarque 1 000 francs pour ses deux rapports sur la Bourboule et Amélie-les-Bains.

PRÉSENTATION DE MALADE

Méningo-encéphalocèle guérie par excision chez un enfant d'un mois. — M. PÉRIER présente un enfant du sexe masculin, né à terme à la fin du mois de janvier, portant à la région occipitale, juste sur la partie médiane, une tumeur qui depuis la naissance augmenta rapidement et acquit en trois jours le volume d'une grosse orange. Elle avait alors un assez large pédicule au niveau duquel le cuir chevelu avait tous ses caractères, qu'il perdait peu à peu pour se transformer en une enveloppe lisse, mince et demi-transparente.

La tumeur non bosselée, fluctuante, irréductible, n'était le siège d'aucun battement, non plus d'expansion, même lorsque l'enfant criait. Il s'agissait d'une méningo-encéphalocèle. La rapidité de l'accroissement fit intervenir le 26 février 1889, l'enfant étant alors âgé de vingt-huit jours.

L'enfant étant chloroformé, M. Périer tailla, aux dépens du cuir chevelu du pédicule, deux lambeaux latéraux, suffisants pour recouvrir la plaie après l'excision. Ces lambeaux furent disséqués en rasant la paroi de la tumeur, jusqu'à ce que l'implantation sur l'occipital fût très nettement isolée. Il évacua par aspiration le liquide céphalo-rachidien contenu dans la poche, traversa dans son milieu le pédicule avec un double fil de catgut, en rasant la surface de l'occipital, et fit la ligature en chaîne des deux moitiés du pédicule. Il incisa alors la tumeur avec des ciseaux ; rabattit les lambeaux cutanés par-dessus le moignon du pédicule et les sutura au crin de Florence sans drainage. Pansement au salol.

Le soir de l'opération l'enfant était bien ; il avait eu quelques vomissements qu'on peut attribuer au chloroforme ; il remuait bien ses bras et ses jambes, il n'avait pas de déviation du côté de la face, sauf un peu de strabisme externe.

Les suites de l'opération furent très simples ; au huitième jour la réunion était parfaite, on enleva les fils.

La pièce examinée par M. Ranvier montra qu'il y avait, indépendamment des méninges, une portion de toile choroïdienne, c'est-à-dire du troisième ventricule, des parties de substance nerveuse provenant du cerveau et du cervelet et une masse assez volumineuse contenant les éléments du canal de l'épendyme.

COMMUNICATION

Malformations congénitales rappelant l'aïnhum. — M. A. PROUST communique un fait intéressant à cause des discussions qu'il soulève relativement à une affection exotique aujourd'hui encore peu connue, l'« aïnhum », qui ressemble aux amputations congénitales des membres. (Voir plus haut, p. 369.)

DISCUSSION SUR LES POÊLES MOBILES

M. BROUARDEL dit que, dans une habitation, les cheminées les mieux établies et les plus sûres peuvent donner lieu à des courants descendants quand, avant d'y faire un feu suffisant, un autre corps de cheminée du même appartement se trouve simultanément échauffé d'une manière quelconque. Or, lorsqu'on déplace un poêle mobile allumé, pour l'adapter à une cheminée présentant un courant descendant (souvent invisible et dont on ne se méfie pas), ce dernier peut encore persister un certain temps et déterminer ainsi dans l'appartement un refoulement redoutable de gaz oxycarboné.

Le plus grand vice des poêles mobiles est donc leur mobilité. Il n'existe point, en effet, de procédé général qui puisse s'imposer et capable d'éviter sûrement les dangers résultant de cette mobilité.

Toute ouverture accessoire, munie ou non de ventelle automatique communiquant avec le corps de cheminée affecté au tirage d'un poêle à faible combustion, est vicieuse et dangereuse.

M. Brouardel propose de remplacer la première conclusion qui termine le mémoire de M. Lancereaux (voy. *Gazette des hôpitaux*, p. 145) par celle-ci.

« Quels que soient les perfectionnements apportés à la construction des poêles dits mobiles, quelles que soient les conditions de construction imposées, la mobilité des poêles, surtout de ceux dont la combustion est lente, crée des dangers qui ont déjà fait de nombreuses victimes. L'adjonction à ces appareils de roulettes ou tous autres procédés facilitant leur déplacement doit être interdite. »

Il votera les deux autres conclusions. Il en ajoutera une quatrième dont il fera la première. Il l'emprunte à un rapport de l'ingénieur Michel Lévy ; elle domine pour lui la question, car la sécurité des voisins doit intéresser au moins autant que celle des personnes qui se servent de poêles mobiles. Cette conclusion est ainsi conçue :

« Dans tous les cas, le tirage doit être convenablement garanti par des tuyaux ou cheminées d'une section utile et d'une hauteur suffisante, complètement étanches, ne présentant aucune fissure ou communication avec les appartements contigus et débouchant au-dessus des fenêtres voisines. Il est utile que ces cheminées ou tuyaux soient munis d'appareils sensibles, indiquant que le tirage s'effectue dans le sens normal. »

M. GABRIEL COLIN pense, d'après des recherches qu'il a faites, que les poêles mobiles sont dangereux :

1° Parce que le coke et le charbon de terre qui les alimentent dégagent une énorme proportion d'oxyde de carbone, comme on peut en juger par l'ampleur des flammes bleuâtres, aux forges des ateliers, même lorsque la combustion est suractivée par l'insufflation ;

2° En raison de l'extrême lenteur de la combustion, lenteur qui a pour conséquence inévitable, avec de tels combustibles, de porter à son maximum la production de l'oxyde de carbone ;

3° Enfin, à cause de l'insuffisance du tirage, due à ce que la colonne d'air et de gaz échappés du poêle n'est pas ou ne se maintient pas assez échauffée en se déversant dans une cheminée ample et à parois froides, pour s'élever au dehors.

Sur ces poêles, on pourrait faire graver l'étiquette *toxique*, comme on le fait sur les flacons des officines contenant des substances vénéneuses. On doit donc à M. Lancereaux des remerciements pour avoir appelé l'attention de l'Académie, des hygiénistes et du public, sur les dangers auxquels exposent ces appareils de chauffage.

M. LÉON COLIN dit qu'intelligemment dirigés dans des habitations bien disposées pour les recevoir, les poêles mobiles fonctionnent généralement sans danger ; ce danger, lorsqu'il existe, tient surtout aux deux causes suivantes :

1° Imperfections des maisons où les différents tuyaux de cheminée communiquent ensemble ;

2° La négligence ou l'ignorance des personnes auxquelles est confiée la direction de l'appareil.

Il faut donc, selon lui, renoncer à toute réglementation de la vente des poêles mobiles, éviter toute enquête chez les particuliers. Mais il pense que l'Académie est dans son rôle en signalant au gouvernement les dangers que peuvent courir certaines collectivités qu'il a le droit et la mission de protéger, lorsque celles-ci font usage des poêles mobiles.

Cela signifie : interdiction de ces appareils dans toutes les pièces occupées par des réunions d'individus soumis au bénéfice d'une surveillance sanitaire, c'est-à-dire les casernes, les hôpitaux, les écoles militaires, les lycées, les écoles, et surtout certaines écoles privées, où, paraît-il, ces poêles commencent à entrer. Si, dans ces réunions de jour, les dangers sont moins grands, elles laissent cependant les sujets exposés à tous les périls de l'intoxication lente. Dans ces conditions, il ne faut pas compter sur les orifices d'aération ; ils seront constamment fermés. La suppression de la clef régulatrice serait également illusoire, car aussitôt, et pour cause d'économie, les fabricants la remplaceraient par un orifice de tirage aussi petit que possible, et le petit tirage deviendrait permanent et forcé.

M. Colin croit que l'Académie ferait œuvre utile si elle parvenait à faire recueillir des documents statistiques sur les appareils de chauffage, non seulement à Paris, mais dans toute la

France. Il a appris que des accidents étaient survenus récemment dans certains départements, il faut donc, à son avis, répandre partout la notion du danger et réglementer partout l'obligation des tuyaux isolés pour chaque cheminée.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

26. M. GANIVET-DESGRAVIERS. Étude sur l'exploration des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne. — 27. M. ALQUIER. Aperçus hygiéniques sur quelques types de navires de guerre dans la marine moderne (cuirassés, garde-côtes, torpilleurs). — 28. M. KÉRAUDREN. Contribution à l'étude des phlegmons de l'aisselle, et en particulier des phlegmons profonds. — 29. M. GUILLEMART. Considérations sur quelques observations de rupture spontanée du cœur. — 30. M. DUGUET. De l'éclampsie puerpérale (historique, pathogénie et traitement actuels). — 31. M. MONNIÉ. Contribution à l'étude des rhinolithes. — 32. M. TAUTY. Contribution à l'étude du strophantus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 mars 1889, le programme pour l'emploi de professeur de médecine opératoire et de physiologie près les Écoles de médecine navale est arrêté de la manière suivante :

Premier examen verbal (*Physiologie*).

Deuxième examen (verbal et pratique). Préparation d'une région; préparation d'une pièce d'histologie normale; démonstration au point de vue de la physiologie.

Troisième examen (verbal). Méthodes et procédés opératoires; historique; examen critique.

Quatrième examen (verbal et pratique). Pratique d'une opération chirurgicale; exposé préalable du procédé.

Cinquième examen, clinique externe (deux malades), les sujets seront désignés par le jury.

Les candidats devront traiter successivement la même question dans la même journée.

— La première épreuve du concours pour trois places de médecin au Bureau central est terminée. Les trente-deux candidats, dont les noms suivent, sont déclarés admissibles à la seconde épreuve (épreuve clinique).

MM. Dreyfous, Charrin, Thibierge, Larmoyez, Hirtz, Petit, Robert, Variot, Mathieu, Galliard, Siredey, Richardière, Marfan, Roger, Delpeuch, Gauchas, Babinski, Leroux, Duplaix, Capitan, Giraudeau, Lebreton, Launois, Bourcy, Havage, Oettinger, Gallois, Dufloch, Achard, Durand-Fardel, Le Gendre et Weber.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le docteur Leudet est nommé suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Audrain, suppléant, est chargé d'un cours de pharmacie.

— Le conseil d'hygiène de la Seine, à l'occasion de l'Exposition universelle et sur la proposition de M. le professeur Proust, vient de prendre les résolutions suivantes : « Il y a lieu de vacciner et de revacciner tous les nomades, marchands forains, baladins et saltimbanques qui vont arriver à Paris. — Aucune installation ne pourra être autorisée sous quelque prétexte que ce soit, si ces individus ne possèdent pas un certificat constatant cette vaccination ou revaccination récente. »

— A l'occasion de l'acceptation du legs de 8 millions fait à la ville de Paris pour la fondation de l'hôpital Boucicaut, M. le docteur Desprès a soumis au Conseil municipal la proposition suivante :

« Le Conseil, considérant que chaque hôpital nouveau, créé sur les fonds des libéralités des particuliers, grève le budget des hôpitaux de sommes considérables nécessaires à l'entretien des malades, émet le vœu : Que la moitié des sommes léguées par Mme Boucicaut soit employée en constructions, l'autre moitié étant réservée et placée pour que les intérêts servent à l'entretien des malades. Que l'hôpital Laënnec, voisin des magasins du Bon Marché, soit augmenté de constructions nouvelles pour loger 200 ou 250 malades, et que cet hôpital prenne désormais le nom d'hôpital Boucicaut. »

Cette proposition a été renvoyée à l'Administration.

— Sur le rapport de M. Navarre, le Conseil municipal de Paris vient de voter un crédit de 950,000 fr. pour la création d'un hôpital pour les varioleux, à Bobigny.

— *Association des médecins de la Seine.* — L'assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine, fondée par Orfila, aura lieu dimanche prochain, 7 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Ordre du jour : 1° Lecture du compte rendu de l'exercice 1888; 2° Élections d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire général; 3° Renouvellement par tirage au sort de la commission générale.

Les sociétaires qui, par suite d'une erreur d'adresse, n'auraient pas reçu de lettre, sont priés de considérer le présent avis comme une convocation.

— Le ministre de la marine vient de décider qu'à partir du 1er janvier 1890, les vins fournis à la marine ne devront plus contenir plus de 2 grammes de sulfate de potasse par litre.

— M. Henneguy soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 12 avril, à trois heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante : « Recherches sur le développement des poissons osseux. Embryogénie de la truite. »

— M. le professeur Gariel commencera des conférences de physique le jeudi 4 avril, à deux heures (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis suivants à la même heure. — Sujet des conférences : « Chaleur; acoustique; actions moléculaires. »

— La dernière conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu, le samedi 6 avril, à huit heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes : « La vitesse des trains express et ses conséquences techniques », par M. Banderali, ingénieur, chargé du service central du matériel et de la traction, à la Compagnie du chemin de fer du Nord.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hérédité et alcoolisme, étude psychologique et clinique sur les dégénérés buveurs et les familles d'ivrognes (ouvrage couronné par la Société médico-psychologique, 1888), par le docteur M. LEGRAIN, ancien interne des asiles de la Seine, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, médecin de la colonie de Vaucluse, etc., avec une préface de M. le docteur MAGNAN, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne. 1 vol. in-8° de 425 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Traité d'histologie pratique, par J. RENAUT, professeur d'anatomie générale. Premier fascicule : le milieu intérieur et le tissu conjonctif lâche et modelé. 1 vol. in-8° avec 101 figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 francs. — L'ouvrage complet sera publié en trois fascicules. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Pathogénie et traitement de l'auto-intoxication, éclampsie, par le docteur Maurice RIVIÈRE, ancien chef de clinique obsté-

tricale à la Faculté de médecine de Bordeaux (mémoire couronné par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, prix Jean Dubreuilh, 1888). 1 brochure in-8° de 240 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Dictionnaire abrégé des sciences physiques et naturelles, par Ed. Thévenin, revu par H. de Varigny, docteur ès sciences. — 1 fort vol. in-18 de 630 pages, imprimé sur 2 colonnes, cartonné à l'anglaise. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

L'étude des maladies du système nerveux en Russie (rapport adressé à M. le ministre de l'Instruction publique), par F. Raymond, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 brochure in-8° de 80 pages avec figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Les manifestations ophthalmoscopiques de la méningite tuberculeuse, par le docteur Descamp. 1 vol. in-4°. — Prix : 2 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Traitement spécifique de la phthisie pulmonaire par le cuivre, par le docteur E. Charlier. 1 br. in-8° de 45 pages. — Prix : 1 fr. 75. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

47

NI GASTRALGIES, NI ENTÉRALGIES !

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé. 0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . . 0 20
Extrait de salsepareille 0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, BORDEAUX, et phies.

72

COTON IODÉ PRÉPARÉ PAR J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les phies.

82

BLENNORRHAGIE — CYSTITE
ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

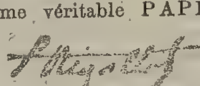
Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

34

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.



42

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est d'après les plus illustres médecins un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes ; eau, 100 grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysentéries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau ; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy ; 10, r. Port-Mahon.

54

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES (graduées (formules du Dr Fusier) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et Pharmaciens.

25

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

79

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

99

PERLES DE GAÏACOL

DU Dr CLERTAN

Il peut être avantageux, dans certains cas, de remplacer la créosote par le *Gaïacol*, qui la constitue dans la proportion de 60 à 90 p. 100. On a ainsi un agent défini et, de plus, doué d'une odeur aromatique agréable. Les résultats obtenus sont les mêmes que ceux que donne la créosote. Le *Gaïacol* convient particulièrement aux phthisies lentes qui exigent un traitement de longue durée.

Chaque perle de gaïacol du Dr Clertan contient cinq centigr. de gaïacol, en solution dans l'huile de faine.

Dose : 3 à 4 par jour. *Prix* : **2** fr. **50** *le flacon.*

MAISON L. FRERE, 19, RUE JACOB, PARIS.

67

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux ; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée ; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris.

10

Kalle et Cie à Briebrich-sur-Rhin, seuls fabricants

IODOL	ANTIFÉBRINE
Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.	Nouveau fébrifuge déposé en France sous le no 3884. — Exiger notre marque et étiquette.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes et commissionres. — *Brochures sur demande.*

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

96

MÉDAILLE D'OR, PARIS 1888

VIN GUÉRIN

PEPSI-PHOSPHATÉ,

Digestif, Reconstituant,

Ferments physiologiques, Amers, Analeptiques.

Convalescences, Anémie, Palpitations Dyspepsies, Anorexie, Débilité

1 verre à madère avant le repas. Envoi fo d'échns.

PRIX : **4** FRANCS

Dépôt général : TRAPENARD, phen, 35, rue des Dames, Paris, et toutes pharmacies.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

62

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

19

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

70

VINS TITRÉS D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, etc.

Vin de quinquina titré simple : Tonique, fortifiant. — **Vin de quinquina ferrugineux** : Chlorose, anémie, longues convalescences, etc.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

20

L'ERGOTININE DE TANRET LAURÉAT DE L'INSTITUT

Alcaloïde et principe actif de l'ergot, s'emploie dans tous les cas où celui-ci est indiqué. L'auteur en prépare un **Sirop** à 1/4 miligr. la cuillère à café — (dose : de 1 à 6 par jour) et une **Solution** hypodermique à 1 milligr. le cent. cube. — (dose : de 3 à 10 gouttes). — **L'Ergotinine de Tanret** ne produit jamais d'accidents locaux.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Phie, 64, rue Basse-du-Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de l'adénite tuberculeuse.

Par M. le docteur FORGUE,
Professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

I

La médication générale peut beaucoup pour les tuberculeux jeunes, porteurs de ces masses adéniques en chapelet, dures encore, résistantes, indolores, mobiles. Avec de la suralimentation, du plein air, de l'air marin surtout, des bains salés, de l'huile de foie de morue, cet excellent antiscrofuleux des familles, un peu d'arsenic pour les adultes, on arrive à résoudre bien des chaînes ganglionnaires. Mais, il faut de la persévérance dans la médication et de la suffisance dans les médicaments. Les statistiques de M. Cazin (1) sont à cet égard un instructif document : dès ses débuts, le petit hôpital provisoire de Berck-sur-Mer recevait 118 adénites chroniques ; sur ce nombre 85 guérirent absolument (72,05 p. 100), 24 furent améliorés (20,33), 7 restèrent stationnaires (5,93) ; 2 moururent (1,69). En 1869, s'ouvrait le grand hôpital actuel, comptant six cents lits : depuis cette époque jusqu'au 1er janvier 1883, on y a soigné 1482 enfants affectés d'adénopathies de sièges divers qui amenèrent 1118 guérisons (soit 75,44 p. 100) ; 296 furent réclamés ou améliorés (19,97 p. 100) ; 68 sont morts (4,59).

Ces résultats, ainsi que le constate M. Cazin, doivent être, en majeure partie, rapportés à l'influence des bains de mer, et surtout à l'immersion constante dans l'air marin. « Mais, il faut bien le dire, c'est grâce à la prolongation du séjour, à la durée considérable de la cure, qui a atteint, pour certains cas, quatre cent cinquante jours, que l'on arrive à obtenir ces proportions de succès. » En réunissant les statistiques des différents hôpitaux maritimes, M. Cazin a pu rassembler 3407 cas d'adénopathies traités par les bains de mer, ils ont donné en bloc :

Guérisons.	61,58 p. 100
Améliorations	34,81 —
États stationnaires. . . .	1,50 —
Décès.	2,11 —

(1) CAZIN. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1884, p. 223.

Si on établit deux catégories d'après le temps de séjour, « on voit que de la première où la saison oscille entre vingt jours (minimum) et trois mois (maximum), comme en Italie, à Margate en Danemark, à celle où la guérison est la seule limite, comme à l'hôpital de Berck-sur-Mer, et dans les établissements similaires, il y a dans les guérisons un écart de 48,14 à 75,69 p. 100 ».

DURÉE DU SÉJOUR.	ADMIS.	GUÉRIS.		AMÉLIORÉS.		STATIONNAIRES.		MORTS.	
		Nombre.	Proportion p. 100.	Nombre.	Proportion p. 100.	Nombre.	Proportion p. 100.	Nombre.	Proportion p. 100.
1re CATÉGORIE. Séjour limité à trois mois (maximum) et vingt jours (minimum). . . . . . (Hôpitaux italiens, danois, hôpital de Rothschild).	1 745	840	48.14	861	49.34	44	2.52	»	»
2e CATÉGORIE. Séjour illimité. . . . (Berck-sur-Mer, Maisons Cornu, à Berck, de Paris à Grosfliers (Pas-de-Calais).	1 662	1 258	75.69	325	19.56	7	0.43	0.43	4.33
TOTAL. . . .	3 407	2 098	61.58	1 186	34.81	51	1.50	72	2.11

Ces longues stations des malades aux hôpitaux marins sont déjà un sérieux inconvénient ; les sanatoria des plages ne sont point ouverts à tous les indigents, et les saisons à Salies ne sont point accessibles à toutes les bourses. On a donc cherché à activer ou à suppléer le traitement médical.

Il est d'abord indiqué, pour traiter et prévenir les jetées ganglionnaires, de guérir, dans les dépendances lymphatiques correspondantes, les lésions provocatrices de l'engorgement adénique : caries dentaires, gingivites, stomatites, amygdalites à répétition des scrofuleux, blépharites ciliaires rebelles, poussées cutanées d'impétigo ou d'eczéma.

II

En allant du simple au composé, comme intervention chirurgicale, ce sont d'abord les injections interstitielles qui peuvent être essayées. L'injection de teinture d'iode n'est point à recommander : elle éveille souvent des phénomènes inflammatoires douloureux, diffusés, excédant l'effet

thérapeutique voulu. M. Reclus (1) a tenté d'injecter dans les ganglions scrofuleux de la liqueur de Fowler à dose progressivement croissante, 8, 10, 12 gouttes dans les vingt-quatre heures ; mais cette méthode qui, au début, semblait donner quelques résultats, n'a pas tenu ce qu'elle paraissait promettre. Nous avons fait récemment l'essai d'injections de liqueur iodo-tannique, aux mêmes doses progressives : ces injections ont été tolérées, sans réaction inflammatoire vive, par les ganglions et leur gâteau périadénique ambiant : chez un soldat, porteur d'un gros paquet ganglionnaire rétro-angulaire, l'effet thérapeutique a été notable : le malade, jusqu'alors ioduré et gavé d'huile de morue, sans résultats, a vu fondre, en un mois et demi, sa masse adénique.

La méthode d'injections, qui a fait ses plus sérieuses preuves cliniques, est celle des injections d'éther iodoformé, dont M. Verchère (2) a décrit la technique et les résultats. Elle a l'avantage de s'adresser également aux deux formes d'adénites tuberculeuses qui se présentent au chirurgien : aux ganglions ramollis et suppurés, et aux masses adéniques fermes encore et rénitentes. Dans le premier cas, c'est un véritable abcès froid ganglionnaire ; et l'on comprend *a priori* que, s'il ne s'est point encore ouvert, l'injection éthéro-iodoformée y sera d'une aussi commode technique et y pourra être d'un aussi efficace résultat que pour les collections purulentes froides du tissu cellulaire. Une injection peut suffire, deux ou trois seront parfois nécessaires pour achever la cure de cette poche caséeuse, souvent anfractueuse.

Dans le second cas, la technique mérite qu'on la détaille. Tous les ganglions d'une chaîne ne sont pas au même stade évolutif : quelques nœuds du chapelet ganglionnaire sont encore durs, libres de toute gangue périphérique, alors que d'autres grains, conglomérés, soudés par leur atmosphère cellulaire ambiante, ont conflué en une masse adhérente aux téguments rougis par places, parfois avec quelques points qui fluctuent. Chacun des ganglions doit être traité isolément : les injections interstitielles doivent s'espacer, pour ne point provoquer une distension ou une inflammation trop grande ; elles doivent se succéder méthodiquement, allant des ganglions suppurés qui ont les premiers honneurs thérapeutiques, aux masses en imminence de suppuration, et enfin aux noyaux ganglionnaires encore fermes. Voici, par exemple, dans l'observation I[re] de M. Verchère, une malade qui porte au cou, le long du sterno-mastoïdien, trois gros ganglions, dont le médian est fluctuant, dont les deux autres résistent et roulent sous la peau ; le premier jour, une ponction avec l'aiguille n° 3 de Dieulafoy évacue un dé à coudre de pus caséeux ; on injecte 10 grammes d'éther iodoformé à 10 p. 100 ; quatre jours après, c'est le tour du ganglion supérieur, qui est ponctionné et ne donne aucun écoulement : on le pique à la seringue de Pravaz et on pousse une seringuée d'éther iodoformé à 10 p. 100 ; le troisième ganglion subit, six jours après, une intervention analogue.

Comme l'indique M. Verchère, la seule difficulté, mais bien minime, consiste à faire l'injection bien exactement dans le tissu ganglionnaire lui-même ; et lorsque le ganglion est mobile, lorsqu'il est de petit volume, on peut risquer de ne pas dépasser avec l'aiguille de Pravaz le tissu cellulaire sous-cutané, ou de transpercer le ganglion de part en part, et de pousser l'éther dans les nappes cellulaires ambiantes. Quelques observations signalent l'angoisse respiratoire menaçante qui accompagne alors cet emphysème thérapeutique, dans la région cervicale. Il suffit de fixer solidement, du pouce et de l'index gauche, le noyau ganglionnaire à injecter, de l'énucléer sous la peau, et d'enfoncer, de la main droite, l'aiguille de Pravaz isolée : on lâche alors la glande, et quelques mouvements de bascule de l'aiguille montrent bien si le ganglion embroché suit ses oscillations.

Après l'injection, le ganglion se distend et son voisinage se tuméfie : une douleur cuisante, vive, se manifeste, et dure généralement jusqu'au lendemain. La tumeur, insufflée le premier et le deuxième jour par la vapeur d'éther, reste encore légèrement sensible à la pression : les jours suivants, l'éther se résorbe et le ganglion diminue. Chez la malade déjà citée, M. Verchère a vu le ganglion suppuré prendre peu à peu une consistance plus dure, la fluctuation disparaître progressivement, et le volume se réduire, un mois et demi après, à celui d'une petite noisette ; les ganglions durs furent réinjectés à trois reprises en deux mois ; après ce délai, on les retrouvait encore à l'état de petits grains, mobiles, indolents, complètement disparus le mois suivant. Les injections doivent donc être répétées, tous les huit ou quinze jours : à chaque séance, on se contentera généralement d'une demi-seringue de Pravaz. « La durée de traitement a été, en moyenne, de deux mois et demi ; mais chez tous les malades, la tumeur a disparu ou est demeurée inappréciable à la vue, sans que le traitement ait donné lieu à une cicatrice cutanée. » Nous avons retiré les mêmes bons effets des injections d'éther iodoformé dans deux cas d'adénite tuberculeuse inguinale : chez un soldat atteint de tuberculose axillaire, l'injection d'éther iodoformé a paru déterminer la suppuration ganglionnaire ; en dix-huit jours, cet abcès était guéri et le malade sortait de l'hôpital (Forgue). A l'aine, à l'aisselle, d'ailleurs, la méthode peut s'aider d'un utile auxiliaire thérapeutique : la compression ; et nous avons pu constater, dans le service de M. Verneuil, combien activement se résolvent, sous cette action combinée, les masses adéniques, difficilement opérables, du triangle de Scarpa.

Quand le ramollissement et la fonte caséeuse ont ouvert à la peau un orifice fistuleux, aux bords bleuis et décollés, au suintement séro-grumeleux, les injections éthéro-iodoformées perdent de leur commodité opératoire et de leur valeur thérapeutique. On peut bien encore, en bouchant au doigt, après l'injection, l'ouverture fistuleuse, permettre à l'éther d'aller porter, dans tous les diverticules et clapiers péri-adéniques, une couche de poussière iodoformée sublimée ; mais, l'iodoformisation des parois caséeuses n'est jamais complète, et souvent on la verra échouer. On a en pareil cas la ressource précieuse des longs et souples bâtonnets d'iodoforme qu'on peut loger et pousser dans tous les trajets fistuleux et fongueux.

Il est manifeste que s'il s'agit d'une de ces adénites caséeuses aiguës, galopantes, où les glandes s'enchâssent vite dans un gâteau de tissu cellulaire enflammé, où le processus tuberculeux, exacerbé, aboutit rapidement à la formation d'un adéno-phlegmon, on incisera largement cet abcès, on évacuera le pus mal lié et grumeleux qui l'emplit : quelques coups de cuiller tranchante achèveront d'évacuer

(1) Reclus. *Gazette hebdomadaire*, 1885, p. 275.

(2) Verchère. D'un nouveau traitement des adénopathies tuberculeuses. In *Études sur la tuberculose*, de Verneuil, t. I. p. 317.

la masse ganglionnaire caséifiée ; une torréfaction rapide au thermo détruira les dépôts pariétaux de la coque.

III

L'extirpation est une vieille opération que la chirurgie antiseptique a réhabilitée. « Strumæ nunquam sanabantur nisi evellantur », disait déjà Sanctorius. « Il y a, déclarait A. Paré, une autre manière de guérir les écrouelles, qui est par la main du chirurgien, lorsqu'elles sont au col et superficielles, faisant une incision afin de séparer les parties où elles sont attachées, puis tirées et coupées hors. » L'extirpation traverse ensuite une période de discrédit et de défaveur : il n'y a plus que Magniez (1), chirurgien-major, qui extirpe « des tumeurs scrofuleuses du cou et autres, chez les soldats envoyés par le roi à l'hôpital de la ville de Saint-Quentin, de 1772 à 1783 ». Au reste, il est remarquable que l'extirpation a toujours eu la faveur des chirurgiens militaires : dès 1832, Bégin, dans ses leçons cliniques, en proclamait la valeur thérapeutique; Baudens, Sédillot, Larrey la recommandent et la pratiquent. En chirurgie civile, il fallut le renouveau opératoire de l'ère actuelle pour la faire rentrer dans le courant chirurgical : la sécurité antiseptique aidant, l'influence des doctrines nouvelles démontrant la qualité tuberculeuse de l'ex-adénite strumeuse et comportant l'ablation précoce du foyer bacillaire, la mode thérapeutique aussi s'en mêlant, on s'est mis à extirper ou à gratter bien des ganglions sur bien des cous de scrofuleux. Et, d'outre-Vosges, à plusieurs siècles de distance, nous arrive une formule aussi intransigeante que celle de Sanctorius, mais plus humouristique : « Ce n'est point avec le fer en pilules ou en potions, dit Hueter (2), que l'on doit traiter l'adénite tuberculeuse ; mais bien avec le fer, sous forme affilée et tranchante, et à l'état de bistouri bien coupant. »

C'est aussi dans la littérature allemande que nous avons trouvé les plus sérieuses statistiques, sur ce point de thérapeutique chirurgicale. Nous avons relevé et colligé les deux statistiques de Riedel; celle de Kapesser; les chiffres de Krisch, qui, dans sa thèse inaugurale, nous donne les résultats de la clinique de Fischer; ceux de Frænkel qui nous fournissent les statistiques de Billroth; les tableaux de Bajohr qui expriment les observations du service de Maas, à Würzbourg, de juillet 1878 à la fin de juin 1885; enfin, ceux de Schnell, qui relatent les résultats du professeur Trendelenburg, à Bonn, et ceux de Grüenfeld relatifs à 158 malades opérés par Güssenbauer. Nous avons constitué ainsi une table statistique allemande, de comptabilité clinique correcte, et composée d'observations antiseptiques bien triées. (Voyez le tableau ci-contre.)

A ne considérer que ces chiffres en bloc, le résultat thérapeutique semble déjà médiocre ; mais ils gagnent encore de valeur documentaire à être détaillés. C'est ainsi que Schnell, qui nous fournit un très satisfaisant pourcentage de succès, accepte trop aisément comme tels des résultats trop critiquables : d'abord deux de ces succès ont eu une récidive et une réopération ; ce qui réduit déjà à 57 p. 100 la moyenne; puis, parmi les 21 restants, 1 malade (n° 9), qui avait déjà eu une hémoptysie antérieure, paraît sérieusement atteint au point de vue pulmonaire; un autre (n° 20) a eu le récurrent gauche coupé pendant l'opération, il est enroué, dyspnéique. Les chiffres de succès de Fischer (35 p. 100), de Billroth (24 p. 100), c'est-à-dire de praticiens rompus aux interventions chez les tuberculeux, experts en chirurgie cervicale, sont en vérité une moyenne peu encourageante.

OBSERVATEURS ET SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES.	NOMBRE des cas.	SUCCÈS.	POUR 100	INSUCCÈS et récidives.	POUR 100	MORTS.	POUR 100
RIEDEL, 1re statistique. (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie*, Bd. XV, S. 66.)	13	*5 cas.* (extirpat. de 1875 à 1876; malades suiv. jusq. 1881)	39	6	46	3	23
RIEDEL, 2e statistique. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, Liefer. XXXVI, S. 104......	17	*10 cas* (guérisons constatées de 3 à 6 ans).	59	6	35	3	18
KRISCH. (*Beitrag zur Statistik der operat. der Lymphomata Colli.*, Dissert. inaug., Breslau 1883. .	92	32 cas	35	44	48	16	17
FRÆNKEL. (Zur histologie und therapie der Lymphomata Colli, *Prager Zeitschr. f. Heilk*, 2 et 3 Heft., 1885). . .	128 (dont 49 seulem. étudiés au point de vue de l'issue ultér.).	6 cas	24	?	?	Morts de tuberculose pulmonaire.	10
BAJOHR. Dissertat. inaug. de Wurzbürg, 1885. . . .	30	11 cas	42	19 insuc.	57,9	Dont 1 mort qq. mois après	3,3
SCHNELL. (Uber Erfolge von Extirpationen tuberculöser Lymphoma, *Bonn.* 1885).	37	23 cas	62	10 cas	27	4 cas	11
GRÜENFELD. (*Prager Zeitschrift f. Heilk.*, VIII, 1885, p. 191)	150 (dont 58 seulem. ont été suivis.)	41 cas	70.6	9	15,4	8	13,5

Et les récidives ? Voilà des chiffres dont la critique analytique inspire une médiocre confiance opératoire. Qu'on parcoure la liste des « incomplets résultats » (quel euphémisme allemand !) dressée par Bajohr. Sur les 19 malades de Maas, rangés dans cette catégorie, deux meurent rapidement de tuberculose, et non point un seulement comme l'indique la colonne des décès : c'est une enfant de cinq ans (n° 4), atteinte en même temps d'ostéo-arthrite du pied qui succombe, avec de la récidive ganglionnaire, à la phthisie pulmonaire; c'est une jeune fille de dix-neuf ans qui sort en octobre, *guérie* d'une adénite axillaire, et qui en novembre meurt de tuberculose générale. Le malade n° 3 est affaibli, et s'émacie ; le n° 10 garde des fistules persistantes et a de l'arthrite fongueuse chronique du genou; ce sont deux malheureux poitrinaires, toussant et souffrant, que les deux opérés nos 15 et 16. Les 10 malades de Trendelenburg, catalogués au tableau récidives, se portent généralement mieux que les opérés de Maas : n'empêche que deux (n° 31 et n° 32) ont vu leur état général empirer après l'opération.

(1) MAGNIEZ. *Journal de médecine militaire de Dehorne*, 1774, t. III.
(2) HÜETER. *Algemeine und specielle chirurgie.*

Voici d'autre part le détail des 44 opérés de Fischer, notés comme incomplètement guéris :

Guérison incomplète 44 cas = 48 %.		
	a. Récidive survenue dans 22 cas = 24 %	α. Récidive passagère. . 5 = 5 ½ % (*id est* réopérée et guérie).
		β. Récidive persistante. 17 = 18 ½ %
	b. Sans récidive mais avec troubles généraux, 22 cas 24 = %.	γ. Sans symptômes nets de phthisie. . . . . 18 = 19 ½ %
		δ. Avec phthisie. . . . . 4 = 4 ⅔ %

Et encore, beaucoup des opérés rangés au groupe γ ont des douleurs thoraciques, s'affaiblissent, toussent, maigrissent : l'un même a eu une méningite basilaire.

Quant à la mortalité, il faut distinguer les décès dont l'acte opératoire est responsable, et les morts par continuation de l'affection tuberculeuse, ou production de l'infection tuberculeuse générale. C'est ainsi que le chiffre de léthalité de Riedel est très chargé : mais de ces 3 malades, l'un meurt de septicémie post-opératoire, et 2 succombent à la phthisie : 12 p. 100 est la moyenne de léthalité par tuberculose. Cela se rapproche ainsi du chiffre de Schnell (11 p. 100) dont les 4 morts sont survenues par tuberculose, en général après d'un an de distance de l'intervention ; de la moyenne indiquée par Frænkel (10 p. 100) qui ne compte que les décès par tuberculose ; de celle aussi à laquelle on arrive après correction des chiffres de Frisch : ce dernier compte 16 morts (soit 17 p. 100 de mortalité) ; mais 3 ont succombé à l'opération ou à ses suites (3 1/4 p. 100) ; reste donc une mortalité moyenne de 14 p. 100 par tuberculose. La colonne mortuaire de Bajohr est moins sombre : en comptant deux décès, cela fait une moyenne de léthalité de 6,6 p. 100 ; mais, comme nous l'avons vu, beaucoup de ses opérés à récidive sont en mauvais état ; ce sont des tuberculeux qui n'iront pas loin.

L'âge apporte-t-il une modification dans le pronostic opératoire ? Krisch a établi un tableau statistique, à ce propos ; nous lui juxtaposons les chiffres de Schnell :

AGE.	KRISCH.			SCHNELL.		
	Succès complets p. 100.	Succès défectueux p. 100.	Excédent p. 100 des succès et insuccès : + ind. l'excédent des succès — celui des insucs	Bons résultats.	Défectueux.	Morts.
De 1 à 5 ans.	25	62 ½	= — 37 ½	1	2	»
De 6 à 10 ans.	32	63 ½	= — 31 ½			
De 11 à 15 ans.	47	53	= — 6	7	2	»
De 16 à 20 ans.	30	68	= — 38	7	2	2
De 21 à 25 ans.	50	49 ½	= + ½	3	1	1
De 26 à 30 ans.	20	80	= — 60	1	2	1
De 30 à 40 ans.	»	»	»	1	»	»
De 50 à 80 ans.	»	»	»	1	1	»

Comme on peut l'apprécier, cette détermination statistique ne comporte qu'un médiocre enseignement : la clinique, mieux que les chiffres, nous apprend, en l'espèce, que les tuberculoses ganglionnaires des jeunes sont plus curables par le traitement général que les paquets adéniques caséeux des adultes, et que mieux vaut jusqu'à quinze ans préférer l'huile de morue ou l'iodure au bistouri.

IV

Les statistiques apportées par M. Cazin à la Société de chirurgie sont plus satisfaisantes que les chiffres des services allemands. Cela tient à ce que M. Cazin dispose d'un merveilleux auxiliaire qui achève et complète ce que le bistouri et la curette ont commencé : c'est la cure par le milieu marin. En vérité, quand on sait, comme nous l'apprécions maintenant, quelle est la valeur thérapeutique complémentaire du traitement post-opératoire des tuberculeux, est-il étonnant que les moyennes de guérison soient aussi différentes, d'un hôpital baigné en plein air marin, aux salles où nos scrofuleux à ganglions caséeux vivent dans le milieu confiné et souillé ? Aussi, M. Cazin nous apporte un total très encourageant : sur 335 enfants, il a pratiqué 102 ablations de ganglions, avec une moyenne de guérisons de 83,34 p. 100 ; mais, que ce chiffre, inconnu des services hospitaliers où nous pratiquons, ne vaille point à l'intervention sanglante un excès d'honneur : les non-opérés ont donné pour la même période une somme de guérisons de 68,77 p. 100 ; et le traitement opératoire ne peut réclamer, pour sa part de cures, que 14,56 p. 100. Ce n'est point assurément une quantité négligeable ; mais cela mesure la juste valeur de chaque élément du traitement.

M. Cazin n'a eu que 2 décès opératoires : cela prouve en faveur de sa technique et de son antisepsie ; il a excédé de beaucoup les chiffres de guérison des statistiques hospitalières communes : c'est la meilleure démonstration de l'utilité des sanatoria marins et de l'efficacité du traitement général des tuberculeux opérés. — « Ma conviction, mon expérience, dit M. Cazin, m'ont convaincu que le traitement par l'ablation des ganglions ulcérés gagne en sécurité et rapidité. Mais ma conviction morale ne suffit pas ; il faut des preuves numériques ; or, je les trouve dans le tableau suivant, où se classent les résultats comparatifs obtenus, dans un milieu identique, pendant une période où l'on se contentait du traitement classique et, d'autre part, pendant la période de 1879 à 1883, époque durant laquelle j'ai pratiqué des extirpations de ganglions. »

En tenant compte des enfants réclamés qui, s'ils étaient restés, auraient grossi le chiffre des guérisons, M. Cazin accepte un nombre *à peu près égal* de guérisons pour les deux périodes. Acceptons-les aussi ; mais où est la supériorité de la période opératoire ? Cazin répond : 1° *nombre minime des non-guéris* qui, de 1,66 p. 100, tombe à 0,60 ;

Relevé des engorgements ganglionnaires soignés à Berck de 1869 à 1883.

PÉRIODES.	NOMBRE de CAS.	GUÉRIS.		AMÉLIORÉS.		RÉCLAMÉS.		NON GUÉRIS.		MORTS.		DURÉE moyenne DU SÉJOUR.
		Nombre.	Proportion p. 100.	Nombre.	Proportion p. 100.	Nombre.	Proportion p. 100.	Nombre.	Proportion p. 100.	Nombre.	Proportion p. 100.	
De juillet 1879 à fin 1878. . .	1 147	878	76,55	42	3,66	153	13,34	19	1,66	55	4,79	376 jours.
De janvier 1879 à fin 1882 . .	335	210	71,61	3	0,90	77	22,98	2	0,60	13	3,88	225 jours.
TOTAL.	1 482											

2° *diminution des morts* qui, de 4,87, descend à 3,88 : c'est un gain, nous le reconnaissons, mais c'est médiocre ; 3° *durée de séjour s'abaissant de 376 jours à 225*, ajoute M. Cazin : mais, il reconnaît lui-même que le nombre des enfants réclamés (presque guéris, admettons-le) est plus considérable à la seconde période : voilà qui explique *partiellement* cette réduction de séjour. Au point de vue des décès, continue M. Cazin, le tableau suivant est on ne peut plus démonstratif des avantages de l'ablation :

Engorgements ganglionnaires (1482 cas).

CAUSES DES DÉCÈS.	DE JUILLET 1869 A FIN DE 1878 1117 cas.		DE JANVIER 1879 A FIN DE 1882 335 cas.	
	Nombre.	Proportion p. 100.	Nombre.	Proportion p. 100.
1° Phthisie pulmonaire. Granulie. Tuberculose généralisée	12	1,05	3	0,90
2° Méningite et tuberculose cérébrale	9	0,78	1	0,30
3° Albuminurie	9	0,78	»	»
4° Ganglions bronchiques	4	0,35	1	0,30
5° Carreau et péritonite tuberculeuse	3	0,26	»	»
6° Septicémie	»	»	1	0,30
7° Hémorrhagie	»	»	1	0,30
8° Autres causes accidentelles (variole, scarlatine, rougeole, croup, bronchopneumonie, etc.)	18	1,57	6	1,79

Nous y voyons surtout que les décès par albuminurie, c'est-à-dire ceux des malades à suppuration pérenne, à reins amyloïdes, ont disparu : c'est un bon point pour la méthode opératoire, qui a l'avantage de supprimer du coup les foyers purulents. Les décès par méningite, tubercules cérébraux et ganglions bronchiques se sont aussi raréfiés : c'est une bonne réponse à ceux qui redoutent trop les généralisations tuberculeuses post-opératoires. Mais, en somme, de cette statistique, peut-on conclure avec M. Cazin : « L'ablation des ganglions tuberculeux est exempte de dangers, si on prend les précautions indiquées ; elle donne de plus beaux résultats que l'expectation ; elle laisse après elle des cicatrices moins hideuses, et peut-être diminue-t-elle les chances de tuberculisation générale. »

Nous passons aisément condamnation sur les deux derniers points : bien qu'il y ait des faits bien observés de généralisation post-opératoire, après extirpations et grattages ganglionnaires ; et bien qu'au point de vue esthétique les injections d'éther iodoformé laissent des cous plus présentables que ceux où le bistouri et la curette ont laissé leurs coutures cicatricielles. Trendelenburg, dans un cas, n'a-t-il point dû entailler son malade de sept incisions opératoires ? Quand il faut entièrement disséquer le sterno-mastoïdien, cela laisse des traces.

V

La valeur comparée des résultats de l'ablation avec ceux de l'expectation est le pivot de la discussion. Nous avons fourni les statistiques pessimistes des Allemands : celles de M. Cazin sont incomparablement favorables, mais la médication générale garde encore la plus grosse part du mérite du traitement chirurgical. Quant à l'*innocuité opératoire*, voilà un point faible de la méthode sanglante. Assurément, il est facile d'énucléer un ganglion libre, mobile, ferme. Mais, si l'on s'attaque à ces masses ganglionnaires conglomérées, en paquet adhérent, immobiles dans une gangue de péri-adénite, il faut s'attendre aux plus dramatiques opérations. Au cou, on est exposé à de périlleuses dissections : 16 fois sur 128 opérations, Billroth a dû prendre la veine jugulaire interne entre deux ligatures, et en réséquer un tronçon : cet éminent chirurgien déclare ces interventions le plus souvent très aggressives : « *Sehringreifende.* » Dans un cas, Trendelenburg (n° 8) dut dénuder la jugulaire interne, de la base du crâne jusqu'à la clavicule ; dans un autre plus mouvementé encore, il commence par lier et réséquer la jugulaire externe, ouvre la jugulaire commune, perçoit l'entrée intra-veineuse de l'air, peut lier la veine, blesse le canal thoracique, atteint le récurrent gauche ; chez l'opéré n° 13, en même temps qu'il est obligé de lier et de réséquer la jugulaire interne, il blesse l'artère mammaire interne. Roux déjà avait perdu un opéré, à la suite de l'extirpation d'une tumeur strumeuse du cou, par pénétration intra-veineuse de l'air. M. Poulet (1) a eu, chez son opéré, une phlébite de la jugulaire interne, une hémorrhagie secondaire, au vingtième jour, de la carotide primitive, une mort par septicémie et gangrène de l'hémisphère gauche du cerveau, le trente-sixième jour après l'opération. Et quand on n'a point ces désastres opératoires, ce sont souvent de laborieuses dissections : les ganglions ont contracté des adhérences solides avec les tissus ambiants ; ce n'est que péniblement et à petits coups qu'on les détache de leur gangue chroniquement enflammée ; leur arrachement donne lieu à des déchirures vasculaires ; la friabilité des tissus rend l'hémostase difficile. Il faut beaucoup d'attention et de correction opératoire : la curette, si précieuse ailleurs, doit être maniée prudemment en ces régions où passent de gros troncs vasculaires.

Donc, il faut, en l'espèce, se garder des formules thérapeutiques exclusives. Après avoir trop médicamenté les ganglions strumeux, on les a trop extirpés. Il faut choisir ses cas. Ce n'est qu'après essai infructueux de la médication générale qu'on déclarera une adénite tuberculeuse opérable.

Si le malade peut subir une cure prolongée, si c'est une femme accessible à des considérants extra-chirurgicaux de coquetterie et d'esthétique, on essaiera le traitement patient et méthodique des injections éthéro-iodoformées.

S'agit-il d'une région non apparente, d'un malade qui veut abréger la cure, d'un ganglion ou groupe ganglionnaire libre, mobile, on l'énucléera aisément d'un coup de bistouri et par une dissection mousse. Si l'on a affaire à des masses enfouies dans de la péri-adénite, avec une peau malade, des trajets fistuleux, des scrofulides ulcéro-fongueuses, de la suppuration intarissable qui affaiblit le malade, et menace ses reins, on n'attendra point trop : le raclage à la curette, la torréfaction au thermocautère, avec les précautions opératoires que nécessitent les périlleux voisinages anatomiques, seront le moyen de mettre rapidement au net ces surfaces malades et purulentes. Les considérants généraux d'indications et de contre-indications opératoires s'appliquent intégralement à ce groupe de tuberculeux.

(1) Poulet. Du traitement de l'adénite cervicale tuberculeuse des soldats. *Archives de médecine militaire*, 1884.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 avril 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

DISCUSSION SUR L'OPÉRATION D'ALEXANDER

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'a jamais fait l'opération d'Alexander et paraît peu disposé à la faire, convaincu que les états pathologiques pour lesquels on la pratique habituellement se compliquent généralement d'autres états qui nécessitent une autre intervention. Il a été étonné d'entendre M. Bouilly conclure à l'emploi des pessaires dans beaucoup de cas de rétrodéviations. M. Lucas-Championnière n'est pas partisan de l'emploi des pessaires et croit qu'on en abuse singulièrement, leur efficacité étant, selon lui, tout à fait illusoire.

M. TERRIER n'a jamais pratiqué non plus l'opération d'Alexander. Il en a cherché bien souvent l'indication sans jamais la trouver. Dans la plupart des cas de déviations utérines, en effet, il existe de la métrite, et c'est surtout contre celle-ci que doivent être dirigés tous les efforts du chirurgien. Il ne comprend pas, plus que M. Lucas-Championnière, l'emploi des pessaires. M. Terrier cite le cas d'une jeune femme qui était atteinte de douleurs atroces dans le ventre avec rétrodéviation utérine et quelques complications inflammatoires du côté des annexes. Il pratiqua chez cette malade l'hystéropexie et la castration ovarienne. Elle alla bien pendant quelque temps, puis, un mois environ après cette opération, elle fut reprise de ses règles, des mêmes douleurs qu'auparavant, douleurs tellement intenses qu'elle ne cessait de crier nuit et jour. M. Terrier la fit venir de nouveau dans son service, lui dit qu'il allait lui pratiquer l'hystérectomie vaginale, prépara ostensiblement tous les instruments pour cette opération, fit donner du chloroforme à la malade et appliqua simplement trois pinces sur le col de l'utérus. Le résultat de ce semblant d'opération fut merveilleux; aussitôt réveillée la malade déclara ne plus sentir aucune douleur. Elle reste convaincue qu'elle n'a plus d'utérus et n'a plus du tout souffert depuis plus d'un mois qu'a été pratiquée cette opération imaginaire. Ce fait est intéressant en ce qu'il montre l'influence psychique sur certains accidents douloureux.

M. TERRILLON a fait cinq fois l'opération d'Alexander, il a choisi des cas simples, c'est-à-dire des cas dans lesquels l'utérus était en rétrodéviation, comprimant le rectum, sans symptômes de métrite concomitante. Chez les trois premières malades, l'utérus mobile se réduisait facilement dans la position genu-pectorale. L'opération a été faite et les malades ont été parfaitement guéries. Dans les deux autres cas il a eu deux insuccès complets. Dans le premier, l'utérus paraissait se réduire. Trois mois après l'opération il était revenu à sa position antérieure, il s'agissait là d'une réductibilité trompeuse. Dans le second cas, même insuccès après six mois. En résumé, dans les cas simples, l'opération d'Alexander est une bonne opération. Quand il y a des adhérences postérieures, on a beaucoup de chances de voir se produire la récidive. L'opération d'Alexander ne doit jamais être pratiquée dans les cas de gros utérus atteints de métrite.

M. TRÉLAT rappelle avoir dit que l'opération d'Alexander était une mauvaise opération dans les cas de rétroflexions adhérentes.

M. TERRIER pense qu'il faut distinguer la rétroflexion de la rétrodéviation et insiste sur l'importance des complications inflammatoires.

RAPPORT

Traitement des kystes hydatiques. — M. SEGOND fait un rapport sur deux observations adressées par M. Leprévost (du Havre), l'une relative à un kyste hydatique de la rate, soi-disant guéri après une simple ponction avec la seringue de Pravaz, l'autre à un kyste hydatique suppuré du foie, traité avec succès par l'incision large.

Dans la première observation, il s'agissait d'une femme de vingt-six ans, atteinte d'une volumineuse tumeur fluctuante dans la région splénique. M. Leprévost fait une ponction avec la seringue de Pravaz, retire un centimètre cube de liquide caractéristique. Douze jours après, il fait une nouvelle ponction aspiratrice, ne retire rien du tout; il se produit des phénomènes inflammatoires qui s'amendent en quelques jours, et, quinze à vingt jours après, la malade quitte l'hôpital guérie, sa tumeur splénique ayant disparu. M. Segond croit que ce sont les phénomènes inflammatoires qui, dans ce cas, ont été la cause de la guérison et non la ponction avec une seringue de Pravaz.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de quarante-six ans, présentant un kyste hydatique suppuré du foie, assez volumineux. Une ponction exploratrice ayant donné du pus, M. Leprévost fit une large incision, ne trouva pas d'adhérences, entoura sa plaie d'éponges, ponctionna et vida le kyste et put alors facilement suturer la poche devenue flasque à la paroi abdominale. La malade était guérie un mois après, mais avec une petite fistule. Cette petite fistule est le point noir dans les traitements par incision des kystes du foie, car elle dure indéfiniment.

M. Segond fait suivre l'analyse de ces observations de quelques réflexions sur la comparaison des traitements médicaux avec le traitement chirurgical des kystes du foie. Chaque fois qu'il s'agit d'un kyste suppuré, il n'y a pas d'hésitation à avoir; il faut pratiquer l'ouverture large. En présence d'un kyste non suppuré, on peut essayer des procédés médicaux, ponction simple, injection, avec une seringue de Pravaz, de sublimé, de naphtol et de biiodure, etc. Mais si ces procédés ne réussissent pas du premier coup, il faut bien se garder d'y revenir et ne pas s'y acharner; il faut alors recourir à l'incision large en un seul temps, bien préférable aux yeux de M. Segond à l'opération en deux temps.

DISCUSSION

M. TERRILLON appuie les conclusions de M. Segond sur l'intervention chirurgicale dans les kystes du foie. Dans trois cas, il a obtenu la guérison complète après une simple ponction; dans deux autres cas, la poche s'est reproduite. Dans un de ces cas où M. Terrillon retira par la ponction 700 grammes de liquide, il injecta ensuite 100 grammes de liqueur de van Swieten; cinq minutes après il en retirait 98 grammes. Ce malade a très bien guéri. Dans un autre cas, ce traitement échoua et il fallut consécutivement ouvrir le kyste. En résumé, M. Terrillon accepte entièrement les conclusions de M. Segond; dans les cas simples essayer, mais une seule fois, le traitement médical. En cas de récidive recourir au traitement chirurgical.

M. TERRIER dit que, théoriquement, cette opinion paraît rationnelle. Mais pratiquement il est bien difficile, pour ne pas dire impossible de savoir s'il y a une seule poche ou plusieurs poches. Il insiste, en outre, sur les dangers que présentent ces procédés médicaux, procédés qui demandent des précautions antiseptiques plus rigoureuses que les plus graves opérations de la chirurgie. Il cite plusieurs exemples de suppurations survenues à la suite de l'emploi de ces procédés.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE parle dans le même sens que M. Terrier. Il n'y a pas, selon lui, de traitement unique des kystes du foie. Il y a tant de formes de kystes hydatiques! Il est très difficile de savoir au juste ce qu'il y a derrière un kyste hydatique du foie. Il y a des cas de guérisons absolues après une ponction, d'autres qui sont suivis de récidive, selon des conditions qui appartiennent à la nature du kyste. M. Lucas-Championnière défend le procédé de Folkmann (ouverture en deux temps) qui, dans certains cas, peut rendre des services. Enfin, il ajoute qu'il faut aussi tenir compte de la fistule consécutive à l'ouverture de ces kystes.

LECTURE

Suture primitive et suture secondaire des ruptures du périnée. — M. KIRMISSON lit un travail sur ce sujet. (Sera publié.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 3 avril 1889, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1889, à la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Besançon.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 avril 1889, MM. les docteurs Neumann et Rochard ont été nommés membres des comités d'organisation du Congrès international du repos hebdomadaire.

— *Concours d'agrégation en chirurgie.* — Sont déclarés admissibles, par ordre alphabétique :

Paris : MM. Barette, Broca, Nélaton, Picqué, Ricard et Tuffier. — Bordeaux : MM. Courtin, Genevez-Montaz et Villar. — Lille : MM. Coppens, Février et Phocas. — Lyon : MM. Gangolphe, Pollosson et Rochet. — Montpellier : M. Estor.

— L'admissibilité pour les candidats à l'agrégation d'accouchement ne sera prononcée que ce soir.

— Le concours d'agrégation (chirurgie et accouchements) sera suspendu du 14 au 28 avril, à l'occasion des vacances de Pâques.

— *Hôpitaux de Paris.* — L'ouverture du concours pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central d'admission, qui devait avoir lieu le lundi 6 mai 1889, est reportée au mardi 7 mai, à midi, à l'amphithéâtre de l'Administration centrale.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs G. André (de Marseille); Bergès (de l'Isle-en-Jourdain); Emery (de Saint-Mathurin); Muzeau (de Saint-Bonnet-en-Bresse); Rébufat (de Toulon).

La virilité et l'âge critique chez l'homme et chez la femme, par le docteur DE SÉRÉ. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 42. — MARDI 9 AVRIL 1889. 62e ANNÉE. MARDI 9 AVRIL 1889. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

La vie et la mort; actes vitaux chez l'hystérique; phénomènes d'inhibition.

On peut dire que l'étude de la mort et du cadavre, à cause de leur importance et de la multiplicité des cas dans lesquels elles sont soulevées, occupe la moitié de la médecine légale.

J'abandonne, à ce qui est dans le sentiment de chacun de nous, toutes les définitions de la mort au point de vue philosophique.

Mais il est indispensable que je commence par vous expliquer ce que c'est que la mort au point de vue médico-légal, et c'est extrêmement difficile.

Les gens du monde croient qu'on est mort quand on a rendu *le dernier soupir*; les physiologistes, quand le cœur a cessé de battre : *cor ultimum moriens*.

Or, dans l'affaire Pranzini, trois femmes avaient été tuées : l'une d'elles avait été décapitée : c'était la petite fille; les autres n'avaient qu'une carotide coupée. La question qui se posait, au point de vue de l'héritage, était celle-ci : « Laquelle de ces femmes était morte la première ? » Il y a des individus dont le cœur cesse de battre au bout de trois ou quatre minutes après le dernier soupir, d'autres, au bout de vingt minutes. Mais, dans l'espèce, la petite Gremeret ayant eu la tête tranchée, n'était-ce pas là le fait matériel de la perte de l'existence ?

Dans une autre hypothèse, voici un individu frappé de syncope; le cœur s'arrête. Est-il mort ? Oui, si un médecin ne se trouve pas là pour rétablir le cours de la circulation; non, si un médecin vient à son aide.

Ce qui constitue la vie, ce n'est pas qu'il existe dans l'animal des substances qui n'existent pas dans le minéral.

Ce qui constitue la différence entre le corps inerte et le corps vivant, c'est que, chez l'un, les substances chimiques sont en repos, tandis que, chez l'autre, elles sont en mouvement perpétuel. On peut faire artificiellement certaines substances organiques, telles que l'urée, et peut-être pourra-t-on les fabriquer toutes à un moment donné. Ce qui n'empêche pas que la croyance à la génération spontanée est une erreur et une utopie.

En effet, tandis qu'un corps inerte, comme un bloc de marbre, peut traverser des siècles et sera identique dans mille milliers d'années à ce qu'il est aujourd'hui, si quelques gouttes d'acide sulfurique ne sont pas venues le transformer en acide carbonique et en sulfate de chaux; au contraire, l'essence du corps vivant réside dans une rénovation constante. Aussi il existe, pendant la vie, dans le corps de l'homme, des substances déjà mortes qui doivent être éliminées par les émonctoires et vous trouverez, dans l'urine de certains malades, des éléments alcaloïdes semblables à ceux que vous trouvez chez le cadavre. Les processus, que nous avons cru n'exister que chez celui-ci, existent aussi chez le vivant.

D'autre part, nous sommes habitués à considérer notre individu comme une unité indissoluble et c'est là une manière de voir absolument trompeuse. Dans notre corps, il existe des parties presque autonomes qui fonctionnent avec une véritable indépendance. Cette indépendance des divers groupements cellulaires est, du reste, d'autant plus accentuée dans l'échelle zoologique, que l'animal appartient à un ordre plus inférieur. Si vous coupez un serpent en plusieurs morceaux, chacun de ces tronçons s'agitera séparément, longtemps après l'opération. Bien plus, chez les lombrics, les hydres, les méduses, chaque tronçon reproduit, au bout d'un certain temps, un animal complet. Mais cette indépendance existe aussi à un moindre degré chez l'homme : Claude Bernard a démontré qu'après la mort, le foie continuait à fabriquer du sucre.

Enfin, chez les rotifères, rien n'est plus facile que de suspendre la vie et de la rappeler ensuite. On sait même qu'en Russie, on transporte des poissons gelés et qu'on leur rend la vie au bout de plusieurs jours en les plongeant dans l'eau au-dessus de 0 degré. C'est ce qui avait fait espérer à Hunter qu'on pourrait prolonger indéfiniment la vie d'un homme, en le soumettant à des congélations successives pendant lesquelles ses organes, ne fonctionnant pas, ne s'useraient pas !

Chez l'homme, on peut vraiment suspendre la vie dans certains organes par l'anesthésie locale.

Mais, ce qui est beaucoup plus intéressant et ce qui vous aidera surtout à comprendre les actes médico-légaux que nous avons à faire sur le cadavre, ainsi que la mort appa-

rente, c'est : 1° la vie de l'hystérique ; 2° les phénomènes d'inhibition.

Je ne veux parler de l'hystérique qu'au point de vue de sa nutrition. Or, vous savez qu'il est un certain nombre de malades qui peuvent simuler l'absence de déjections, de nourriture et de boisson. D'une façon générale, nous pouvons dire qu'il y a simulation. Cependant il est possible qu'une femme n'urine pas plus d'un verre à bordeaux de liquide dans les vingt-quatre heures et ne rende que quelques fragments très petits de matière fécale.

Il y a quelques années, j'avais prié un de mes élèves, M. le docteur Empereur, de faire des expériences sur ce point.

La quantité d'acide carbonique, éliminée par l'une des femmes qu'il a examinées, était à peine le cinquième de ce que l'un de nous peut donner, et la quantité de vapeur d'eau était dans les mêmes proportions.

Ces femmes semblent se rapprocher des animaux hibernants. Je n'ai pas à rechercher la théorie du fait, mais si on le compare aux phénomènes de *somniation* des individus qui dorment quatre ou cinq mois de suite et aux actes vitaux de quelques aliénés, on soupçonne là des réactions chimiques sur lesquelles nous ne sommes pas encore édifiés et qu'il faut probablement attribuer à des alcaloïdes qui se trouvent dans les humeurs.

Si, maintenant, on songe que ces phénomènes de vie latente sont très communs chez les grandes hystériques, on conçoit que les gens qui les entourent aient pu se méprendre sur cet état et laisser faire une inhumation prématurée.

Le deuxième fait a été bien mis en lumière par M. Brown-Séquard, sous le nom d'*inhibition*, qui est synonyme de suppression d'une fonction. Voici comment les choses se passent : sous l'influence d'une excitation morale ou physique, la vie peut être suspendue subitement, à la suite de phénomènes dont l'interprétation a été tentée par M. Brown-Séquard.

Vous savez quel est le mécanisme des actes réflexes. Dans notre vie, nous en sommes constamment la proie : je parle, je fais des gestes, je marche en évitant les inégalités du terrain ; si je jouais du piano je ferais avec mes doigts des exercices très compliqués ; autant d'actes réflexes.

Pour M. Brown-Séquard, les centres nerveux réflexes sont associés entre eux par des filets intercentraux, si bien que lorsqu'un de ces centres reçoit une excitation, il se produit dans tout l'organisme une sorte de diffusion de cette excitation locale. Exemple : dans l'éternuement l'excitation de la membrane pituitaire ébranle, en effet, tout l'organisme.

Or, entre le centre cardiaque et le centre bulbaire se trouve le nerf pneumogastrique : il suffit d'une excitation violente sur le bulbe ou sur le pneumogastrique pour que le cœur s'arrête. Vous excitez un centre, vous annihilez l'autre.

Un phénomène analogue peut se produire à l'estomac : vous excitez violemment le centre cervico-dorsal de la moelle et le nerf splanchnique, les mouvements de l'estomac s'arrêtent aussitôt. Je me rappelle un collègue d'internat qui avait un très bel appétit ; un jour, pendant qu'il mangeait une tartine de foie gras, l'un de nous lui fit la plaisanterie de lui poser un morceau de glace sur la proéminence de la septième cervicale : il rendit immédiatement tout son dîner dans son assiette.

Ces phénomènes sont très importants au point de vue thérapeutique, car si nous connaissions mieux les centres nerveux, nous pourrions diriger nos moyens révulsifs d'une façon bien plus efficace.

Voici un dernier exemple. Vous savez que les artères ont la propriété de se dilater et de se contracter et que c'est de là que vient la rougeur ou la pâleur du visage. Eh bien ! on peut, en excitant la moelle, annihiler la puissance des nerfs vaso-moteurs.

Ces notions vous donnent la clef d'un certain nombre de faits que nous aurons à expliquer en médecine légale.

Il y a quelques années, un prêtre, qui avait causé des scandales par ses rapports avec une femme, fut expulsé, par son évêque, de la paroisse dont il était curé. Au moment où il faisait ses malles, cette femme vient lui dire adieu et tout d'un coup elle tombe morte dans sa chambre. Le médecin légiste a nié la possibilité d'une mort naturelle et le prêtre a été condamné. Ne pourrait-on pas voir là un phénomène d'inhibition ?

Les expériences de M. Brown-Séquard prouvent qu'une excitation du bulbe, du larynx, des testicules, qu'un coup sur le creux de l'estomac peuvent amener l'arrêt du cœur. Nous avons donc un fil conducteur très important dans les cas où nous ne trouvons aucune lésion à l'autopsie.

M. Brown-Séquard pousse plus loin la théorie ; il a déterminé un certain nombre de signes qui peuvent faire reconnaître la mort par inhibition : c'est une mort calme, sans aucuns mouvements convulsifs, et, à l'autopsie, le sang est rouge rutilant, tandis que la mort pas asphyxie s'accompagne de convulsions et le sang du cadavre est noir. Enfin, les animaux tués par inhibition se refroidissent plus rapidement : ceci s'explique par l'absence de phénomènes chimiques.

Je n'accepte pas ces caractères comme définitivement établis. En médecine légale, nous ne sommes pas appelés au moment de la mort et, quand nous arrivons, les caractères indiqués par M. Brown-Séquard ont disparu. Je ne crois pas pouvoir admettre que la différence de coloration du sang suffise pour assigner à la mort telle ou telle cause.

Je me souviens trop de ce qui est arrivé à la théorie de Bichat, qui avait prétendu qu'on mourait toujours par le cœur, par le poumon ou par le cerveau, pour me rallier absolument à la théorie de M. Brown-Séquard. Je ne voudrais pas maintenant professer qu'il n'y a que deux variétés de mort et vous dire : vous mourrez par asphyxie ou par inhibition.

Ce que vous devez retenir pour bien comprendre les études qui vont suivre, c'est qu'une excitation violente dans un point donné du corps peut amener à distance la suspension des actes vitaux, dans tel ou tel organe et dans le cœur en particulier.

Je termine en vous citant, à titre de curiosité, l'exemple du colonel T... qui pouvait à volonté suspendre d'une façon absolue les battements de son cœur. Il a fait l'expérience en présence de deux médecins qui ont pris toutes les précautions possibles et qui n'ont rien vu et rien entendu pendant une demi-heure. Mais un jour, il s'est ainsi endormi pour ne plus se réveiller, volontairement ou involontairement, je ne sais pas. Il y a, au fond de ce phénomène, des prédispositions individuelles dont nous ne connaissons pas les mystères.

SUTURE PRIMITIVE ET SECONDAIRE

DE L'URÈTHRE ET DU PÉRINÉE, APRÈS URÉTHROTOMIE EXTERNE

Par M. Kirmisson, chirurgien des hôpitaux.

J'ai pratiqué trois fois la suture primitive et la suture secondaire de l'urèthre et du périnée dans les circonstances suivantes. Ma première observation a trait à un homme de cinquante-quatre ans, atteint d'un rétrécissement uréthral, d'origine blennorrhagique, depuis une vingtaine d'années. Dans ces derniers temps, la sonde avait permis de constater l'existence de concrétions calcaires dans l'intérieur de l'urèthre, outre un rétrécissement de la région bulbaire. En septembre dernier, j'ai fait l'uréthrotomie externe, et j'ai extrait successivement du bout postérieur sept calculs, du volume d'une noisette. Le rétrécissement fut ensuite incisé à l'aide de l'uréthrotome de Civiale, et une suture à étage fut pratiquée sur l'urèthre et le périnée, une sonde laissée à demeure dans le canal. Réunion immédiate profonde, et guérison rapide malgré quelques gouttelettes de pus au niveau des sutures superficielles.

Dans deux autres cas, j'ai appliqué à la réunion de l'urèthre et du périnée la suture immédiate secondaire. L'un de ces malades, âgé de vingt ans, était atteint d'un rétrécissement uréthral traumatique et d'une fistule périnéale, livrant passage à presque toute l'urine. Le rétrécissement étant infranchissable, j'ai fait, neuf mois après l'accident, l'uréthrotomie externe sans conducteur; puis, le trajet fistuleux étant lui-même incisé, j'ai laissé bourgeonner les incisions périnéales pendant une douzaine de jours, au bout desquels j'ai procédé à la suture secondaire, sans comprendre l'urèthre dans cette suture. La réunion fut rapidement obtenue, sauf dans un point, où l'on voyait encore sourdre quelques gouttes d'urine. Mais, quelque temps après, tout écoulement disparaissait à la suite de la dilatation du canal, et guérison entière était acquise.

Chez un troisième malade, j'ai tenté la réunion secondaire du périnée, mais sans succès. Il s'agissait d'un homme de quarante-six ans, porteur d'un rétrécissement de l'urèthre, compliqué d'une double pyélo-néphrite, à la suite d'une uréthrotomie externe. La plaie périnéale ne s'était pas cicatrisée; une première tentative de suture secondaire avait été tentée en vain en avril 1888, par M. Hallé; en novembre de la même année, je l'ai renouvelée sans obtenir un meilleur résultat, et je crois que chez ce malade, pisseur de pus, l'échec doit être mis sur le compte de l'état général très peu satisfaisant.

MÉCANISME DE DILATATION DE L'ORIFICE UTÉRIN

DANS L'ACCOUCHEMENT.

Par M. le docteur J. Girin, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

L'utérus gravide, étant un muscle creux, ne peut se contracter, sans qu'il en résulte, immédiatement et nécessairement pour ses parois, deux variations d'étendue corrélatives : augmentation de leur épaisseur ; diminution de leur surface interne. La réalisation de la première condition est facile à comprendre. Elle rentre dans les propriétés générales du tissu musculaire. Quant à la seconde, elle peut s'effectuer de deux manières bien différentes, avec ou sans diminution proportionnelle de la capacité cavitaire. A l'origine du travail, il peut suffire que l'utérus modifie sa forme géométrique ; qu'il perde la forme ovoïde et prenne la forme sphérique, qui représente, pour un volume donné, la surface minimum. Il n'est pas douteux que l'utérus, en se contractant, ne tende à prendre cette dernière forme. Mais il ne peut la réaliser, et son effort est promptement limité par l'irréductibilité de forme du fœtus, également ovoïde. La contraction utérine ne tarde donc pas à produire un troisième effet, qui est la diminution de la capacité cavitaire.

La cavité utérine contenant l'œuf fœtal, la diminution de sa capacité entraînerait forcément une diminution correspondante du volume de ce dernier. Or, le fœtus et le liquide amniotique sont incompressibles. Les conclusions suivantes s'imposent donc :

1° La contraction totale de l'utérus est impossible ;

2° Sa contraction ne peut être que partielle, et la contraction d'une partie de l'organe s'accompagne nécessairement de la dilatation proportionnelle d'une autre partie.

En raison de sa conformation anatomique que des travaux assez récents ont fait connaître, l'utérus gravide se prête admirablement bien à ces variations en sens inverse, à une contraction et à une dilatation simultanées. Il comprend, en effet, deux zones, ou sections très inégales, réunies au niveau de l'anneau de Bandl ou cercle utérin : l'une, dite segment inférieur, à parois minces (5, 4 et 2 millimètres d'épaisseur), occupant une hauteur de 4 à 5 centimètres au-dessus de l'orifice interne ; l'autre, beaucoup plus considérable, dite corps de l'utérus, à parois épaisses de 10 à 12 millimètres (1).

Au moment où l'incitation motrice lui parvient, la fibre musculaire se contracte dans tous les points de l'utérus. Mais l'intensité de l'effort, pour chaque région, est en rapport direct avec sa richesse en fibres contractiles, richesse subordonnée à deux éléments : l'étendue superficielle et l'épaisseur de la paroi dans la région considérée. Si, par la pensée, nous comparons, au point de vue fonctionnel, le corps de l'utérus et le segment inférieur, il est évident que la contraction du premier, ample et épais, est beaucoup plus puissante que celle du second, formant une calotte sphérique, étroite et mince ; que l'œuf fœtal supporte des pressions très inégales ; que la paroi du segment inférieur, sollicitée, dans un sens, par la contraction de ses fibres musculaires et, dans le sens opposé, par la pression de l'œuf, que celui-ci reçoit de la contraction totale du corps de la matrice, ne peut rester en équilibre sous l'influence de forces aussi inégales ; qu'elle cesse aussitôt de se contracter ; qu'ensuite, sa tonicité, sa résistance, sont vaincues ; que le fœtus et le liquide amniotique tendent à abandonner le corps de l'utérus pour envahir le segment inférieur.

A chaque douleur, les mêmes phénomènes recommencent. Ils ne rétrocèdent pas complètement dans l'intervalle des contractions. Les résultats deviennent acquis, définitifs ; ils s'ajoutent, s'accumulent, et la forme de la matrice ne tarde pas à être profondément modifiée.

C'est d'abord le corps de l'utérus qui devient globuleux, dont les parois acquièrent une épaisseur de 3 à 4 centimètres (2), dont la cavité diminue et qu'abandonnent de plus en plus le fœtus et le liquide amniotique. Le cercle utérin qui, en raison de son épaisseur, de sa richesse en fibres musculaires, est inséparable du corps de l'utérus, mais en constitue brusquement la limite inférieure, obéit au mouvement général de contraction, se rétrécit et s'élève. Ce mouvement d'élévation est constaté cliniquement. « Pendant le travail, le cercle utérin (situé à l'état de repos, dans le plan du détroit supérieur, ou dans un plan un peu inférieur mais parallèle), remonte au-dessus du détroit, à deux

(1) Demelin. Du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1164.

(2) Demelin. Loc. cit., p. 1163

ou trois travers de doigt de la symphyse pubienne. La force contractile, active du corps de la matrice, a une influence directe sur le cercle utérin, pour l'attirer en haut (1). »

Mais, c'est le segment inférieur qui subit la transformation la plus considérable. A l'origine du travail, il constituait une simple calotte sphérique, sans ligne de démarcation à sa base, ayant, à son sommet ou pôle, l'orifice fermé du col, et haut de 4 à 5 centimètres, c'est-à-dire représentant la septième ou sixième partie seulement du grand axe utérin. Sous l'influence de la poussée énergique du fœtus et du liquide amniotique, déterminée par la contraction du corps de l'utérus, la paroi du segment inférieur a cédé, s'est laissée distendre et amincir; son volume et sa capacité ont considérablement augmenté. Calotte à peu près sphérique à l'origine, il conserve cette forme géométrique, ou s'en rapproche davantage; car c'est la forme la plus favorable, la forme parfaite, celle qui permet la plus grande capacité intérieure, avec la moindre surface limitante, la moindre distension des parois. La limite supérieure, qui est le cercle utérin, partage la contraction générale du corps de l'utérus et, loin de se laisser distendre, se trouve énergiquement resserrée. Il en résulte que le segment inférieur, très augmenté de volume, est séparé du corps utérin par un étranglement et que l'organe entier prend la forme d'un sablier. Cette transformation est appréciable directement à la vue et au toucher, lorsque, en vertu d'un obstacle à l'engagement, tel que le rétrécissement du détroit supérieur, l'utérus et l'œuf restent, pendant le travail, contenus en totalité dans la grande cavité abdominale. « L'utérus peut présenter, au niveau de l'hypogastre, une sorte de sillon, de ligne transversale, visible et palpable à travers la paroi abdominale antérieure. Il correspond au cercle utérin. L'utérus, alors, a la forme d'un sablier, d'un huit de chiffre (2). »

Cette forme de l'utérus, en sablier, doit être considérée comme constante. Elle résulte de sa conformation anatomique et de la nécessité absolue d'une dilatation partielle, compensatrice de la contraction qui se fait autre part. Si elle passe inaperçue, c'est que, dans l'état normal, la portion dilatée et le sillon qui la surmonte occupent le petit bassin et échappent à nos moyens d'investigation.

Le segment inférieur est tapissé par un feuillet du péritoine, mais il lui est faiblement uni (3). Sa dilatation ne se trouve donc nullement gênée de ce côté. En est-il de même à sa face interne, en contact avec l'œuf?

Comme les membranes sont adhérentes à la surface interne de l'utérus, dans toute leur étendue, elles doivent en partager les variations. Au niveau du corps contracté, réduites à un champ d'insertion plus étroit, elles se plissent en tous sens; modification surtout marquée pour le placenta, qui présente des ondulations croisées, avec saillies et dépressions alternatives. Sur le segment inférieur, au contraire, elles sont distendues.

Entre ces deux régions des membranes, il n'existe pas de séparation nette, tranchée, comme celle que le cercle utérin constitue pour les deux zones correspondantes de l'utérus. Il ne saurait donc y avoir de portions de membranes plissées, tout à côté de portions distendues. La distension directe des membranes sur le segment inférieur a pour effet de déplisser ces mêmes membranes dans leurs portions adjacentes. Ce déplissement entraîne la rupture des adhérences entre l'œuf et l'utérus, rupture qui commence au niveau du cercle utérin, pour remonter de proche en proche et se propager jusqu'à la circonférence du placenta, dont l'insertion est plus solide et qui résiste généralement. Lorsque l'orifice utérin commence à se dilater, la rupture des adhérences se fait également à son voisinage et permet aux parois utérines de glisser, de remonter, sur le pôle inférieur de l'œuf.

Il faut se rappeler, qu'aussi longtemps que les membranes sont intactes, le volume de l'œuf incompressible reste constant. La constance du volume n'entraîne pas celle de la surface limitante. Il y a d'abord une diminution directe de celle-ci, par le fait seul du plissement du placenta. Les membranes doivent donc subir un premier degré de distension compensatrice. En outre, elles s'éloignent de plus en plus de la forme sphérique, perdent la forme ovoïde et prennent, absolument comme l'utérus, la forme d'un sablier. Cette transformation amène une augmentation progressive de l'œuf en surface, et les membranes qui limitent cette surface éprouvent une distension de plus en plus forte. Leur résistance a des limites. Quand elles sont atteintes, les membranes se déchirent et la rupture se fait, en général, à la partie la moins résistante, celle qui n'est pas doublée par les parois utérines, au niveau de la poche des eaux.

L'opinion qui reconnaît, à cette portion des membranes, une part prépondérante dans la dilatation de l'orifice utérin, qui compare l'action de la poche des eaux à celle d'un « coin pénétrant à travers l'orifice et écartant directement ses bords qu'elle parvient à dilater »; ou qui le considère comme « irritant les nerfs du col et déterminant, par voie réflexe, la contraction des fibres musculaires du corps de l'utérus (1) », est universellement admise. Si elle est exacte, l'action de la poche doit être d'autant plus efficace, que celle-ci est plus saillante. Il n'en est rien. Le mot, déjà ancien, de la mère de Mme Lachapelle : « Je ne crains pas les eaux plates », est toujours vrai. Dans la généralité des cas, la poche est très peu saillante au moment de la contraction, et, souvent, le liquide qui la remplit est en si petite quantité, qu'à la rupture, il s'en écoule seulement quelques gouttes. D'un autre côté, si la poche est un agent efficace de dilatation, l'ouverture de l'orifice utérin sera retardée toutes les fois que la poche manquera, que les membranes auront été prématurément rompues. Or, la statistique de Garipuy, comprenant 2000 observations de la clinique d'accouchements de Paris, dans lesquelles la rupture fut toutes les fois notée et se produisit 308 fois prématurément, à une époque très variable du travail, mais principalement dès l'apparition des premières douleurs, démontre, à l'encontre de l'opinion admise, que cette rupture prématurée, loin de ralentir le travail, le rend plus rapide (2).

Il existe donc des faits cliniques bien observés qui s'accordent mal avec la théorie admise. Il est certain que la dilatation de l'orifice, à ses commencements, est tout à fait indépendante de la poche des eaux, puisque, par définition même, celle-ci n'existe pas encore et que sa formation suppose une dilatation assez avancée. La poche ne pourrait donc que continuer et achever la dilatation. Ainsi réduit,

(1) DEMELIN. Loc. cit., p. 1164.
(2) DEMELIN. Loc. cit., p. 1165.
(3) DEMELIN. Loc. cit., p. 1162.

(1) TARNIER et CHANTREUIL. *Traité de l'art des accouchements*, t. Ier, 1882, p. 596.
(2) TARNIER et CHANTREUIL. Loc. cit., p. 606.

son rôle est encore exagéré. Non seulement, elle ne produit pas activement l'écartement des bords de l'orifice, mais elle ne concourt nullement à maintenir cet écartement et n'a pas même un rôle purement passif, puisque l'écartement persiste et même augmente, après déchirure des membranes et suppression de la poche des eaux. La cause de la dilatation ne réside donc pas dans l'espace libre, mais audessus, dans les parois mêmes du segment inférieur. Il faut considérer la circonférence de l'orifice, non comme refoulée de dedans en dehors, mais comme attirée de bas en haut.

On peut aller plus loin et soutenir que la formation de la poche des eaux est défavorable à la dilatation directe de l'orifice, parce qu'elle absorbe, en pure perte, une partie du travail utérin.

Afin de simplifier, nous considérerons exclusivement le cas d'une présentation du sommet, qui, du reste, est le plus général et dans lequel la dilatation marche avec le plus de régularité.

A la fin de la gestation, le fœtus, devenu plus dense que le liquide amniotique, tombe sur le pôle cervical et, par la surface convexe de son sommet, vient en contact avec la surface concave du segment inférieur. Les surfaces du contenant et du contenu étant à peu près parallèles, le contact présente une certaine étendue superficielle, qui ne peut qu'augmenter au moment de la contraction utérine, alors que le fœtus tend à être chassé de la cavité du corps dans celle du segment inférieur. Le contact peut intéresser les bords de l'orifice et, dans ce cas, le liquide amniotique manque à ce niveau et les membranes ne forment pas de poche. En général, il n'en est pas ainsi. La poche des eaux existe, et la surface du contact, au lieu d'être une calotte, devient une zone sphérique, au sens géométrique du mot, plus ou moins large. Le contact est alors parfait, l'adhérence solide et le sommet fœtal remplit exactement le rôle d'une de ces soupapes dites coniques, laquelle empêche le liquide amniotique, situé en amont, de parvenir jusqu'à la poche des eaux ou de s'écouler au dehors, lorsque les membranes ont été rompues. Dans ce dernier cas, « la tête, en s'appuyant sur lui (l'orifice utérin), l'obture si bien que le liquide amniotique ne peut s'écouler et, pour lui livrer passage, on est obligé de soulever la tête avec le doigt (1) ».

Que les membranes soient restées intactes ou non, le liquide amniotique, chassé par la contraction du corps utérin de sa cavité dans celle du segment inférieur, s'y accumule entre ses parois et la tête fœtale. La contraction musculaire donne, à ce liquide, une force de pression analogue à celle que le coup de piston procure au liquide d'une presse hydraulique. L'intensité de cette pression a une valeur qui a été déterminée, expérimentalement, pour le moment de la dilatation complète et de la rupture spontanée des membranes. Cette valeur moyenne, par centimètre carré, a été trouvée égale à 80 grammes environ par Poppel ; à 80 grammes également par Duncan et à 130 grammes par M. Ribemont (2).

Sollicitées de dedans en dehors par une pression normale à leur surface, égale à 80 ou 130 grammes pour chaque centimètre carré de leur superficie, les parois du segment inférieur se laissent distendre et, par suite, amincir ; perdent ainsi leurs propriétés de muscle plat contractile, pour revêtir exclusivement les caractères d'une membrane élastique, extensible. Elles peuvent être considérées comme formées par l'accolement bord à bord de bandes fusiformes, étroites, dirigées suivant des arcs de méridien, ayant une de leurs extrémités fixe, insérée au cercle utérin qui représente l'équateur, et leur seconde extrémité libre circonscrivant l'orifice utérin qui constitue le pôle.

Sous l'influence de la pression hydraulique qu'elles supportent, ces bandes s'allongent, mais ne peuvent le faire indéfiniment. Bientôt la limite de leur extensibilité est atteinte. L'afflux du liquide amniotique continue, grâce à de nouvelles contractions du corps de la matrice. La cavité du segment inférieur se dilate encore davantage, et la paroi réelle devient trop petite pour la surface agrandie qu'elle ne peut plus recouvrir. Les choses se passent comme si l'extrémité libre de chaque bande se rapprochait de son extrémité fixe. Il n'y a là qu'une apparence. Mais l'écartement, les unes des autres, des extrémités libres des bandes fusiformes est bien réel. Il en résulte un espace vide dans la paroi du segment inférieur, lequel, en raison de la disposition symétrique, suivant des arcs de grand cercle, des bandes fusiformes par rapport au pôle, prend une forme également symétrique par rapport à celui-ci, c'est-à-dire une forme régulièrement circulaire, et dont il est le centre.

On peut représenter à la vue le mécanisme de la dilatation de l'orifice utérin par une expérience très simple. Un insufflateur et deux pelotes Gariel, inégales, en constituent le matériel. La pelote la plus petite, que l'on choisira à parois le plus minces possible, est sacrifiée. On coupe le tube à son insertion. Par cet orifice, on introduit un emporte-pièce, destiné à faire dans la paroi un orifice circulaire de quelques millimètres de diamètre, à bords nets. On retire l'emporte-pièce et l'on introduit la seconde pelote, en ayant soin de rétrécir, par des points de suture, l'orifice de la première, de façon à ne conserver que le passage libre du tube de la pelote intérieure. On injecte alors dans celle-ci de l'air ou de l'eau. Les pelotes se distendent à la fois, et l'on voit bientôt le trou à l'emporte-pièce de la pelote extérieure s'agrandir, se dilater à chaque insufflation ou injection.

Bien que, dans cette expérience, la pelote intérieure fasse légèrement hernie à travers le trou à l'emporte-pièce de la pelote extérieure, dira-t-on que cette hernie, cette poche d'air ou d'eau, est l'agent principal de la dilatation ? Évidemment non. C'est la distension générale de la pelote qui détermine l'agrandissement de l'orifice pratiqué dans sa paroi.

Il en est de même pour l'utérus. L'agent de dilatation de son orifice est l'excès de pression qui résulte de l'arrivée forcée, dans la cavité du segment inférieur, de nouveaux éléments qui doivent y trouver place, d'une portion de fœtus de plus en plus considérable, d'une nouvelle quantité de liquide amniotique. Cette pression est en chaque point normale à la paroi. Elle conserve la même direction lorsque l'orifice se dilate et, dans l'espace ouvert correspondant, atteint non plus les parois utérines qui sont écartées, mais les seules membranes jetées, à la manière d'un tablier de pont, sur les bords de l'orifice. Dans ces conditions, elle ne peut avoir à ce niveau qu'un seul effet, la distension directe des membranes. Cette partie de la pression est donc perdue pour la distension des parois utérines et, par suite, pour la dilatation de l'orifice, qui n'est qu'un accident de la distension générale. A mesure que la dilatation progresse, les mêmes caractères s'accusent. La dilatation de l'orifice trouve donc un correctif dans ses effets

(1) Tarnier et Chantreuil. Loc. cit., p. 607.
(2) Tarnier et Chantreuil. Loc. cit., pp. 588 et 589.

mêmes. Il en résulte pour elle une limite qui ne peut être dépassée. Au moment où elle est atteinte, la distension de la poche des eaux peut être à son apogée, et la rupture s'ensuit. Mais, si la poche des eaux résiste alors et que les contractions continuent, la dilatation reste stationnaire.

La conviction obtenue que la poche des eaux n'est pas l'agent essentiel de la dilatation de l'orifice utérin, en dissipant ses scrupules, permet à l'accoucheur d'apprécier plus sainement les indications de la rupture prématurée artificielle des membranes et d'agir, sans crainte de péril imaginaire, et sans encourir, à ses propres yeux, le reproche de précipitation et de témérité. L'indication la moins contestable de la rupture artificielle est, sans contredit, l'hémorrhagie liée à l'insertion vicieuse du placenta. Elle survient lorsque celui-ci répond au segment inférieur, à la portion dilatable, devant être dilatée, de l'utérus, et que, ne pouvant la suivre dans son expansion nécessaire, il s'en sépare après déchirure de leurs adhérences vasculaires. Si les membranes sont alors intactes, le placenta partage leur tension, les sinus restent béants et le sang s'écoule. Si, au contraire, les membranes sont rompues, toute tension cesse dans l'enveloppe de l'œuf, les portions décollées du placenta reviennent sur elles-mêmes, s'affaissent par l'effet de leur propre élasticité; les sinus se ferment et l'hémorrhagie s'arrête.

L'hémorrhagie placentaire semble également possible lorsque l'organe est inséré sur le corps de la matrice, au niveau, ou tout près du cercle utérin. Nous avons vu que leur distension sur le segment inférieur entraîne le déplissement des membranes, au voisinage de ce cercle. S'il atteint le placenta, ce déplissement peut en produire le décollement. La rupture artificielle des membranes remplit alors la véritable indication. Car elle supprime successivement, et de proche en proche, leur distension sur le segment inférieur, la traction exercée sur les portions adjacentes du corps et le déplissement de ces dernières.

Tous les accoucheurs sont d'accord pour rompre, à la dilatation complète, la poche des eaux, lorsque cette rupture ne se fait pas spontanément et que le travail languit. Or, une indication semblable peut se présenter avant toute dilatation de l'orifice, mais après effacement du col. Les douleurs existent, parfois même très pénibles, mais ne sont pas franches et n'aboutissent à rien. Il est d'usage alors d'invoquer un spasme de l'utérus. Il est plus rationnel de songer à une adhérence exagérée de l'œuf avec le segment inférieur, dont les parois doublées, renforcées par des membranes inextensibles et restées adhérentes, paralysent les contractions du corps de la matrice, résistent à la distension et empêchent la dilatation de l'orifice. Il suffit de perforer les membranes pour voir cette dilatation commencer, et le travail, qui traînait depuis plusieurs jours quelquefois, aboutir en quelques heures à un accouchement favorable.

Nous plaçant à un point de vue plus général, nous verrons que l'interposition des membranes entre la partie fœtale qui se présente et la muqueuse utérine, fait obstacle à la cause immédiate déterminante de l'accouchement; qu'elle diminue l'intensité de l'irritation sensible qui, par voie réflexe, doit se transformer en incitation motrice de la fibre musculaire utérine.

Toutes les fois donc que l'inertie utérine sera constatée, quel que soit l'état d'avancement de la dilatation de l'orifice, il faudra se demander si l'inertie est vraiment primitive, essentielle, comme on tend trop à l'admettre actuellement; si elle n'est pas plutôt secondaire, et liée à une insuffisance d'action de la cause excito-motrice des contractions utérines. Dans ce dernier cas, la rupture prématurée artificielle des membranes constitue une précieuse ressource.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur la syphilis vaccinale (1), par M. le professeur Alfred FOURNIER, recueillies par M. le docteur P. PORTALIER.

M. le professeur Fournier continue la série de ses publications sur la syphilis : cette fois il étudie la syphilis vaccinale. C'est un sujet d'un grand intérêt pratique et d'une grande portée sociale.

L'inoculation du virus vaccinal a donné lieu trop souvent à l'inoculation de la syphilis. On a vu de cette façon se produire des épidémies réellement désastreuses. Dans celle de Rivolta, 46 enfants sont vaccinés avec le vaccin d'un enfant syphilitique; 38 contractent ainsi la syphilis. Un de ces enfants fournit à son tour du vaccin à 17 autres enfants; 7 en sont secondairement infectés. A ces inoculations directes, il faut ajouter les inoculations par ricochet, celles qui atteignent les parents, les frères, les sœurs, les nourrices des petits malades. A Rivolta, petit village de la province d'Alexandrie, il y eut en tout 52 personnes contagionnées. Ce n'est pas tout, car cette syphilis des jeunes enfants est souvent fort grave : six mois plus tard, sept d'entre elles avaient succombé! C'est un des exemples les plus terribles de ce que peut produire la syphilis vaccinale.

Avec la vaccination humaine, de bras à bras, le médecin ne peut guère avoir la certitude de ne pas transmettre la syphilis à l'aide de la lancette avec laquelle il inocule le vaccin. L'enfant vaccinifère peut, avec des apparences de santé parfaite, être un syphilitique en puissance. Il peut être atteint de syphilis héréditaire, exempte encore de toute manifestation appréciable. Il peut, sain lui-même jusque-là, avoir reçu un vaccin syphilisé. L'accident primitif d'inoculation, le chancre, n'apparaîtra qu'après quinze jours ou plus, et cependant son vaccin est déjà capable de transmettre la syphilis.

On voit à quelle responsabilité est exposé le vaccinateur qui fait usage d'un vaccin recueilli sur un enfant, à quels dangers sont exposés les vaccinés! Si les dangers sont si grands, même avec un médecin instruit, consciencieux et attentif, que sera-ce avec un praticien moins pourvu de ces qualités?

Ce serait là, il faut l'avouer, un argument sérieux contre l'établissement des vaccinations et revaccinations obligatoires. Heureusement, il y a un moyen de se mettre à l'abri de ces accidents : c'est de se servir exclusivement de vaccin animal. C'est le dernier mot et la conclusion du livre.

On trouvera, au cours de ces leçons, les détails les plus circonstanciés sur le mode de l'inoculation de la syphilis vaccinale, sur les apparences cliniques du chancre vaccinal, sur l'évolution et les conséquences de la syphilis ainsi transmise.

Il n'y a plus à faire l'éloge des qualités éminentes du professeur, à louer la clarté méthodique et pittoresque de ses démonstrations, la forme heureuse des propositions dans lesquelles il formule ses conclusions. L'étude consacrée à la syphilis vaccinale est la suite naturelle des travaux, d'une portée si grande en hygiène sociale aussi bien qu'en pathologie, consacrés successivement par M. Fournier à la syphilis dans le mariage et à la syphilis héréditaire.

Hérédité et alcoolisme (2), par M. le docteur LEGRAIN.

L'ouvrage de M. le docteur Legrain est une importante étude psychologique et clinique sur les dégénérés buveurs et les familles

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.
(2) In-8°. Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

d'ivrognes, qui a été couronnée en 1888, par la Société médico-psychologique.

L'auteur a cherché à bien déterminer les rapports multiples et complexes de l'alcoolisme et de l'hérédité. Comment un héréditaire, un dégénéré se comporte-t-il en présence de l'alcool pris en excès, comment d'autre part se comportent au point de vue intellectuel les descendants des alcooliques? A vrai dire on devient le plus souvent alcoolique parce qu'on est déjà marqué d'une tare héréditaire, parce qu'on est un dégénéré. La spécialisation peut se faire, et certaines familles sont des familles d'ivrognes.

Le plus souvent, il n'en est pas ainsi et les ivrognes se rencontrent dans les familles où l'on observe d'autres expressions de la dégénérescence : on y trouve des bizarres, des impulsifs, des hystériques, des aliénés, des suicidés, etc.

On trouvera étudiés dans ce volume, avec exemples cliniques à l'appui, toutes ces intéressantes questions de dégénérescence et de toxicologie mentales. La généalogie des alcooliques, l'ivresse du prédisposé, le rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme, les formes du délire alcoolique, forme dépressive et forme expansive, le suicide des alcooliques, l'alcoolisme dans ses rapports avec les affections convulsives, l'ivrognerie impulsive, la dipsomanie : tels sont les chapitres principaux de cette étude. On comprend que l'espace nous manque pour en donner une analyse suffisante.

Ceux qu'intéressent ces questions si curieuses à bien des points de vue trouveront, dans le livre de M. le docteur Legrain, un nombre considérable de documents cliniques heureusement utilisés pour mettre en lumière les traits principaux de cette enquête médico-psychologique.

Albert Mathieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation. — Sont déclarés admissibles pour la section d'accouchement, par ordre alphabétique :

Paris : MM. Auvard, Bar et Bonnaire. — Bordeaux : MM. Chambrelant et Rivière. — Lille : MM. Bureau et Turgard.

La première épreuve définitive (leçon orale de une heure après quarante-huit heures de préparation libre) a commencé aujourd'hui lundi 8 avril, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Séance du lundi 8 avril : M. Villar : « Des accidents éloignés des fractures de la colonne vertébrale. » — M. Genevez-Montaz : « Des complications infectieuses de la blennorrhagie. »

Séance du mardi 9 : M. Tuffier : « Des accidents fébriles consécutifs aux manœuvres sur les voies urinaires. » — M. Nélaton : « Des théories anciennes et récentes de la pyogénie. »

— Les concours pour les places de médecin et chirurgiens près l'infirmerie de Saint-Lazare, viennent de se terminer par les nominations suivantes :

1° *Médecin* : M. Barthélemy; — 2° *Chirurgiens titulaires* : MM. Jullien et Verchère; — 3° *Chirurgien suppléant* : M. Ozenne.

Nos lecteurs salueront au passage les noms de MM. Verchère et Ozenne, dont ils ont pu lire, dans notre journal, les intéressantes « Revues Générales ».

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Condamin est nommé prosecteur de la Faculté.

— *Corps de santé de la marine.* — M. le médecin de première classe Aubry, du port de Cherbourg, est désigné pour remplacer M. Hervé qui terminera prochainement la période réglementaire d'embarquement.

MM. le médecin de deuxième classe Legendre et les pharmaciens de deuxième classe Spéder et Vignoli sont désignés pour aller servir, les deux premiers, à la Nouvelle-Calédonie, et le troisième à Tahiti, en remplacement de MM. Dubois (Epaminondas), Bec et Leray, qui termineront prochainement la période réglementaire de séjour colonial et qui sont rattachés le premier à Cherbourg, le second à Rochefort et le troisième au Tonkin.

M. Duval, médecin de première classe de la marine, est nommé professeur de médecine opératoire et de physiologie à l'École de médecine navale de Rochefort.

M. le pharmacien principal Porte, détaché, hors cadres, à l'administration des colonies, est réintégré dans le service actif du corps de santé de la marine et appelé à servir à la Nouvelle-Calédonie, en remplacement de M. le pharmacien de première classe Perrimond-Tronchet, chargé provisoirement des fonctions de chef du service pharmaceutique à Nouméa.

— M. le docteur Chambard est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Pierrefeu.

M. le docteur Kéraval est nommé médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Ville-Évrard.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Devars (de Barcelonette).

— Le maire de Marseille vient d'interdire les séances publiques d'hypnotisme et de suggestion.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

99

LIQUEUR MARIANI À LA TERPINE ET À LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

Dose : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

56

PASTILLES MARIANI A LA COCA

ET AU CHLORHYDRATE DE COCAINE

Les propriétés toniques de la COCA, unies aux propriétés analgésiantes et anesthésiques de la COCAINE, font de ces pastilles le médicament le plus rationnel pour combattre les affections des voies respiratoires et digestives.

Ces pastilles renferment : 10 *centigr. d'extrait de Coca et 2 milligr. de chlorhydrate de Cocaïne.*

Dose : 6 à 8 pastilles par jour.

Mariani, phien, 41, Brd Haussmann et ttes Phies.

67

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1o La gaze antiseptique **0 fr. 50** le mètre; 2o le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1 fr. 25** le flacon; 3o le taffetas dit *protective*, **1 fr. 25** le mètre; 4o le macintosh, **5 fr.**

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

92

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie Champigny, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

23

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

Une innocuité complète, une efficacité parfaitement constatée dans les *Rhumes, Bronchites* et la *Grippe*, ont assuré au **Sirop d'Aubergier** une vogue immense.

(*Formulaire* Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 26e édit.)

Ce **Sirop** est une des rares préparations qui pourront être employées dans la médication infantile.

(Drs Gubler, Debout, Jules Simon.)

Paris, Comar et Cie, 28, rue Saint-Claude, Paris.

35

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les

Affections aiguës et chroniques de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

Dosage : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes.

Phie Pelisse, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

58

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

42

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — **Prix : 6 fr.**

Phie Limousin ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

74

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents.*

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

41

PASTILLES DE DETHAN

AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse)

Contre les maux de gorge, angines, extinction de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

DETHAN, r. Baudin, 23, Paris, et ttes pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de i urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

69

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Éch. fo.)

15

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

(Quinquina, pyrophosphate de fer écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : J.-B. Bosredon aîné, Brive (Corrèze).

86

LES BONBONS DE FER DIASTASÉ

du Dr V. BAUD

CONTIENNENT 1 CENTIGR. 1/2 DE CITRATE DE FER

Le nouveau mode de préparation que nous appliquons au **Fer,** accroît beaucoup son efficacité curative et fait disparaître les actions locales irritantes de sa forme chimique, en lui substituant une loi de la nature, qui le rend plus apte à exercer sans troubles son action digestive et d'assimilation.

Notre méthode consiste à provoquer un mouvement de germination dans la graine de cresson; à obtenir qu'elle absorbe et assimile une solution médicamenteuse titrée. Pendant ce travail vital, elle développe une abondante diastase, principe de la salive et de la digestion.

Reste à dragéifier ces graines en évitant de compromettre les principes diastasiques, et, selon l'expression du savant **Bouchardat,** le malade peut avaler son médicament dans son laboratoire. (*Voir la brochure*).

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

Dr V. Baud

42

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer,**

Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

N° 43. — JEUDI 11 AVRIL 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 11 AVRIL 1889. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les poêles mobiles ont encore occupé la plus grande partie de la séance. M. Laborde a terminé la communication qu'il avait commencée la dernière fois. Se plaçant sur le terrain expérimental, il en a tiré des conclusions thérapeutiques intéressantes. Mais, ainsi que le lui a fait observer M. Lancereaux et que nous le disions nous-même dans notre dernier article, le traitement par la transfusion artérielle qu'il propose est plus physiologique que pratique.

M. Féréol, dans une de ces notes aussi bien dites que bien écrites dont il a le secret, a plaidé la cause des frileux et, tout en reconnaissant les dangers des poêles mobiles, s'est étendu avec complaisance sur un de leurs avantages qui paraît avoir, à ses yeux, une grande valeur, celui de produire constamment une bonne chaleur.

Cette qualité, si précieuse qu'elle soit, compense-t-elle le risque de l'asphyxie? C'est peut-être pousser un peu loin l'amour de la chaleur.

Quoi qu'il en soit, si M. Féréol se sépare complètement de M. Lancereaux relativement à sa première conclusion, il est tout à fait d'accord avec lui sur la nécessité d'éclairer la population sur les dangers que présentent ces appareils de chauffage à combustion lente, d'indiquer les précautions à prendre et de s'assurer surtout du bon fonctionnement des cheminées, point capital, et sur lequel tout le monde est d'accord.

L'antipyrine, ou mieux l'analgésine, est revenue sur le tapis, ramenée par M. Panas, qui en a vanté les bons effets dans le traitement du diabète. Il en est résulté une petite discussion qui menaçait d'occuper toute la séance, si M. le Président n'y avait mis bon ordre.

Il n'en faut pas moins retenir, de cette discussion, que l'antipyrine peut rendre de grands services à beaucoup de diabétiques, mais cela, ainsi que l'a fait remarquer M. Dujardin-Beaumetz, sans préjudice du traitement hygiénique si bien établi par M. Bouchardat, notre maître à tous en matière de diabète.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Des méfaits du rhumatisme.

C'est à propos de deux malades du service, que je désire appeler votre attention sur les méfaits du rhumatisme, c'est-à-dire sur certains accidents du côté du cœur.

Le premier, est un jeune garçon, employé comme groom aux caves du Grand-Hôtel et comme ouvreur de voitures, allant constamment, par conséquent, de la cave au trottoir et, par suite, constamment aussi soumis à des variations brusques de température.

C'est ainsi qu'il contracta un rhumatisme en novembre dernier, rhumatisme des genoux et des articulations tibio-tarsiennes, fébrile et articulaire, qui le tint au lit pendant un mois.

Au bout de ce temps, il put reprendre ses occupations, mais, quinze jours plus tard, il était repris des mêmes accidents morbides. Il traîna ainsi pendant plusieurs mois, souffrant toujours de douleurs articulaires, jusqu'à il y a vingt-sept jours, où il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

A son arrivée ici, il était très peu fébricitant, la température était de 37°4 ; en somme, il était convalescent de son rhumatisme articulaire aigu ; les douleurs dans les jointures étaient peu prononcées ; mais, par contre, le cœur était frappé. Il était frappé dans sa totalité, frappé d'endocardite, de péricardite, de myocardite et de névricardite.

En effet, voici les phénomènes que nous constations en examinant l'organe central de la circulation : l'application, même légère mais suffisante cependant, de la tête sur la région précordiale, était douloureuse ; donc inflammation du péricarde rayonnant au tissu conjonctif circonvoisin, c'est-à-dire dans les espaces intercostaux. La simple pression des doigts, au niveau de la base, déterminait une vive douleur, plus vive même que celle résultant de l'application de la tête dont je viens de parler ; donc, douleurs des nerfs du cœur, au niveau de la base de cet organe. Il existait aussi une vive douleur lorsque la pression s'exerçait dans le deuxième espace intercostal du côté gauche. En somme, je trouvais donc deux foyers douloureux : 1° un foyer à la base du cœur ; 2° un foyer intercostal.

De plus, si l'on venait à exercer une pression sur le trajet du pneumogastrique gauche, dans la région cervicale, on provoquait aussi une douleur vive. Par contre, toute pression sur le pneumogastrique droit était absolument indolore.

En résumé, il existait donc une fluxion des nerfs cardiaques. Quant à l'auscultation, elle dénotait, tout d'abord, un bruit de frottement superficiel, résultant d'une péricardite sèche; puis, à la pointe, on entendait un bruit de souffle au premier temps, souffle mitral, doux, qui démontrait une phlegmasie de la séreuse, tapissant les cavités du cœur. Les séreuses péricardique et endocardique étaient donc prises toutes deux et l'on se trouvait, chez ce jeune garçon, en face, tout à la fois d'une péricardite sèche — car il n'y avait pas trace d'épanchement dans le péricarde — et d'une endocardite, soit d'une endo-péricardite.

Mais ce n'était pas tout, et j'étais amené à constater aussi que le muscle cardiaque lui-même avait été offensé par la fluxion rhumatismale, ainsi que le démontrait la douleur éprouvée par le malade sous l'influence de la pression au niveau des quatrième, cinquième et sixième espaces intercostaux, c'est-à-dire en plein cœur ; d'où je devais conclure, ainsi que je viens de le dire, à l'envahissement du muscle du ventricule gauche du cœur par la fluxion rhumatismale.

D'ailleurs, les troubles fonctionnels prouvaient également l'existence d'une myocardite. Vous savez que l'endocardite rhumatismale est celle dans laquelle le cœur gauche seul est atteint, laissant le cœur droit indemne ; or, c'était là également ce que j'observais chez mon malade : le myocarde de son cœur gauche était pris et, par suite, fonctionnait mal.

En effet, les troubles fonctionnels du muscle du cœur gauche étaient caractérisés, à l'auscultation, par un dédoublement manifeste du deuxième bruit et par le souffle au premier temps, dont j'ai parlé tout à l'heure. Ce dédoublement du deuxième bruit que signifie-t-il, en réalité ? Qu'il y a défaut de synergie dans la contraction des deux ventricules, dont l'un boite, par rapport à l'autre. J'ajoute que ce dédoublement parfaitement manifeste, évident, lorsque le malade est assis ou couché, c'est-à-dire au repos, disparaît en grande partie ou même en totalité, sous l'influence du mouvement, de la marche, de la locomotion, par suite de l'énergie plus grande qu'exige tout effort de la part du ventricule boiteux, c'est-à-dire du cœur gauche ; car que fait cette énergie du cœur gauche, si ce n'est de rétablir le synchronisme des deux cœurs ?

Enfin, il existait encore un autre trouble fonctionnel, lequel a été révélé, dans la contractilité même du cœur, par le sphygmographe : je veux parler d'un certain degré de trémulation.

Par les divers phénomènes morbides que je viens de vous décrire brièvement, vous voyez combien notre jeune malade a eu son système cardiaque offensé par son attaque de rhumatisme articulaire du mois de novembre de l'année dernière. De tout ceci il résulte, au point de vue du pronostic :

1° Que la péricardite sèche, dont il a été frappé, guérira totalement, sauf peut-être en quelques points, où des plaques laiteuses persisteront ;

2° Que son myocarde guérira probablement aussi, sauf également en certains points peut-être, qui pourront rester granulo-graisseux ;

3° Qu'il conservera, enfin, certainement l'insuffisance mitrale dont il est atteint, laquelle ira en augmentant de plus en plus.

Voici pour le premier malade. Quant au second, c'est une jeune femme, entrée pour un rhumatisme subaigu, à peu près sans fièvre (38 degrés), génital, en ce sens que la malade avait un écoulement blennorrhéique du vagin, écoulement sous l'influence duquel le rhumatisme s'était développé. L'affection avait débuté par une synovite tendineuse au niveau de la patte d'oie, comme cela arrive fréquemment dans le rhumatisme blennorrhéique. A ce moment-là, le cœur était encore parfaitement indemne, les accidents étant très légers et tout à fait apyrétiques ; mais tout à coup, cette malade a été prise, sous nos yeux, de douleurs fort vives ; en même temps, la fièvre s'allumait, la température montait à 38°6 et les deux genoux devenaient le siège d'une fluxion rhumatismale, avec épanchement dans les deux articulations.

A dater de ce moment, le cœur était envahi et je percevais un bruit de souffle très manifeste au premier temps et à la pointe, souffle mitral d'une endocardite naissante. Quarante-huit heures plus tard ce souffle était encore plus accentué. J'ai prescrit immédiatement 4 grammes de salicylate de soude. Aujourd'hui, la fièvre est tombée, la fluxion articulaire a disparu, la douleur également. Le souffle seul persiste.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. Lapervenche, interne des hôpitaux.)

XVI

Arrivons maintenant au troisième cas, celui dans lequel il est impossible d'enlever la tumeur sans enlever en même temps l'utérus en totalité. S'il s'agit d'un fibrome unique, le morcellement se fait sans difficulté par la voie vaginale. Mais s'il est multiple et volumineux, le manuel exige certaines précautions. Voici comment nous procédons.

Après les précautions antiseptiques d'usage, nous mettons à découvert le col de l'utérus au moyen de nos rétrac-

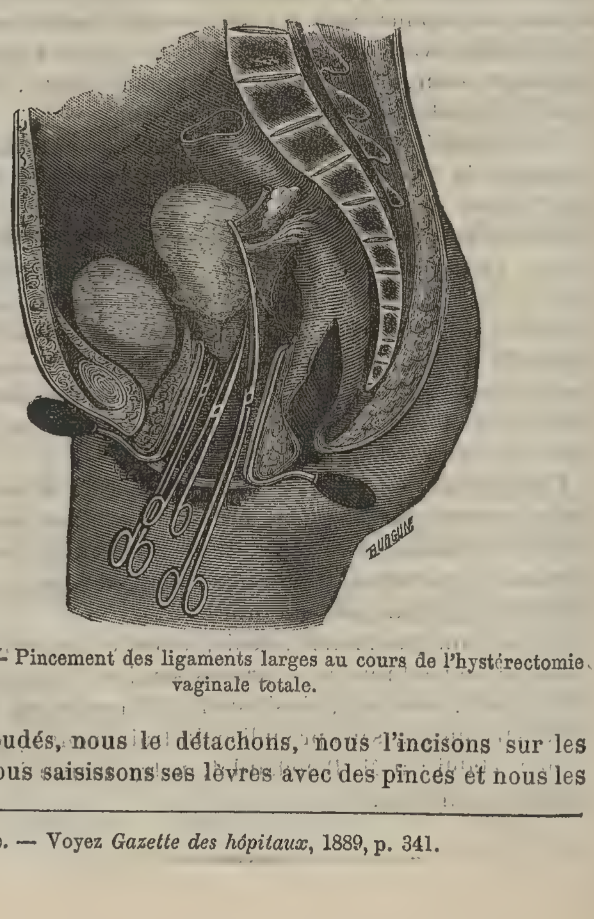


Fig. 30. — Pincement des ligaments larges au cours de l'hystérectomie vaginale totale.

teurs coudés, nous le détachons, nous l'incisons sur les côtés, nous saisissons ses lèvres avec des pinces et nous les

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 341.

attirons près de la vulve. Nous ouvrons ensuite les culs-de-sac antérieur et postérieur du péritoine avec ménagement pour ne pas léser les organes du voisinage. Ce temps de l'opération est facilité par le pincement des ligaments larges (fig. 30). Lorsque, grâce à la dissection, le corps de l'utérus est détaché des parties voisines, il ne reste plus qu'à l'attirer au dehors. Mais les masses qui composent la tumeur empêchent cet abaissement. Il faut les mettre à nu, les inciser et les morceler. Dès que leur volume est réduit, il ne reste plus qu'à faire basculer le fond de l'utérus du côté du vagin et à l'extraire (fig. 31), en ayant soin de mettre

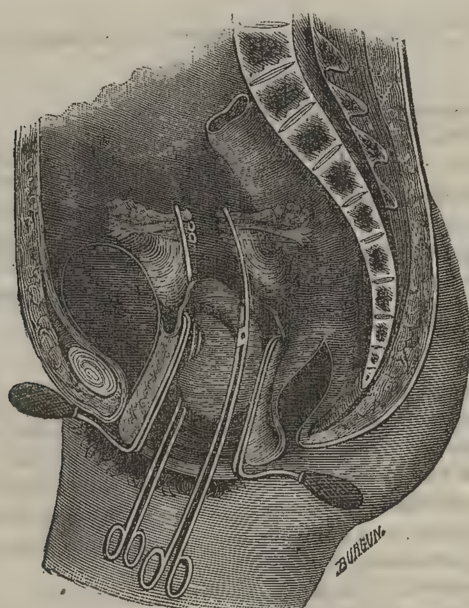


Fig. 31. — Attraction de l'utérus par le vagin, après sa dissection totale.

à demeure quelques pinces sur la partie supérieure des ligaments larges, si cela est nécessaire. L'opération terminée, on tamponne le vagin avec des éponges iodoformées.

Les chirurgiens s'accordent aujourd'hui à reconnaître que nous avons fait le premier le pincement préventif temporaire et définitif au cours de l'hystérectomie vaginale partielle ou totale.

Ayant appris avec étonnement qu'un seul confrère des plus distingués avait attribué cette méthode à M. Richelot, malgré la communication que nous avons faite à l'Académie de médecine de nos hystérotomies vaginales totales, nous lui avons fait écrire pour lui demander quelle était la cause de son erreur, et voici la réponse qu'il a bien voulu nous faire parvenir.

Berlin, le 27 avril 1888.

Mon cher confrère,

Je vous suis très reconnaissant de la communication et de la rectification que vous m'avez faite au sujet de la priorité de M. Péan dans l'hystérotomie vaginale avec abandon des pinces dans le vagin.

Je me suis pour le moment empressé de mentionner M. Péan dans une communication qui paraitra prochainement dans la *Berliner Klinische Wochenschrift*.

D'une communication de M. le docteur Doléris (*Archives de tocologie*), j'ai conclu que M. Richelot était le premier qui ait employé les pinces dans l'hystérotomie vaginale. Je regrette beaucoup de ne pas avoir pu me procurer ici le *Bulletin de l'Académie* dont vous parlez dans votre lettre, et je vous serais infiniment reconnaissant si vous vouliez bien me faire parvenir une copie des observations dont vous parlez et qui prouvent que M. Péan a fait cette opération avant M. Richelot.

Lorsque j'aurai la conviction que c'est à M. Péan que revient le mérite de l'application de la méthode en question, je ne manquerai pas de rectifier mon erreur et de blâmer le procédé des chirurgiens qui cherchent à se parer des inventions qui ne leur appartiennent pas.

Agréez, etc.

Dr L. Landau.

Outre les trois variétés de fibromes que nous venons d'examiner, il en est une autre en présence de laquelle le chirurgien peut se trouver et pour laquelle le morcellement rend également de grands services. Nous voulons parler de l'inversion complète du fond de l'utérus produite par ces sortes de tumeurs. En voici un exemple :

Obs. XVIII. — Mme X..., âgée de cinquante-six ans, est épuisée par des métrorrhagies qui, à plusieurs reprises, ont failli causer la mort par syncope.

Plusieurs confrères de Tours ayant reconnu que ces pertes sanguines étaient dues à la présence d'un gros fibro-myome



Fig. 32. — Ablation d'un grand fibrome compliqué d'inversion utérine par le pincement et le morcellement combinés.

inclus dans la cavité utérine, le saisissent avec un forceps et tâchent de l'attirer dans le vagin. Sous l'influence de ces tractions, le corps fibreux sort brusquement à la vulve, entraînant le fond de l'utérus en inversion. Appelé à cette époque, je place deux fortes pinces à mors longs et courbes au-dessus de la tumeur, sur le fond de l'utérus inversé, puis, avec le bistouri, nous l'enlevons par morcellement jusqu'à son point d'implantation. A ce niveau, nous taillons les tissus en V de façon à pouvoir les réunir au-dessous des pinces par des anses séparées de catgut. Cette réunion faite, nous réduisons le moignon sans difficulté. Grâce à ce procédé, l'opération est exécutée en quelques minutes et suivie d'un résultat heureux (fig. 32).

Comme vous le voyez, le morcellement et le pincement ont permis de conduire toutes ces opérations à bonne fin, sans perte de sang, condition indispensable chez les malades qui les portaient et qui, la plupart du temps, étaient très anémiées.

Lorsque les tumeurs du col ou du corps de l'utérus sont malignes, cancéreuses par exemple, ce qui est fréquent, c'est moins le volume de la tumeur que l'envahissement des parties voisines et la friabilité des tissus qui rend le morcellement nécessaire. S'il est facile par tous les procédés d'enlever un épithélioma limité au col, il n'en est pas de même lorsque le néoplasme envahit en même temps le corps, les culs-de-sac vaginaux, et rend les tissus tellement friables qu'ils se déchirent sous la moindre traction, ou bien lorsqu'il s'agit d'un volumineux sarcome. En pareil cas, le morcellement rend les plus grands services. Pour l'exécuter, nous avons fait construire, en 1860, par Mathieu père, un cautère actuel, en platine, dont l'extrémité terminale a la forme d'une petite cuiller à bords tranchants. Grâce à cette conformation et à la température élevée qu'atteint le platine porté au rouge blanc, nous réséquons aisément le col par morcellement jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux. Si le mal se propage plus haut, du côté du corps ou des ligaments larges, nous poursuivons le morcellement de ce côté, au risque d'ouvrir la séreuse péritonéale (fig. 33). Si, au cours de l'opération, nous reconnaissons que le corps est envahi dans toute sa hauteur, nous l'enlevons avec le bistouri après avoir pincé les ligaments larges L'opération terminée, nous pansons comme s'il s'agissait d'une plaie simple. Les jours suivants les eschares des parties cautérisées s'éliminent.



FIG. 33. — Ablation par morcellement, au moyen de notre cautère en platine à mors tranchants, d'un utérus cancéreux.

Il est à remarquer que ce procédé de morcellement nous a donné des guérisons promptes, parfois exemptes de récidive, et n'a jamais amené d'accidents. Aussi, nous n'avons pas voulu le passer sous silence, bien qu'aujourd'hui nous accordions la préférence à l'ablation partielle ou totale de l'utérus cancéreux faite avec le bistouri.

Nous venons de parler des tumeurs bénignes ou malignes de l'utérus dont le volume, peu considérable, permet l'ablation par la voie vaginale. Celle-ci, vous le savez, ne convient pas pour l'ablation des grandes tumeurs qui exige la voie abdominale. Or, il est à remarquer, en ce qui concerne les fibro-myomes du corps de l'utérus, que nous les avons extraits par cette dernière voie, qui est de beaucoup la plus dangereuse, longtemps avant de les aborder par le vagin, ce qui tient à ce que notre méthode de morcellement et de pincement n'avait pas encore porté ses fruits et à ce que nous n'hésitons pas à intervenir avant que leur volume les rende incompatibles avec la vie.

Nous avons décrit, dans notre *Traité d'hystérectomie* fait en collaboration avec Urdy, la méthode de morcellement que nous avons imaginée pour l'ablation de ces grandes tumeurs ; nous y reviendrons dans la prochaine leçon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 avril 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le ministre de l'Instruction publique annonçant qu'il a adressé au ministre de l'Intérieur le rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur la rage, en lui recommandant la proposition votée par l'Académie dans sa séance du 19 mars, et le priant de prescrire l'application rigoureuse de la loi de 1881 ;

2° Une lettre de candidature de M. le professeur Semmola (de Naples), comme membre correspondant étranger.

PRÉSENTATIONS

Traitement du prolapsus rectal. — M. VERNEUIL présente une note de M. Jeannel sur un nouveau mode de traitement du prolapsus rectal, appliqué sur une femme ayant un prolapsus invaginé du rectum, saillant au dehors de 10 centimètres, difficilement réductible et accompagné d'incontinence fécale, un prolapsus utérin, une cystocèle avec incontinence d'urine.

Voici les différents temps de ce procédé :

1° Recherche de l'S iliaque par l'incision de Little, et réduction du prolapsus à l'aide de tractions exercées de bas en haut sur le côlon ; colopexie ou fixation du côlon à la paroi abdominale, en exécutant rigoureusement le premier temps de la colotomie iliaque en deux temps ; la portion du côlon ainsi fut choisie aussi rapprochée que possible de l'anus ;

2° Deuxième temps de la colotomie, c'est-à-dire ouverture du côlon pour la création d'un anus artificiel temporaire ;

3° Plus tard, lorsque l'opérée sera reposée de ces deux premiers actes, électrisation du sphincter, du releveur de l'anus et du rectum pour chercher à prévenir l'incontinence fécale future ;

4° Plus tard encore, si l'anus ne se refermait pas tout seul, on fermerait l'anus artificiel par une opération autoplastique.

La malade fut opérée le 6 février ; le 4 avril elle se porte très bien, rend des matières par ses deux anus, son prolapsus est guéri, et son anus artificiel notablement rétréci. Le moment approche où l'on songera à la fermeture de cet anus.

COMMUNICATION

Action thérapeutique de l'antipyrine dans la glycosurie. — M. PANAS communique deux cas de diabète avec cataracte, dans lesquels il a employé l'antipyrine.

De ces observations il ressort clairement que :

1° L'antipyrine jouit d'une action antiglycogène efficace et prompte ;

2° Elle réussit là où les autres moyens échouent ;

3° La dose doit être de 3 grammes au moins au début ;

4° Cette action se fait sentir même quand on permet au malade une certaine proportion de féculents.

M. GERMAIN SÉE dit que l'antipyrine, comme l'ont démontré les recherches de M. A. Robin, diminue la sécrétion urinaire, modère les échanges nutritifs, abaisse la production de l'urée tandis qu'elle augmente celle de l'acide urique. Ces propriétés ont permis d'employer ce médicament dans la polyurie (Huchard), et toutes les fois qu'on voulait ralentir des échanges nutritifs. Il est difficile, alors, d'expliquer ses bons effets dans le diabète, si

l'on admet la théorie de M. Bouchard, qui considère le diabète comme une maladie par ralentissement de la nutrition. C'est pourquoi M. Sée considère cette théorie comme erronée.

Il n'y a pas, comme le pense M. Bouchard, un arrêt dans la destruction du glucose, mais plutôt une production exagérée de ce glucose, sous l'influence d'une excitation du système nerveux.

Si l'on admet cette pathogénie, il en découle deux conséquences, à savoir l'utilité des modérateurs du système nerveux d'une part, l'antipyrine, en particulier, et d'autre part la nécessité de tarir une des sources de la glycogénie en réduisant les féculents au minimum et en prescrivant les régimes carné et graisseux au maximum.

M. Sée a traité dix-huit diabétiques en se basant sur ces principes. Les résultats ont été variables selon que le diabète était marqué par un chiffre extrême ou modéré, selon qu'il s'agissait d'un individu robuste ou d'un malade amaigri, selon enfin que le diabétique était frappé ou non de tuberculose.

On a fait à ce traitement quatre genres d'objections :

1° L'antipyrine irrite les reins et détermine une albuminurie. — M. Sée n'a jamais vu naître la néphrite ; en tous cas, elle disparaît rapidement après la suspension du médicament ;

2° L'antipyrine est toxique. — Il répond à cela que c'est le seul médicament modérateur nerveux qui ne décompose pas les globules ;

3° On a dit qu'en supprimant la glycosurie, on empêchait l'élimination du sucre par les reins ; on augmentait ainsi la glycémie. — Avec une pareille théorie, le diabétique le plus heureux serait celui qui perdrait 500 à 600 grammes de sucre par jour !

4° On a prétendu enfin qu'en traitant ainsi le diabétique, on l'exposait au coma. — On a l'air d'ignorer que le coma tient à un excès d'acides, à l'acide oxybutyrique en particulier, qui n'a rien à faire avec l'antipyrine.

En résumé, l'antipyrine, associée à un régime alimentaire convenable, peut donner dans le diabète d'excellents résultats. Le régime carné seul ne suffit pas, dans la plupart des cas, pour guérir la maladie.

M. A. ROBIN, depuis 1887, traite par l'antipyrine les diabétiques de son service, et ce n'est pas un médicament que l'on puisse administrer d'une manière indifférente aux diabétiques. Son action paraît d'abord prodigieuse, et l'on serait tenté de le considérer comme spécifique du diabète. Mais, au bout de peu de temps, on constate qu'il n'est pas sans inconvénients dans certains cas.

Voici, d'ailleurs, les conclusions qui résultent de quatre observations dans lesquelles le médicament a été administré.

L'antipyrine agit énergiquement sur la glycosurie, mais ne guérit pas le diabète ; si elle ne guérit pas, elle exerce sur la glycosurie, la polydipsie, la polyphagie, la polyurie, une action suspensive des plus marquées et qui doit être prise en sérieuse considération.

M. Robin a donné 2, 3, 4 et 5 grammes d'antipyrine en vingt-quatre heures, par dose de 1 gramme toutes les trois ou quatre heures. La dose de 5 grammes est trop forte, elle diminue l'appétit et quoiqu'elle ait pu être tolérée, dans un cas, vingt-quatre jours sans provoquer l'albuminurie, il ne voudrait pas recommencer l'expérience.

Les avantages de l'antipyrine dans le traitement du diabète peuvent, selon les expériences de M. Robin, se résumer dans les deux formules suivantes :

A. On doit l'employer dès le début du traitement d'un diabétique, alors qu'il s'agit de modérer sûrement et dans un bref délai une glycosurie ou une polyurie considérable.

B. Elle permet de suspendre le régime chez les diabétiques qui en sont fatigués, et cela sans que le malade perde le bénéfice de la contrainte qu'il a imposée à son estomac.

Elle est indiquée, quand le régime longtemps continué, bien toléré, a donné son maximum d'effet utile, en ce sens que la glycosurie et la polyurie sont arrivées à un point fixe au-dessous duquel elles ne s'abaissent plus.

Une habile combinaison du régime et de l'antipyrine, associés dans une sorte de médication alternante, paraît être actuellement l'un des meilleurs traitements du diabète.

Existe-t-il des diabétiques chez lesquels l'usage de l'antipyrine soit contre-indiqué ?

L'action de l'antipyrine est favorable quand, au fur et à mesure que la quantité d'urine s'abaisse, sa densité descend aussi ou reste tout au moins stationnaire ; mais si, la quantité d'urine diminuant, la densité tend à s'élever, il faut cesser aussitôt l'antipyrine et n'y plus revenir. L'albuminurie ne constitue pas une contre-indication absolue, sa présence implique seulement une question de dose et de durée.

Enfin, la diminution de l'appétit, l'amaigrissement, les sensations de faiblesse éprouvées par le malade, la pâleur du visage, l'oppression, la bouffissure des paupières ou la sensation de tension dans la face, sont aussi des symptômes qui, lorsqu'ils apparaissent, démontrent que l'usage de l'antipyrine est plus nuisible qu'utile, quand bien même la glycosurie serait favorablement influencée ; ils constituent donc autant de contre-indications.

L'antipyrine peut rendre les plus grands services dans la plupart des diabètes, et elle est appelée à prendre une place importante dans leur traitement, mais, comme tous les médicaments actifs, c'est une arme à deux tranchants qu'il faut savoir manier habilement et dont il serait imprudent de se servir indistinctement dans tous les cas.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rappelle que, dans la séance du 24 mars 1888, il a indiqué l'influence heureuse qu'exerçait l'antipyrine dans un certain nombre de cas de diabète. Les cas qui réussissent sont d'abord ceux dans lesquels il y a de la polyurie, et par cela seul qu'un diabétique a de la polyurie, on peut être certain d'avance que l'antipyrine donnera de bons résultats. Il en est de même pour les diabètes nerveux. L'antipyrine n'a pas, dans ces deux ordres de faits, le monopole d'une amélioration réelle. Cette amélioration est réalisée par tout le groupe des antithermiques, dont l'action sur la moelle explique les résultats obtenus. L'antipyrine ne dispense pas du traitement hygiénique si bien indiqué par Bouchardat.

M. WORMS, il y a dix ans, a indiqué l'action bienfaisante du sulfate de quinine dans le diabète. Son action thérapeutique est sensiblement celle de l'antipyrine, ce qui est assez naturel, étant donné que l'action physiologique des deux substances est également fort analogue. Il serait fâcheux qu'en raison de son innocuité si grande et de son efficacité si incontestable, le sulfate de quinine ne conservât pas une place importante dans le traitement des diverses formes de diabète, surtout dans la forme nerveuse qui est la plus fréquente.

DISCUSSION SUR LES POÊLES MOBILES

M. LABORDE termine sa communication dont voici le résumé :

L'intoxication oxycarbonée peut résulter et résulte fréquemment des poêles dits mobiles, avec ou sans tuyau, qui présentent de nombreuses défectuosités, notamment par leur mobilisation.

Cette intoxication peut entraîner, non seulement la mort, mais des troubles fonctionnels plus ou moins persistants, des lésions organiques définitives et incurables telles que le ramollissement du cerveau et la déchéance des facultés intellectuelles.

Il suffit que l'atmosphère respirée contienne 1 litre d'oxyde de carbone pour 450 litres pour qu'elle soit dangereuse pour la vie des personnes, ainsi que le prouve le réactif physiologique ou animal, en particulier l'oiseau, qui est, en pareil cas, un réactif précieux.

La coloration rosée des muscles de l'animal est un indice constant de l'intoxication oxycarbonée.

La modification du taux de la capacité respiratoire du sang ou de l'hémoglobine, sous l'influence de l'oxyde de carbone, constitue le signe fondamental de l'intoxication pouvant être appréciée ; mais les accidents mortels peuvent se produire avant que toute l'hémoglobine ait été saturée d'oxyde de carbone. Un chien était en danger de mort, alors que l'hémoglobine n'était qu'à moitié oxycarbonée.

Les moyens de traitement sont les suivants :

Il y a d'abord l'aération, la flagellation, les excitants, enfin et surtout le déplacement immédiat du patient.

Mais le moyen vraiment rationnel suggéré par la connaissance du mécanisme physiologique de l'intoxication et confirmé par l'expérimentation, c'est la transfusion sanguine. Pour être efficace, la transfusion doit être réalisée alors que les contractions cardiaques ne sont pas complètement suspendues, et que la respiration n'est pas encore agonique. L'expérience démontre que, pour être efficace, cette transfusion doit être faite alors que l'on compte encore 4 à 5 respirations à la minute et au moins autant de contractions cardiaques, la capacité respiratoire du sang étant tombée au-dessous de la moitié du chiffre de la normale, et même au tiers de cette normale.

C'est le sang artériel qui réussit le mieux en pareil cas.

La saignée et la respiration artificielle seules ne peuvent réussir qu'à la condition d'intervenir à une période beaucoup moins avancée de l'intoxication, notamment alors qu'il existe encore 7 respirations efficaces par minute et 8 à 10 contractions cardiaques. La saignée, pratiquée simultanément avec la transfusion, hâte l'action de cette dernière.

La transfusion associée à la respiration artificielle constitue la méthode la plus efficace du traitement immédiat de cette intoxication; on doit toujours en faire l'essai, ne fût-ce qu'à titre d'espoir suprême.

En ce qui concerne la question de réglementation administrative et de police sanitaire, nous sommes de l'avis de nos collègues qui repoussent l'intervention des mesures prohibitives.

On ne peut pas vraiment mettre en tutelle réglée toutes les cheminées et tous les poêles de France et la police ne peut être érigée en agence générale d'architecture sur commande hygiénique et de fumisterie officielle.

Il faut laisser au public un peu plus d'initiative; nous avons trop tendance à vouloir le commander. D'ailleurs, malgré les études récentes et anciennes faites sur ce sujet, soit des divers appareils de chauffage, soit du combustible qu'ils sont destinés à consommer, nous ne connaissons pas exactement les véritables causes de défectuosités et de dangers des différents appareils de chauffage.

Dans ces conditions, il nous est difficile de donner, en les justifiant, des instructions fermes touchant l'emploi de ces appareils, à moins de les proscrire purement et simplement.

Je demande en conséquence — c'est là ma conclusion générale — la nomination par l'Académie d'une commission d'étude qui ait la liberté de s'adjoindre les hommes que leur notoriété désigne, grâce à leur compétence spéciale.

M. Lancereaux fait remarquer que la transfusion artérielle d'homme à homme n'est guère pratique; il ne sache pas que l'on trouve facilement quelqu'un qui veuille bien prêter ainsi son artère à son semblable.

M. Laborde a parlé de la transfusion artérielle, mais il ne dit pas que la transfusion habituelle ne puisse être essayée. D'ailleurs, pourquoi n'essaierait-on pas la transfusion de sang artériel, en utilisant un animal à cet effet. C'est là une question à élucider.

M. Féréol reconnaît que les poêles à combustion lente font courir des dangers sérieux à la santé publique.

Cependant ces appareils ne sont pas seulement commodes et économiques, mais encore ils chauffent très bien.

Le poêle mobile a donc conquis le suffrage universel et il paraît bien difficile de lui faire perdre sa conquête. En outre, M. Féréol ne croit pas que l'on puisse réellement réglementer son emploi.

Mais ce que l'Académie peut faire et ce qu'elle doit faire, c'est de prévenir le public des dangers qu'il court en se servant des poêles mobiles, dont le maniement est délicat et même périlleux, c'est incontestable.

M. Féréol proposera d'abord à l'Académie d'approuver l'instruction nouvelle adoptée tout récemment par le Conseil de salubrité et d'y ajouter quelques conseils.

1° Ne jamais placer de poêle mobile dans une pièce de petite dimension.

2° De ne jamais coucher dans une chambre immédiatement contiguë à celle où se trouve un poêle mobile. Il faut ménager toujours une chambre ou un corridor intermédiaire, dans lequel la ventilation soit bien assurée.

3° Au moment d'installer un poêle mobile dans son appartement, on devra en donner avis au propriétaire de l'immeuble.

4° Quant au choix du poêle, on devra exclure tout appareil qui n'offre pas une double enveloppe, celui qui porte des ouvertures latérales (bouches de chaleur), celui dont le foyer est ouvert librement ou fermé par un simple grillage.

5° On vérifiera toujours, avec le plus grand soin, si le couvercle est bien ajusté, si la fermeture est exacte, si la rainure où s'enfonce le couvercle ne contient aucun morceau de coke ou de charbon.

6° Pour combustible, on se servira de houille maigre ou d'anthracite.

7° On devra s'assurer que le tuyau de dégagement est bien entré dans la cheminée; il est indispensable de faire flamber dans cette cheminée un peu de bois sec pour établir un courant d'air ascendant.

8° La plaque de fermeture de l'âtre est utile pour accélérer le tirage.

9° Le poêle doit être mis en grande marche pendant la nuit, en petite pendant le jour, à condition qu'on agite le cendrier.

10° La clef du poêle ne devra jamais diminuer le calibre du tuyau de sortie de plus de la moitié.

11° Il faut éviter, le plus possible, le déplacement du poêle, et, quand on opère ce déplacement, il faut se conformer rigoureusement aux préceptes ci-dessus.

Si ces conseils sont suivis, il est à espérer que les accidents par les poêles mobiles disparaîtront presque complètement.

En résumé, il proposera à l'Académie :

1° D'appeler l'attention des pouvoirs publics, sur la nécessité d'exiger des propriétaires d'immeubles le tirage suffisant et l'isolement complet, ainsi que la parfaite étanchéité des corps de cheminée;

2° D'ajouter aux conclusions adoptées par le Conseil de salubrité, un complément d'instructions détaillées et pratiques, destinées à éclairer, le plus possible, le public sur les précautions indispensables pour le bon fonctionnement et l'innocuité des poêles mobiles.

M. Lancereaux fait observer que la responsabilité du propriétaire est difficile à établir. Ainsi, en ce moment, se déroule un procès consécutif à la mort de deux personnes habitant au troisième étage, et dû à un poêle placé au rez-de-chaussée. Le propriétaire du poêle dit que ce n'est pas sa faute si les cheminées de la maison avaient des fissures, et le propriétaire de la maison déclare qu'il a acheté sa maison en excellent état.

M. Féréol répond que le propriétaire d'un immeuble en est toujours responsable.

M. Lagneau reconnaît que les poêles mobiles sont très économiques, mais parfois dangereux, même pour les personnes habituées à s'en servir.

De 1880 à 1887, à Paris, on a enregistré 1695 décès par asphyxie (1040 hommes et 655 femmes). Mais plus des cinq sixièmes de ces morts ont été considérés comme suicides volontaires.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Prix annuels de médecine et de chirurgie d'armée.

Le ministre de la Guerre a décidé, à la date du 5 avril 1889, sur la proposition du Comité technique de santé :

1° Que le prix annuel de médecine d'armée serait décerné à la suite du concours de 1888, à M. Coustan, médecin-major de pre-

mière classe au 122e régiment d'infanterie, pour son mémoire intitulé : « De la fatigue dans ses rapports avec l'étiologie des maladies des armées en paix et en campagne. »

2° Que le prix annuel de chirurgie d'armée serait décerné à M. Forgue, médecin aide-major de première classe au 2e régiment du génie, pour son mémoire intitulé ; « Essai critique et clinique des lésions traumatiques du crâne. »

Ces deux prix consistent en une médaille d'or de la valeur de 500 francs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements). — Les dernières questions tirées au sort sont les suivantes :

M. Courtin : « Des varices lymphatiques (vaisseaux et ganglions). » — M. Estor : « Phlébites et thromboses non pyohémiques. » — M. Broca : « Des lésions chirurgicales consécutives aux névrites. » — M. Rochet : « Des suites éloignées de la contusion. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Chevreul et de MM. les docteurs Belle (de Moissac); Bollies (d'Aix-les-Bains); Paul Bricou (de Paris).

— Le Congrès italien de chirurgie aura lieu à Bologne, les 16, 17 et 18 avril prochains.

Élimination de l'acide salicylique suivant les divers états des reins, ses transformations dans l'économie, son action sur les principaux éléments de l'urine, par Mlle George Chopin, docteur en médecine de la Faculté de Paris. 1 br. in-8° de 70 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de la fièvre typhoïde.

Par M. Daniel CRITZMAN, interne des hôpitaux.

I

Les mesures prophylactiques prises pour empêcher l'éclosion de la dothiénentérie ne devraient pas nous occuper ici. La prophylaxie de la fièvre typhoïde nous occupera cependant. Elle nous occupera, parce qu'elle intéresse au premier chef le médecin praticien, obligé de se tenir au courant de méthodes nouvelles, créées en vue d'enrayer la marche d'une maladie endémo-épidémique, comme l'est la fièvre typhoïde, parce qu'elle est efficace et surtout, raison capitale, parce qu'elle est rigoureusement et nettement établie.

II

PROPHYLAXIE. — Les faits recueillis par Budd (1) et Murchison (2) constituent la première sanction scientifique de la contagiosité de la fièvre typhoïde. Tout en reconnaissant que les matières fécales forment le milieu le plus favorable à la pullulation de l'agent typhique, Murchison commet une erreur d'appréciation, qui ne laisse pas que d'étonner, de la part d'un observateur de son envergure. Cet auteur admet, en effet, l'éclosion spontanée de la fièvre typhoïde. L'existence d'un cas antérieur n'est nullement obligatoire, la dothiénentérie pouvant naître de toutes pièces, pour ainsi dire, d'une fermentation spéciale des matières fécales ou d'autres formes de matière organique.

Budd, par une sorte d'intuition géniale, se montre si ardemment convaincu de l'origine parasitaire de la fièvre typhoïde qu'il rejette cette sorte de génération spontanée, admise par Murchison ; il admet, en outre, que les matières en voie de putréfaction ne servent que d'habitat à l'élément contagieux, produit de sa propre reproduction dans le corps atteint.

(1) BUDD. *Typhoïd fever, its nature, mode of spreading and prevention*, London 1873.

(2) MURCHISON. *Treatise on the continued fevers of great Britain*, London 1862.

Cette vue théorique ne tarda pas à devenir une réalité. En 1880, donc huit ans après, Eberth (1) découvre le bacille typhique, dont la démonstration complète est ultérieurement donnée par Gaffky (2). Celui-ci démontre que les différences de forme, qu'affecte souvent le bacille d'Eberth, ne sont, en somme, que fonction de milieu ; le bacille est tantôt homogène, tantôt perforé d'un espace clair à une de ses extrémités. Ces apparences ne tiennent qu'à la nature du milieu où le micro-organisme se développe. MM. Chantemesse et Widal (3) ont même pu reproduire cette forme perforée du bacille, en ajoutant aux cultures sur milieux solides quelques gouttes d'acide phénique ; en étudiant aussi ces modifications morphologiques, Gaffky est amené à observer la vie du bacille dans un milieu liquide, et à prévoir le rôle que joue l'eau dans la dissémination de cet agent pathogène. Mais ce fait a été surtout mis en lumière, en 1887, par MM. Chantemesse et Widal, et antérieurement par notre maître M. Dreyfus-Brisac (4).

Ces auteurs appellent surtout l'attention sur la diffusion du bacille typhique par l'eau potable ; celle-ci, et notamment, en ce que concerne Paris, l'eau du canal de l'Ourcq, se montre dans certains cas supérieure au point de vue nutritif aux meilleurs milieux de culture. Si l'on ajoute à ce fait, déjà grandement périlleux en lui-même, l'énergique résistance du bacille typhique, surtout de la spore, à la plupart des agents de destruction, on aura ainsi tout l'ensemble de conditions qui font que la fièvre typhoïde est d'une dissémination si facile et d'une diffusion si fréquente.

Avant de polluer les eaux potables ou autres, le bacille d'Eberth habite de préférence les déjections typhiques. Celles-ci souillent par une voie quelconque les sources, les courants ou les rivières destinés à l'alimentation d'une maison, d'une agglomération de maisons ou d'une ville, et donnent ainsi naissance, suivant la grandeur du réseau contaminé, soit à des épidémies généralisées à toute une ville, soit à ces épidémies locales, étroitement limitées à une caserne, école ou habitation proprement dite. Les exemples qui illustrent ce fait ne sont plus à compter. On n'a qu'à lire la mémorable communication (5) de notre maître M. le

(1) EBERTH. Neue Untersuchungen ueber den Bacillus des abdominaltyphus, *Arch. de Virchow*, LXXXIII, 1881, p. 486.

(2) GAFFKY. *Zur Etiologie der abdominaltyphus*, Berlin 1884.

(3) CHANTEMESSE et WIDAL. Recherches sur le bacille typhique, *Archives de physiologie*, t. I, 1887.

(4) DREYFUS-BRISAC et WIDAL. *Gazette hebdomadaire*, 5 nov. 1886.

(5) BROUARDEL. Congrès international d'hygiène, Vienne 1887.

professeur Brouardel, pour que tout doute s'effondre.

Notre collègue et ami M. Mosny (1), interne distingué des hôpitaux, apporte un argument décisif en faveur de la théorie réelle de la propagation par l'eau, soutenue avec tant d'éloquence par M. Brouardel.

Dans son travail, remarquable à plus d'un titre, M. Mosny constate que, depuis que l'eau de source a remplacé à Vienne l'eau du Danube dans l'alimentation de la ville, la fièvre typhoïde y a presque totalement disparu; à telle enseigne que le professeur Nothnagel a pu dire à M. Mosny en lui montrant un typhique venu des environs de Vienne : « Voici pour nous une rareté, depuis que nous avons l'eau de source; et quand par hasard un cas semblable se présente à l'hôpital, je le montre aux étudiants à titre de cas intéressant. Encore dois-je ajouter que le plus grand nombre de cas de typhus abdominal nous vient des environs plutôt que de la ville même. »

Enfin, pendant la dernière épidémie de Vienne (1877), la fièvre typhoïde n'a frappé que les arrondissements où l'on avait distribué l'eau du Danube.

Et M. Mosny de conclure, naturellement, que l'eau est le principal agent de transmission de la fièvre typhoïde et qu'il suffit, pour faire presque complètement disparaître cette affection d'une grande ville où elle est endémique, de distribuer aux habitants de l'eau d'une qualité incontestable et en quantité suffisante.

Il est donc nettement établi que les germes typhiques, issus des déjections intestinales, se multiplient dans le sol et dans l'eau qu'ils contaminent. Le sol peut les renvoyer à l'homme de différentes manières, mais qui, en résumé, se réduisent à deux. En se desséchant, la surface du sol mêle à l'air ambiant une poussière dans laquelle le microbe typhique vit aisément, d'où contagion par les voies respiratoires. D'autre part, les eaux de pluie, balayant et défonçant le sol, se chargent de microbes, et vont finalement adultérer les eaux alimentaires; d'où contagion par les voies digestives.

Pour que la prophylaxie de la fièvre typhoïde fût complète, il faudrait donc se trouver en possession d'antiseptiques puissants, dont l'action sur les matières fécales serait énergiquement efficace. C'est de cette manière seulement qu'on saurait empêcher toute contamination de l'air et de l'eau.

Les désinfectants en usage n'ont guère d'influence sur la septicémie des déjections typhiques : ce fait, mis en lumière par Seitz (2), a été confirmé, en partie, il est vrai, par MM. Chantemesse et Widal. Ces observateurs distingués ont montré, en expérimentant sur des cultures pures, que les meilleurs désinfectants des selles typhiques devraient être l'acide sulfurique, le sublimé et le chlorure de chaux.

« Le meilleur désinfectant chimique pour des matières fécales semble être, disent MM. Chantemesse et Widal, le chlorure de chaux; mais sa puissance est infidèle. Si l'on ne peut tamiser l'eau potable à travers un filtre de porcelaine, la chaleur est capable de détruire le germe typhique. »

Il faudra donc toujours désinfecter les selles des typhiques à l'aide du chlorure de chaux, et cela est d'autant plus facile que les produits pathologiques de la fièvre typhoïde,

(1) Mosny. L'eau potable à Vienne et la fièvre typhoïde, *Revue d'hygiène*, janvier 1888.

(2) Seitz. *Bakterologische Studien ueber Typhus-Œtiologie*, Munichen 1888.

comme le fait si judicieusement remarquer M. Arnould (1), présentent ce caractère rassurant de quitter le malade à l'état humide. On peut donc suivre tout d'abord l'agent pathogène, en être maître, le traiter presque à coup sûr par les désinfectants. C'est là une condition dont il faut profiter au plus vite avant que la dessiccation ou des accidents divers aient pu disséminer les germes.

Quant à la qualité des eaux, le médecin ne peut intervenir qu'en sollicitant l'administration. C'est à celle-ci qu'incombe le devoir de veiller scrupuleusement à la qualité et la quantité de l'eau distribuée. Avec une eau pure, captée à la source ou tout au moins en haut de la ville, eau à laquelle on ne mélangerait jamais, pour parer à une insuffisance transitoire, une eau souillée par les déjections vitales d'une grande ville, la fièvre typhoïde est pour ainsi dire impossible.

L'État ou les administrations municipales sont donc grandement responsables des ravages que fait la fièvre typhoïde actuellement.

La prophylaxie de la fièvre typhoïde peut donc se résumer en dehors des mesures administratives dont nous avons parlé plus haut, en trois propositions :

1° Désinfecter les déjections typhiques immédiatement après leur expulsion;

2° N'employer comme boisson que de l'eau bouillie (à 100 degrés centigrades);

3° L'étuve et le chlorure de chaux sont les meilleurs désinfectants.

III

Traitement abortif. — Les maladies infectieuses, presque toujours cycliques, ont cependant des formes abortives. A un moment donné, l'affection tourne court et se termine plus ou moins brusquement après avoir parcouru une partie seulement de son cycle morbide. Les raisons suffisantes de cette terminaison prématurée des états infectieux ne sauraient nous occuper ici.

La fièvre typhoïde, en tant que maladie infectieuse, a sa forme abortive. Notre maître M. Letulle (2), dans son travail remarquable sur les pyrexies abortives, y reconnaît trois types.

Le premier type banal et commun, *typhus levis*, se caractérise par un début brusque ou lent; les symptômes ne tardent pas à paraître graves, l'ensemble de la maladie peut être sérieux au point d'inspirer des craintes pour la vie du malade, le pronostic reste hésitant jusqu'au jour où un amendement considérable, parfois subit, se produit, rapidement suivi d'une convalescence normale.

Le deuxième type est celui d'un malade assez sérieusement touché en apparence, dont l'état, dès les premiers jours de la maladie, s'améliore rapidement. Toutefois la convalescence précoce est souvent prolongée; quelques complications ont pu même survenir, soit dans le cours de la période fébrile, soit même pendant la convalescence; dans cette forme les rechutes ne sont peut-être pas trop rares.

Enfin, une troisième forme consiste en un *typhus levissimus* abortif; dans ces cas la maladie, bénigne dans sa marche, peut laisser une convalescence notablement courte ou, au contraire, entravée, soit par une rechute, soit par

(1) Arnould. L'eau et les bactéries, *Revue d'hygiène*, t. IX, p. 17, 1887.

(2) Letulle. *Des pyrexies abortives*, p. 100, 1886.

un accident soudain, une syncope fatale par exemple.

Il importe de connaître, au point de vue du traitement abortif, les trois types que nous venons d'esquisser, car bon nombre de fièvres typhoïdes graves, guéries dans un laps de temps relativement court, par une intervention thérapeutique quelconque, peuvent aisément y être rapportées.

Quoi qu'il en soit, ce que la nature fait, l'art peut-il le faire? Voilà la question à laquelle nous aurons à répondre.

Deux méthodes ont surtout été préconisées : la méthode de Brand; la méthode de Pécholier; enfin, certains auteurs ont combiné ces deux méthodes et il en est résulté une troisième, la méthode de M. le professeur Bouchard, ou méthode mixte.

a. Méthode de Brand. — Nous serons bref sur ce chapitre. M. le docteur Chéron (1) a fait ici même une étude magistrale de la méthode de Brand. Cette méthode nous occupera, parce que, dans les mains de Brand et de ses partisans, elle aurait eu pour effet d'enrayer l'évolution de la fièvre typhoïde et de l'arrêter dès le premier ou deuxième septénaire.

La durée moyenne d'une fièvre typhoïde, dit Brand, est de trente jours; mais quand le traitement a été appliqué dès le début, elle tombe à seize ou dix-sept jours. Celle de la convalescence est de douze à treize jours. La méthode aurait donc, d'après notre maître M. de Beurmann (2), quand elle intervient de bonne heure, un effet abortif sur le typhus abdominal.

b. Méthode de Pécholier. — L'excellent clinicien de Montpellier n'a fait que discipliner cette méthode connue depuis longtemps déjà. Cela n'a rien qui puisse nous étonner puisque l'hyperthermie typhique est un des dangers qui frappe le plus l'observateur rigoureux. Les antithermiques ont donc de tout temps joué un rôle considérable dans le traitement de la fièvre typhoïde; mais c'est à Liebermeister (3) que revient l'honneur d'avoir institué le traitement méthodique, par les antithermiques et notamment par le sulfate de quinine. Il commence par donner 1 gramme, puis augmente jusqu'à 3 grammes par jour, et cesse dès que la température rectale a atteint 37 degrés centigrades. Il administre la quinine le soir pour agir sur les rémissions matutinales. Il ne le prescrit jamais deux jours de suite. M. le professeur Jaccoud (4), très partisan du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde, jette cependant un cri d'alarme sur le danger qu'il y a à employer des hautes doses, et résume sa pensée en disant qu'il faut toujours se laisser guider par ce précepte : obtenir le maximum prudent d'effet antipyrétique avec le minimum possible de dose. Car il ne faut pas oublier que le sulfate de quinine a une action délétère sur la fibre myocardique, et que le grand danger de la dothiénentérie est encore le cœur. M. Hayem dit nettement que la myocardite est la condition anatomique prédisposante de la mort subite. Toutefois notre maître M. Joffroy donne le sulfate de quinine à hautes doses. Ayant observé que les typhiques présentent une tolérance particulière pour la quinine, l'éminent clinicien en administre de 3 à 4 grammes par jour. M. Weil (1) adopte ces vues; il administre, lui aussi, le sulfate de quinine de 1gr,50 à 2 grammes tous les deux jours, et cela vers dix heures du soir; mais il s'éloigne de la méthode de notre maître M. Joffroy en ce qu'il associe à la quinine l'emploi des bains froids. La température s'abaisse de cette manière à 38 degrés, voire même 37°5 centigrades, le pouls devient plus fort en même temps qu'il diminue de fréquence, la diurèse se fait abondamment et la respiration, de précipitée et superficielle, devient profonde et régulière; ces effets merveilleux, rapidement et constamment obtenus, ont tellement frappé Weil, que cet auteur considère le sulfate de quinine comme le véritable spécifique de la fièvre typhoïde. M. Pécholier (2) se montre enthousiaste du sulfate de quinine. La spécificité de celui-ci est pour le savant clinicien de Montpellier au-dessus de toute critique.

« Après des longues recherches et des essais multiples, j'ai trouvé enfin un moyen, je me garde de dire à jamais infaillible, mais qui l'a été jusqu'ici (3). » Or, ce moyen c'est le sulfate de quinine. Celui-ci constitue le point fondamental de sa médication. Au premier soupçon du mal M. Pécholier prescrit le sulfate de quinine à la dose de 1 à 1gr,20 chez les adultes, et à des doses proportionnelles chez les enfants.

Ainsi :

A treize ans, 75 centigrammes de sulfate de quinine; à dix ans, 60 centigrammes de sulfate de quinine.

Chez les plus jeunes enfants les doses varient entre 40 à et 50 centigrammes.

Le remède est donné au commencement de la matinée, en deux ou trois reprises, en cachets, en pilules ou délayé dans du café suivant les cas.

Le rôle prépondérant que joue le sulfate de quinine dans cette médication nous a fait ranger celle-ci parmi les méthodes simples. La méthode de M. Pécholier est cependant une méthode mixte. Il administre presque constamment trois bains par jour à 33 degrés additionnés de son. Ces bains sont répartis de la manière suivante : le premier bain est administré à dix heures du matin; le second à quatre heures et le troisième à neuf heures du soir. Mais lorsque la chaleur se montre trop forte et que les symptômes cérébraux s'accentuent davantage, M. Pécholier fait placer sur la tête, pendant le quart d'heure que dure le bain, des compresses d'eau froide tordues et souvent renouvelées.

Nous avons insisté plus haut sur l'influence néfaste du sulfate de quinine sur le cœur; on est allé même jusqu'à prétendre que la quinine favoriserait la mort subite. M. Pécholier croit à une certaine exagération de cette action nuisible, mais en tout cas, pour y obvier, il complète son traitement en faisant prendre au malade une infusion de 20 centigrammes de feuilles de digitale par jour.

79 typhiques ont été soumis à ce traitement et pas un insuccès. La durée moyenne du traitement a été de quatorze à seize jours.

« En somme, dit M. Pécholier, je ne guéris pas la maladie en lui laissant suivre son évolution ordinaire, je la dompte, je la raccourcis, je la jugule. »

Or, nous croyons que cette jugulation, possible en effet,

---

(1) P. Chéron. L'hydrothérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 553.

(2) De Beurmann. *De la médication abortive*, 1886.

(3) Liebermeister. *Antipyretische Behandlung Bajr. Artytl. Intelligenz-Blatt*, 1878.

(4) Jaccoud. Traitement de la fièvre typhoïde, cours de la Faculté de médecine, 1883.

(1) Weil. *Pathologie u. Therapie d. Typh. abd.*, Leipzig 1885.

(2) Pécholier. *Bulletin général de thérapeutique*, 8 nov. 1887.

(3) Pécholier. Loc. cit., p. 350.

ne s'exerce dans la majorité des cas que sur des fièvres typhoïdes, qui n'en sont pas à proprement parler; et tout d'abord, nous ferons remarquer que le typhus abdominal abortif est, depuis que l'on a appris à le connaître, d'une fréquence qui ne laisse pas que d'être embarrassante lorsqu'il s'agit de juger le pouvoir abortif d'un agent thérapeutique quelconque. Ne pourrait-on pas appliquer, à l'acte de juguler la fièvre typhoïde, le mot qu'un fameux clinicien a lancé à propos d'un médicament infaillible, destiné à arracher, aux griffes de la dothiénentérie, les victimes malheureusement si nombreuses? Les fièvres typhoïdes, qui guérissent à un moment donné sous l'influence d'un spécifique quelconque, auraient certainement guéri sans médication active aucune, rien que par l'hygiène et l'expectation armée, et quelquefois, dans les séries heureuses, les fièvres typhoïdes guérissent malgré la médication employée.

Il y a donc cette première objection capitale, à savoir que, dans certaines épidémies, la maladie est bénigne et que, abandonnée à elle-même, elle peut guérir, et elle guérit le plus souvent.

Dans ces cas, la jugulation est un assaut contre une citadelle sans défense, une coïncidence heureuse mais rien de plus; si, donc, on peut guérir une maladie qui se laisse faire, que penser des méthodes abortives coupant court aux états morbides d'une affection, alors que celle-ci est éphémère par destination? Ce sont là des objections purement cliniques et par cela même d'une très grande valeur.

Mais ne savons-nous pas, en outre, que les méthodes dites abortives doivent, pour réussir, être appliquées dès les premiers jours de la dothiénentérie?

Or, quel est le clinicien qui puisse affirmer se trouver en présence d'une fièvre typhoïde au début du premier septénaire? Même en temps d'épidémie, malgré la constitution médicale et les présomptions légales, un diagnostic de fièvre typhoïde, posé dès le premier jour de l'affection, ne saurait être qu'une témérité gratuite en attendant que cela soit une erreur. MM. Kelsch et Kiener (1) ont montré que, dans les épidémies de fièvre typhoïde, les embarras gastriques fébriles ont une évolution rigoureusement parallèle à celle de la dothiénentérie. Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'identité possible de ces deux affections, mais nous voulons simplement dire que les méthodes abortives de la fièvre typhoïde ne jugulent le plus souvent que des dothiénentéries abortives, des embarras gastriques fébriles, ou des fièvres éphémères si nombreuses et si mal établies. Elles ont probablement une certaine influence sur la marche du typhus abdominal, mais à coup sûr elles ne le font pas avorter. La question ne sera tranchée que le jour où des statistiques riches et nombreuses viendront la résoudre dans un sens ou dans un autre.

IV

ANTITHERMIQUES ET ANTISEPTIQUES. — *Méthode du professeur Bouchard.* — L'antisepsie intestinale constitue la base de cette méthode. Le célèbre professeur de pathologie générale ne l'applique pas d'une manière exclusive. L'antithermie et l'antisepsie générale dans les limites inoffensives y jouent un grand rôle.

L'antisepsie générale est réalisée par les préparations mercurielles. Au début de la fièvre typhoïde et *pendant quatre jours seulement*, le malade prend chaque jour vingt pilules de calomel de 2 centigrammes chaque.

Les moyens antithermiques sont plus complexes. Voici comment M. S'Kinner (1) les expose dans sa thèse inaugurale.

Le malade est mis dans un bain dont la chaleur est de 2 degrés inférieure à sa température rectale. Toutes les dix minutes on abaisse la température du bain jusqu'à ce qu'elle atteigne 30 degrés. Arrivé à ce degré on laisse le malade dix minutes dans le bain, puis on le retire. La durée des bains est donc variable. Leur nombre est de huit en vingt-quatre heures, ils sont continués sans interruption sauf pendant quatre heures de nuit.

On les donne dès les premiers jours du traitement et ils ne sont suspendus que quand la température rectale du malade ne dépasse pas 37°5.

Lorsque, malgré l'emploi des bains, l'hyperthermie persiste, M. Bouchard prescrit le sulfate de quinine. Or, MM. Chantemesse et Widal ont démontré que, jusqu'à présent, le sulfate de quinine était le meilleur des antiparasitaires parmi ceux qu'il est possible d'utiliser comme médicament interne.

Le sulfate de quinine répond donc admirablement à cette loi de thérapeutique parasiticide posée par M. le professeur Bouchard. En effet, la valeur antithermique d'un médicament dans une maladie infectieuse doit être en rapport direct de sa valeur antiparasitaire vis-à-vis de l'agent pathogène de cette maladie.

Pour administrer ce précieux médicament, il faut observer les règles suivantes.

Lorsque la température rectale du malade atteint ou dépasse 40 degrés le matin et 41 degrés le soir, il faut donner : dans le premier et second septénaire, 2 grammes de sulfate de quinine; dans le troisième septénaire 1gr,50 et enfin, dans le quatrième et les suivants, 1 gramme.

Quant à l'antisepsie intestinale, après avoir successivement employé l'iodoforme, la naphtaline, M. Bouchard paraît définitivement adopter les naphtols et le naphtol α surtout. Ce dernier, tout en étant d'un pouvoir antiseptique plus considérable et de beaucoup plus énergique que le naphtol β, présente une toxicité moindre que celui-ci. Signalons incidemment que nous avons eu l'occasion d'étudier, en collaboration avec notre maître M. le docteur du Castel (2), le pouvoir antiseptique des naphtols; et si, de nos expériences, dont nous avons établi les conditions aussi rigoureusement que possible, il ressort le peu d'influence que les naphtols, sous n'importe quelle forme, exercent sur le microbe de la blennorrhagie, il n'en est pas moins vrai que l'action antiseptique des naphtols nous a paru cependant d'une réalité incontestable; nos expériences nous ont même conduit à une conclusion assez importante, croyons-nous, au point de vue qui nous occupe.

En effet, nous avons trouvé que l'influence antiseptique des naphtols résultait sans doute davantage de leur action sur les produits développés autour du microbe, leucomaïnes et autres, que de leur action nocive sur le microbe.

Le naphtol est donc un excellent antiseptique. Notre

(1) KELSCH et KIENER. Fièvre éphémère, Société médicale des hôpitaux, 1885.

(1) S'KINNER. *Sur une nouvelle méthode balnéothérapique*, Thèse de Paris, 1885.

(2) DU CASTEL et CRITZMAN. Étude sur le pouvoir antiseptique des naphtols, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 8 décembre 1888.

ancien collègue M. Roger (1), observateur rigoureux et clairvoyant, a fait ressortir, dans une Revue consacrée à l'antisepsie intestinale, les grands avantages de ce médicament. Sa toxicité est si minime, que, pour amener la mort d'un homme de 65 kilos, il ne faudrait pas moins de 585 grammes. On peut donc, sans aucune crainte, administrer par jour 3 à 4 grammes de naphtol.

Sous l'influence de ce traitement, le pouvoir toxique des matières fécales diminue dans des proportions énormes. M. Bouchard l'a vu diminuer de quatre cinquièmes.

Le mode d'administration a été ainsi réglé par M. le professeur Bouchard :

Naphtol . . . . } *āā* 5 grammes.
Salicylate de bismuth. . }

Diviser en dix paquets.

Prendre un de ces paquets toutes les heures. Chaque paquet représente donc 1 gramme de poudre médicamenteuse composé de 50 centigrammes de naphtol et 50 centigrammes de salicylate de bismuth.

Ainsi, l'antisepsie intestinale, l'antithermie, l'antisepsie générale constituent un traitement systématique. Dès que le diagnostic est probable, il est commencé et poursuivi rigoureusement.

Les avantages de cette méthode sont énormes. Les typhiques ainsi traités conservent un teint clair et rose; leurs traits sont reposés, ils ont peu de délire, peu de somnolence, ne sont pas hébétés comme les typhiques ordinaires; leur langue reste humide et nette pendant toute la durée de la maladie; les eschares sacrées sont extrêmement rares; enfin, et nous empruntons ces importants détails à M. Roger, sur une statistique de trois cents malades, soignés de cette façon dans le service de M. Bouchard à l'hôpital Lariboisière, la mortalité n'a été que de 15 p. 100 alors que, dans les autres services du même hôpital, les décès montent à 20 et 28 p. 100.

La durée de la maladie se trouve notablement raccourcie. 70 malades sur 100 ont guéri avant le vingt et unième jour.

Ce traitement tient donc le milieu entre le traitement abortif de Brand et Pécholier et le traitement curatif que nous exposerons plus loin. Il a d'ailleurs trouvé, en France, des partisans convaincus. C'est ainsi qu'à l'hôpital Trousseau (2), M. Legroux applique avec beaucoup de succès, à tous ses petits typhiques, la méthode antiseptique intestinale. Chez l'enfant, la dose d'antiseptique est diminuée de la moitié. On donne un paquet de 25 centigrammes de naphtol et de 25 centigrammes de salicylate de bismuth toutes les heures.

Les résultats cliniques de ce traitement sont des plus satisfaisants.

V

A entendre M. Juhel-Rénoy (3), il n'y aurait qu'un seul traitement curatif de la fièvre typhoïde : la méthode de Brand. D'après cet auteur, le bain froid a une action non seulement antipyrétique mais aussi anti-adynamique, et ne présente, en outre, aucun des dangers qu'on lui a faussement attribués. Grâce à son emploi la mortalité moyenne, entre 1874 et 1887, a été à l'hôpital militaire de Munich de 2,7 p. 100. Il importe, au plus haut point, conclut M. Juhel-Rénoy, de commencer l'application de la méthode de Brand à un moment aussi rapproché que possible du début de la maladie; et s'il y avait erreur de diagnostic, ce serait regrettable pour la statistique, mais non pas pour le malade; en effet, le bain froid est sans inconvénient réel dans les quelques maladies aiguës, même la pneumonie typhoïde, qui peuvent simuler une dothiénentérie au début.

Cela est tellement vrai que Pribram (1), après avoir employé, pendant un temps assez long, les antithermiques administrés intus, s'est vu contraint de revenir, malgré les grandes difficultés d'installation, à la méthode de Brand. A l'instar de Vinay (2), Pribram démontre combien les bains froids sont supérieurs aux médications internes. La gravité de l'affection ne réside pas seulement dans l'hyperthermie excessive, mais aussi, comme l'a prouvé M. Albert Robin (3), dans la rétention de certaines substances insolubles et, par conséquent, difficiles à éliminer. Pour s'opposer à cette rétention, il faut s'efforcer de solubiliser ces résidus qui sont, pour la plupart, fort peu solubles dans les liquides organiques, et parmi les médicaments solubilisants, deux paraissent remplir les conditions nécessaires : c'est l'acide salicylique et l'acide benzoïque. M. Robin emploie de préférence l'acide benzoïque à la dose de 2 grammes par jour. Les bains froids et les inhalations d'oxygène ont une influence également favorable. L'expérimentation et l'observation ont démontré à M. Albert Robin une augmentation de 11 p. 100 dans l'excrétion de l'urée.

M. Robin administre, lui aussi, le sulfate de quinine, mais à des doses bien plus petites que celles administrées par M. Pécholier. Les hautes doses sont nocives. Elles diminuent la quantité des urines et empêchent ainsi l'élimination des produits toxiques dus à l'oxydation des substances quaternaires. Il ne faut donner au malade que 50 centigrammes de quinine matin et soir. Ce qui est vrai, pour le sulfate de quinine, l'est encore plus pour l'antipyrine et les salicylates.

M. le professeur Jaccoud (4) insiste avec raison sur le point que la quinine et le salicylate de soude déterminent chez les typhiques souvent du délire. Lorsque celui-ci arrive chez un malade qui, jusqu'à l'administration du médicament, n'a nullement déliré, on sait à quoi s'en tenir au point de vue de la pathogénie, et l'on cesse l'administration du médicament suspect. Mais il en est tout autrement, lorsqu'on les emploie pour combattre des phénomènes délirants. Le délire, au lieu de diminuer, devient plus intense, et peut même, jusqu'à un certain point, déterminer la mort du malade.

L'antipyrine, douée de propriétés si disparates, a été employée, et l'est encore en Allemagne, contre la fièvre typhoïde. Ziemssen, qui se montre partisan acharné de l'antipyrine, l'administre à hautes doses. Il fait prendre au malade 5 grammes d'antipyrine divisés en 3 paquets. Le premier paquet est administré à six heures du soir, le second à une heure d'intervalle et ainsi pour le troisième.

(1) Roger. Fermentations et putréfactions intestinales, *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 353.
(2) Para. *De l'antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde chez l'enfant*, Thèse de Paris, 1887.
(3) Juhel-Rénoy. Société médicale des hôpitaux, séance du 28 déc. 1888.

(1) Pribram. *Wiener med. Presse*, p. 46. 1888.
(2) Vinay. *Lyon médical*, nº 2, 1888.
(3) Albert Robin. *Archives générales de médecine*, 5 janvier 1888.
(4) Jaccoud. *Journal de médecine de Paris*, nº 20, 1888.

D'après Ziemssen, l'effet antipyrétique ne manque jamais et le malade éprouve un véritable bien-être.

Les conclusions de l'auteur allemand sont loin d'être admises en France. L'École de Lyon s'exprime nettement par un de ses plus éloquents élèves, contre l'emploi de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde. Le rein est frappé dans ses fonctions éliminatrices. L'excrétion de l'urée tombe très bas et, d'une manière générale, l'élimination de l'azote est fortement retardée. L'antipyrine, administrée à haute dose, semble solliciter l'éclosion de néphrites.

Lorsqu'un individu, traité par l'antipyrine, succombait à la maladie, son foie pesait de 2000 à 3000 grammes, et il ne pesait que 1400 à 1700 lorsqu'on avait appliqué le traitement par les bains froids.

M. Humbert Mollière (1) va encore plus loin. L'antipyrine n'est pas seulement inférieur, au point de vue de l'effet curatif au traitement hydrothérapique, les statistiques de l'Hôtel-Dieu de Lyon le prouvent, mais il serait en plus l'auteur d'une série de méfaits mettant les jours du malade directement en jeu. C'est ainsi que l'observateur lyonnais a pu observer, à la suite de l'emploi de l'antipyrine dans la fièvre typhoïde, des exanthèmes, du purpura, de l'épistaxis, et même de l'urémie. Minot (2), au contraire, a pu obtenir à l'aide de l'antipyrine un véritable soulagement du malade, sans influer pour cela, en quoi que ce soit, sur la marche proprement dite du typhus abdominal.

Nous passons sur la thalline et l'antifébrine. Rutimeyer d'un côté, Haas de l'autre, ont eu à se louer de l'emploi de ces médicaments. Mais les cas ne sont pas bien nombreux pour permettre une conclusion. La question est encore à l'étude. Ce sont là des antithermiques et rien de plus; il en est tout autrement du calomel. Nous avons vu le rôle important qu'il joue dans le traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de M. Bouchard. Ziemssen administre le calomel sous forme de paquets de 50 centigrammes. Il en donne trois dans l'espace de trois heures. Il s'en serait toujours bien trouvé. A l'instar de M. Bouchard, Weil ne prescrit le calomel que dans le premier septénaire de la maladie, surtout lorsqu'il y a indication de purger.

Ces résultats ont été contestés par Furbringer (3). D'après cet auteur, le calomel ne désinfecterait nullement le canal intestinal. En examinant comparativement des selles typhiques provoquées par l'action du calomel et des selles typhiques spontanées, Furbringer n'a jamais trouvé une diminution ou une disparition complète des bacilles d'Eberth. Il est cependant bon de rappeler que M. le professeur Bouchard emploie le calomel comme un antiseptique général et non pas comme un désinfectant du conduit intestinal; et en cela, il trouve une ample approbation dans l'hypothèse de Furbringer qui croit que le calomel modifie surtout les propriétés toxiques du bacille typhique. Weil n'admet pas que le calomel puisse faire avorter une fièvre typhoïde.

Quoi qu'il en soit, le traitement par les antipyrétiques modernes a-t-il une influence quelconque sur les rechutes de la fièvre typhoïde? Pasternatzki (4) répond que non. Cet auteur a analysé les observations de 221 cas, qui ont passé dans le service du professeur Tchoudnowsky à Pétersbourg, depuis 1879 jusqu'à 1887. Il est à remarquer qu'en dehors des médicaments, l'hygiène et le traitement des malades restaient les mêmes, et que tous (excepté deux malades atteints d'hémorrhagies intestinales) prenaient tous les jours trois bains complets à une température de 35 degrés centigrades.

Le tableau synoptique de ces cas donne les résultats suivants :

Le traitement agit favorablement sur la mortalité, en la diminuant de 23 p. 100 (médicaments divers) à 6,89 p. 100 (antipyrétiques modernes).

La durée de la fièvre, étant de vingt jours avec un traitement indifférent, est de vingt-sept jours sous l'influence des antipyrétiques modernes.

Quant aux rechutes, elles sont plus nombreuses avec le traitement par ces antipyrétiques, 31 p. 100. Elles sont nulles sous un traitement indifférent : de 2,5 p. 100 avec le calomel, de 6,8 p. 100 avec le salicylate de soude, et de 4,7 p. 100 avec la quinine.

Qu'il nous soit permis d'examiner, avant de clore cette Revue, quelques données statistiques.

La méthode de Brand a une mortalité de 4 p. 100, et, en éliminant les cas traités trop tardivement, on obtiendrait même une mortalité de 1 p. 100.

M. Glénard, en appliquant rigoureusement la méthode de Brand, arrive à une mortalité de 7,5 p. 100.

Ces chiffres ont leur éloquence; ils sont cependant d'un optimisme tel, que le doute sur le diagnostic des affections ainsi traitées s'impose le plus souvent, car il ne s'agit pas ici d'une série heureuse. Les cas sont fort nombreux et, n'était l'erreur de diagnostic, fatale pour ainsi dire, dans les premiers jours de la dothiénentérie, le traitement par les bains froids serait le traitement de rigueur.

Or, les statistiques de M. Glénard, de Vogel, prouvent que la méthode de Brand est inoffensive jusqu'à un certain point; mais elles ne prouvent nullement que, appliquée à des fièvres typhoïdes rigoureusement diagnostiquées, elle amènerait toujours une issue aussi heureuse.

Il en est tout autrement de la méthode de M. Bouchard. Depuis que le célèbre médecin de Lariboisière applique sa méthode mixte au traitement de la fièvre typhoïde, la mortalité a diminué de moitié. A l'hôpital de Lariboisière (1), en trente-deux ans, de 1854 à 1885 inclus, 12246 malades ont été traités pour la fièvre typhoïde. Le nombre de décès a été de 2591, ce qui donne une mortalité de 21,15 p. 100. En 1886, M. le professeur Bouchard applique, dans son service, le traitement mixte de la fièvre typhoïde. Dans ces quatre années, on a traité 390 typhiques, dont 46 ont succombé, ce qui donne une mortalité de 11,79 p. 100. « Or, pour que ma statistique soit comparable à la statistique totale de l'hôpital, je compte tout malade entré dans mon service et mort avec le diagnostic de fièvre typhoïde, même quand ce malade n'a pas été traité par ma méthode, même quand il n'a pas été traité du tout, quand il est mort au moment de son entrée; quand il est mort après la guérison de sa fièvre typhoïde, d'une pneumonie, d'une méningite, d'une endocardite ulcéreuse; quand il est entré avec une péritonite par perforation, quand la négligence du personnel a interrompu ou empêché l'application du traitement. »

(1) H. Mollière. *Lyon médical*, n° 8, 1888.

(2) Francis Minot. *Boston Med. and Surgic. Journ.*, n° 25, 1887.

(3) Furbringer. *Deutsche med. Wochenschr.*, n°s 12 et 13, 1887.

(4) Pasternatzky. *Bulletin général de thérapeutique*, 30 oct. 1888, p. 373.

(1) Bouchard. *Thérapeutique des maladies infectieuses*, leçons recueillies et publiées par M. le docteur Legendre, 1889, p. 295.

« *Je comprends aussi dans cette statistique les malades arrivés à la fin de leur maladie, traités chez un logeur et envoyés par lui à l'hôpital, in extremis, pour éviter les embarras des pompes funèbres* (1). »

Cette statistique a été dressée d'une manière extrêmement sévère. M. Bouchard aurait pu, et à juste titre, répudier les cas non traités, ou défectueusement traités faute d'un personnel toujours en éveil, et alors la mortalité aurait été minime et peut-être de moindre importance que celle donnée par la méthode de Brand.

Malgré cette statistique indûment chargée, la méthode de M. Bouchard donne des résultats absolument remarquables. La mortalité par le typhus dans le service de M. Bouchard dépasse à peine la moitié de la mortalité générale de l'hôpital de Lariboisière, depuis sa fondation, et ne représente que les deux tiers de la mortalité de l'ensemble des autres services, pendant la période où M. Bouchard appliquait sa méthode dans son seul service.

Nous nous résumons en disant que, si la méthode de M. le professeur Bouchard est d'une application difficile, ces difficultés sont largement compensées par les brillants résultats qu'elle donne. Lorsqu'elle est possible, la méthode de M. Bouchard doit être préférée à toute autre méthode.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 avril 1889, M. Dujardin-Beaumetz, médecin-inspecteur du corps de santé militaire, est désigné en qualité de commissaire du gouvernement pour assister le ministre de la Guerre à la Chambre des députés et au Sénat, dans la discussion du projet de loi modifiant la loi du 16 mars 1882, sur l'administration de l'armée, et ayant pour but de donner une autonomie complète au service militaire de santé.

— Par décret, en date du 12 avril 1889, les funérailles de M. Chevreul auront lieu aux frais de l'État. Le service funèbre aura lieu demain samedi, à dix heures et demie précises, en l'église Notre-Dame. Le cortège partira à dix heures précises de la maison mortuaire, rue Cuvier.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 avril 1889, Mme Benoît (Victorine), docteur en médecine, et MM. les docteurs Gorodichze et Ch. Richet, professeur à la Faculté de médecine de Paris, sont nommés membres du comité d'organisation du Congrès international des « Œuvres et institutions féminines ».

— *Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements).* — Les dernières questions tirées au sort sont les suivantes :

M. Coppens : « De la tolérance et de l'intolérance des tissus et organes pour les corps étrangers. » — M. Polosson : « De la récidive et de la généralisation des tumeurs malignes. »

— L'Association des médecins de la Seine, fondée par Orfila en 1833, pour venir en aide aux membres malheureux de la profession médicale, a tenu, dimanche dernier, sa cinquante-sixième assemblée annuelle, sous la présidence de M. Brouardel.

M. Henri Barth, secrétaire-général adjoint, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 59 432 francs, dont 18 407 fournis par les cotisations, 8435 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés. Avec ces ressources, l'Association a secouru cinq sociétaires, cinquante-six veuves ou familles de sociétaires, enfin vingt autres personnes appartenant au corps médical de Paris et du département. Les secours distribués se sont élevés à près de 43 000 francs, dépassant de 25 p. 100 la moyenne des cinq dernières années. Une somme de 12 196 francs a été portée au fonds de réserve. L'avoir total de l'Association dépasse actuellement 1 million ; les sociétaires sont au nombre de plus de huit cents.

A la fin de la séance on a procédé aux élections du bureau. Ont été élus : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon ; secrétaire-général, M. Barth ; secrétaire-général honoraire, M. Orfila.

Si nous saluons, avec la plus vive sympathie, la nomination de M. Barth comme secrétaire-général, nous ne saurions laisser M. Orfila entrer dans l'honorariat, sans lui exprimer notre vive reconnaissance pour le dévouement avec lequel il a si longtemps dirigé l'œuvre de notre grand bienfaiteur.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

(1) BOUCHARD. *Ibid.*, p. 295.

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

12

PHTHISIE, BRONCHITES
ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF
PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

66

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

19

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse*.

EN BOISSON : une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.
2 fr. 50

EN BAINS : un flacon pour un bain *incolore et sans odeur*.
1 fr.

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

22

TRÈS IMPORTANT
pour MM. les Médecins spécialistes des

MALADIES PULMONAIRES
ET DES VOIES RESPIRATOIRES

D'après les expériences de MM. Bouchard, Gimbert, Hugues, Reuss, Sommerbrodt, etc., il a été reconnu que la créosote ne peut être assimilée facilement et produire tous les effets désirés que préparée sous la forme de la **Tolu-Créosote,** selon le professeur Sommerbrodt. — La **Tolu-Créosote** formant *seule* une émulsion parfaite, est digérée par les estomacs les plus faibles et parvient toujours jusqu'aux poumons et parties malades. Il suffit de prescrire : « la **Tolu-Créosote** » *selon Sommerbrodt.* — Dose : 5 à 8 capsules par jour. — Travaux scientifiques et extraits de journaux médicaux, envoyés gratis sur demande par le dépositaire à Paris : Ch. Boury, pharmacien, 26, rue du Pont-Louis-Philippe.

80

PEPTONE COLLAS

Préparée avec la **Pepsine Boudault.**
SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX.

La **Peptone COLLAS** est entièrement **assimilable.** Elle a même été injectée directement dans les veines, sans qu'on en ait retrouvé la trace dans les urines.

Elle se présente sous la forme d'une poudre très légère, très soluble dans l'eau, le bouillon et le vin. Son goût, analogue à celui de la viande rôtie, s'harmonise très bien avec celui du bouillon. La **Peptone Collas** représente comme valeur nutritive dix fois son poids de viande.

Pharmacie Collas, *8, rue Dauphine, Paris.*

91

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique*, *les fièvres intermittentes*, on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne.**

Verne, Grenoble, et phies, France et étranger.

25

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire

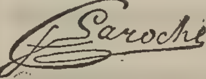
Dose : Un petit verre après les principaux repas.
Dépot : Dans toutes les bonnes pharmacies.—
Vente en gros chez tous les droguistes.

42

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE
ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.



Paris, 22 et 19, r. Drouot.

66

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

PEPTONE DEFRESNE

Première admise, après analyse, dans les Hôpitaux de Paris.
Adoptée officiellement par la Marine.

Elle se recommande par son pouvoir nutritif intense puisqu'elle contient :
25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote;
0,69 p. 100 d'Acide phosphorique,
0,71 p. 100 Fer et Bases Alc. terr.

En outre, la **Peptone Defresne** se distingue par son goût savoureux ; à la dose d'une cuillerée à bouche à la fois (40 gr. viande) dans un peu d'eau tiède et salée, elle donne un bouillon *succulent et exquis*.

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour. — Le flacon : 5 fr.
VIN—POUDRE—CHOCOLAT—ELIXIR.
Defresne, auteur de la Pancréatine.
2, rue des Lombards, Paris et ttes pharmacies.

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

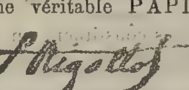
Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Phie Rogé-Cavaillès,** 9, r. du 4 Septembre, Paris.

34

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.



74

MALADIES DE POITRINE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent, et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : 4 fr. le flacon.*
Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.
Contre **CONSTIPATION**
hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.
NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.
Vente en gros : Chez tous les droguistes.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge et phies.

99

TABLETTE ROUSSEAU
BŒUF CONDENSÉ

Aliment reconstituant par excellence ; valeur nutritive sans égale. — *Anémie. — Dyspepsies. — Convalescences.* — Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

177

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT
Source du docteur LLORACH.

L'analyse de l'Académie de médecine de Paris démontre que cette eau contient 103gr814 de substances fixes, dont :

SULFATE DE SOUDE	SULFATE DE MAGNÉSIE
96gr265	3gr268

Cette eau purge rapidement et sans irritation.
Elle n'exige aucun régime.
Dose normale : un verre.

Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs ordonnances **Rubinat,** *Source* **Llorach.**

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

31

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**s.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

N° 45. — MARDI 16 AVRIL 1889. 62e ANNÉE. MARDI 16 AVRIL 1889. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Association du mercure à l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis ; traitement mixte.

Nous avons, dans nos leçons précédentes, étudié successivement le mercure et l'iodure de potassium (1), au point de vue de leur action thérapeutique, c'est-à-dire les deux grandes armes que nous possédons dans le traitement de la syphilis; nous devons aujourd'hui nous attacher à étudier la manière dont nous devons nous servir de ces deux agents.

Or, la première question que nous ayons à résoudre est la suivante : De ces deux grands remèdes est-il indifférent de choisir l'un ou l'autre, et chacun d'eux peut-il être substitué à l'autre ?

Que le mercure puisse suffire, dans un certain nombre de cas, à traiter la syphilis, je puis l'affirmer par l'expérience de plusieurs siècles, car vous savez d'une part que l'iodure de potassium n'était pas connu de nos pères, lesquels n'en guérissaient pas moins la syphilis par le mercure et, d'autre part, aujourd'hui encore, nous traitons exclusivement par les mercuriaux les malades dont l'organisme ne peut tolérer l'iodure de potassium. Mais la réciproque est-elle vraie? L'iodure de potassium permet-il à lui seul de guérir la syphilis ? Non, car c'est là un traitement insuffisant, périlleux, mauvais, et cela pour les trois raisons suivantes : 1° parce que l'iodure de potassium est trop peu actif contre les accidents secondaires de la syphilis ; 2° parce qu'alors il est un danger social ; 3° parce qu'il n'éteint pas la tendance de la maladie au tertiarisme.

En effet, l'iodure de potassium agit peu contre les accidents secondaires, son action est minime contre eux, à ce point que ceux-ci continuent comme si l'on ne faisait rien. C'est ainsi que des malades, qui pendant un certain temps s'étaient refusés à prendre du mercure, ont fini, en raison de la persistance des accidents, par accepter le mercure prescrit. Parmi les accidents secondaires qui restent réfractaires à l'iodure de potassium, je vous citerai le psoriasis palmaire, le psoriasis plantaire. J'ai vu des cas où la maladie durait depuis seize mois, sans aucun changement sous l'influence de l'iodure, s'effacer ensuite dans l'espace de quatre semaines, lorsque les malades consentaient à prendre du mercure ; dans un cas même, le psoriasis dura dix-sept mois malgré l'administration de l'iodure de potassium élevée à la dose de 4 grammes, pour disparaître promptement sous l'influence du traitement mercuriel. L'iodure de potassium est donc, en réalité, peu efficace contre les accidents secondaires.

En second lieu, ce médicament, restant ainsi presque inerte, laisse persister notamment les plaques muqueuses, cet accident, éminemment contagieux, qui dissémine le mieux la vérole, l'entretient et l'alimente.

Enfin, nous pouvons dire que son action n'est pas assez profonde pour tarir la source des accidents à venir, c'est-à-dire des accidents tertiaires. J'ai vu bien souvent des malades qui n'avaient été traités que par l'iodure de potassium aboutir au tertiarisme ; je puis même dire que, sur dix malades ainsi traités, pris au hasard, six présentaient, à un moment donné, les uns une syphilis gommeuse, les autres une syphilis cérébrale, d'autres enfin des accidents du côté de la peau, justifiant ainsi l'inefficacité de l'iodure de potassium, le danger même de l'employer seul dans le traitement de la syphilis.

D'où il suit que, recherchant ce que chacun de ces deux médicaments : le mercure et l'iodure de potassium, a de bon contre tel ou tel accident, contre telle ou telle forme de la maladie, on trouve une appropriation de chacun d'eux aux deux grandes périodes de la syphilis, et l'on sait que le mercure est le véritable spécifique des accidents secondaires, tandis que l'iodure de potassium est le spécifique des phénomènes morbides de la période tertiaire. Et ceci est tellement vrai qu'il en est devenu pour ainsi dire un axiome de la pratique des maladies syphilitiques. Mais cet axiome lui-même est-il un précepte absolu ? et ces deux médicaments doivent-ils être administrés seuls à l'exclusion l'un de l'autre dans chacune des périodes à laquelle il convient ? Nullement.

En effet, s'il est reconnu que l'iodure de potassium n'a qu'une action minime dans la période secondaire, cependant il est des cas où il est appelé à rendre de grands services : ainsi chez les malades atteints de ces céphalées si douloureuses, auxquels on ajoute 1 gramme d'iodure de

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 189 et 255.

potassium au traitement mercuriel ; ainsi dans les névralgies secondaires vagues, dans les manifestations syphilitiques sur le système locomoteur (ostéalgies, ostéites, arthralgies, myalgies, etc.). De même l'iodure de potassium est indiqué dans les cas de syphilis maligne précoce, où l'on voit prédominer les ulcérations gommeuses, dans les cas aussi où, par suite de la débilité des malades, de l'intolérance de l'organisme, le mercure se trouve contre-indiqué.

Mais, en réalité, bien plus important est le rôle du mercure contre les accidents tertiaires, car il est un anti-syphilitique, par excellence, à toutes les périodes de la maladie, comme adjuvant, comme remède principal, comme curatif et comme préventif : comme adjuvant, lorsqu'il vient ajouter son action propre à celle de l'iodure de potassium ; comme agent principal, dans les nombreux cas où l'iodure reste impuissant, dans le sarcocèle syphilitique, par exemple, alors qu'il a résisté au traitement par l'iodure de potassium, ainsi que Gosselin et M. Reclus en ont rapporté des observations ; comme préventif et curatif vrai, en ce sens qu'il prévient les récidives, à l'encontre de l'iodure de potassium qui n'a pas cette propriété, étant seulement ce que j'appellerai un effaceur des accidents, qui les blanchit, les guérit merveilleusement, mais les laisse revenir au bout d'un certain temps. Il n'en est pas de même du mercure qui évite beaucoup plus les récidives, car il est, pour ainsi dire, l'antidote du poison syphilitique ; il exerce une action beaucoup plus profonde sur la vérole, il guérit mieux et sauvegarde davantage l'avenir des malades.

De tous ces faits, que faut-il donc conclure ? C'est que, étant donné un accident tertiaire, le traitement mercuriel doit suivre le traitement ioduré ; c'est que, quoique spécifiques, chacun, de leur période propre, ils peuvent néanmoins servir dans d'autres périodes ; c'est que l'iodure de potassium peut être utile contre les accidents secondaires, et que le mercure est un anti-syphilitique de premier ordre à toutes les périodes.

Mais ces deux grands remèdes sont-ils exclusifs l'un de l'autre ? sont-ils des antagonistes ? Non, loin de là, ils se prêtent, au contraire, un mutuel appui, un mutuel renfort et, de leur association combinée, résulte ce que l'on appelle le traitement mixte.

Le prototype des accidents qui se trouvent bien de ce traitement mixte, ce sont les syphilides tuberculeuses, ainsi que les accidents de transition (iritis, choroïdite, sarcocèle, syphilides ulcéro-croûteuses, etc.) ; enfin, dans tous les cas graves, notamment dans la syphilis cérébrale, il est formellement indiqué. Comment alors le traitement mixte doit-il être administré ? Ici, nous trouvons deux procédés : dans l'un, le mercure et l'iodure de potassium sont prescrits dans une seule et même préparation ; dans l'autre, ces deux médicaments sont pris séparément.

Le premier procédé est réalisé par le sirop de Gibert qui, pour moi, est une mauvaise préparation en raison de sa saveur abominable, de son action médiocre ; chaque cuillerée renfermant 1 centigramme de mercure et 50 centigrammes de bi-iodure de mercure, il s'ensuit que l'on est obligé d'en arriver à prescrire un certain nombre de cuillerées, sous peine de donner des doses insuffisantes ; en raison, enfin, de ce qu'il est mal toléré et facilement vomi par les malades. Je lui préfère, de beaucoup, le procédé qui consiste à donner les deux médicaments séparément et de la manière suivante : trois pilules de Dupuytren et 3 grammes d'iodure de potassium, les pilules étant prises avant le déjeuner du matin et le dîner du soir, l'iodure avant le déjeuner de midi et le coucher.

Mais la véritable méthode, justement en faveur, est celle qui consiste à prescrire l'iodure aux repas et le mercure en frictions le soir, car elle a l'avantage de constituer un traitement à la fois énergique et qui ne fatigue pas l'organisme.

En résumé, des deux méthodes proposées pour le traitement mixte, la dernière, celle qui consiste à donner les médicaments séparément l'un de l'autre, est cent fois préférable, car elle permet beaucoup mieux de graduer les doses de chacun des deux grands remèdes : iodure et mercure, c'est-à-dire d'en élever ou d'en diminuer les doses selon les indications ; elle permet aussi d'arriver à une intensité thérapeutique bien supérieure à celle des autres méthodes ; enfin, elle réalise un traitement bien plus énergique qui permet au malade de bénéficier de la somme intégrale des deux traitements.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Moignon physiologiquement conique de la jambe.

L'histoire de la conicité physiologique des moignons est de date récente. Guersant en a fait un exposé à la Société de chirurgie en 1853.

En 1859, cette question fut remise sur le tapis, à la suite d'une présentation de Chassaignac. Mais celui qui s'en est le plus occupé, c'est M. le professeur Verneuil, et après lui M. Kirmisson. Tous ces travaux viennent d'être repris et analysés dans une excellente thèse, par M. le docteur Brugelle, ancien interne de la Faculté libre de Lille, et de l'hôpital Saint-Joseph de Paris.

Nous en extrayons l'observation suivante, prise sur un malade de notre service.

Armand C..., quinze ans, est entré à l'hôpital Saint-Joseph le 11 octobre 1886. Cet enfant a été soigné il y a onze ans, à l'Enfant-Jésus, pour une tumeur blanche du cou-de-pied. Quelques mois après, il fut envoyé à Berck-sur-Mer, où M. le docteur Cazin finit par lui amputer la jambe, au tiers inférieur, par la méthode à lambeau externe. La guérison paraît avoir été parfaite, car la cicatrice est actuellement très régulière. Le malade portait une jambe de bois avec laquelle il pouvait courir et jouer. Il y a un an, il constata que son moignon, d'arrondi qu'il était, prenait une forme pointue. Ce travail s'est fait sans que le malade ait reçu le plus léger traumatisme, sans formation de pus et sans fièvre.

État actuel. — Le membre est plus maigre que l'autre et manifestement atrophié. La peau de la jambe n'a pas changé d'aspect, sauf quelques rougeurs dues à la pression de l'appareil prothétique.

Le cône formé par le moignon présente du côté externe une sorte de prolongement pointu, qui forme une saillie de 2 centimètres environ, couverte de peau non ulcérée. Cette pointe siège à l'extrémité du péroné.

Le tibia ne présente pas de prolongement semblable.

La cicatrice est rejetée à la face interne du moignon. Elle est régulière et souple, et sans adhérence avec le squelette. Elle est distante de la pointe du péroné de 3 centimètres environ, et de l'extrémité du tibia de 1 centimètre et demi. Elle n'a donc subi aucun tiraillement.

La peau qui recouvre la pointe péronière est tendue, adhérente, amincie, couverte d'écailles épidermiques, et dépourvue de poils.

La sensibilité existe partout. Elle est très exagérée au niveau du prolongement conique ; elle est normale au niveau de l'extré-

mité du tibia. Une pression douce sur la pointe amène une sensation de chatouillement qui remonte le long de la jambe.

Au repos, il n'y a pas de douleur spontanée; mais, la marche avec l'appareil est presque impossible à cause du tiraillement qui se produit dans le moignon.

L'enfant est maigre et chétif : ses parents jouissent d'une bonne santé.

Réamputation le 19 octobre 1886. Je trace deux lambeaux antérieur et postérieur, en rasant le squelette, qui est seul enlevé avec son périoste. L'incision contourne circulairement la base du petit cône formé par le péroné, qui reste recouvert par la peau. On trouve un gros névrome du nerf tibial postérieur. Je laisse une petite manchette de périoste. Suture au crin de Florence. Pansement à l'iodoforme. Drain.

20 octobre. Douleurs dans le moignon. Potion avec bromure de potassium 2 grammes et sirop de chloral 15 grammes.

24 octobre. Pansement. On enlève les drains, et une partie des fils de la suture. La plaie est réunie.

28 octobre. Pansement. Les fils sont tous enlevés. Je place des bandelettes de tarlatane qui soutiennent les lambeaux.

9 novembre. Exeat.

L'examen histologique du moignon a été fait par M. le docteur Toison, professeur à la Faculté libre de Lille, dont nous transcrivons la relation :

« Les pièces m'ont été remises dans l'alcool fort, où elles avaient été plongées après l'opération. Elles comprennent deux fragments osseux : l'extrémité du tibia et celle du péroné. Cette dernière offre la forme d'un cône aigu dont le sommet est revêtu de la peau sur une hauteur de 6 à 7 millimètres. Le fragment tibial est beaucoup moins pointu. Ces deux pièces ont été décalcifiées dans le mélange picro-azotique, puis remises dans l'alcool progressivement concentré; enfin, incluses dans du celluloïd et sectionnées.

Examens des fragments osseux. — Sur une coupe axiale du fragment péronéen, on distingue : 1° un revêtement épidermique; 2° une couche dermo-périostique; 3° l'os; 4° la moelle.

1° Revêtement épidermique. Il se compose de couches normales de l'épiderme sur des préparations colorées à l'hématoxyline. La couche répondant au *stratum lucidum* est restée colorée en jaune vif par l'acide picrique, comme le plan superficiel de la couche cornée proprement dite. Le *stratum granulosum* présente 3 ou 4 assises de cellules contenant des granulations d'éléidine. La couche sous-jacente montre les cellules à stries radiées du corps muqueux de Malpighi;

2° Couche dermo-périostique. La face externe de cette couche présente sur les coupes, dans la partie supérieure, correspondant aux deux tiers élargis du cône, des dentelures papillaires normales. Mais dans aucune des papilles, examinées sur une longueur de 9 millimètres, il n'existe de corpuscules du tact.

A mesure que l'on s'avance vers le sommet du cône, les papilles deviennent moins élevées. La voûte épidermique qui les recouvre se surbaisse et s'affaisse, puis disparaît. Les papilles n'existent plus vers l'extrémité acuminée du fragment, sur une étendue de 3 millimètres environ.

Comme à ce niveau, toutes les couches épidermiques sont également amincies; comme d'ailleurs la disparition des papilles n'est pas brusque, mais se fait par voie de transition graduelle, on peut se demander si les papilles n'ont pas été effacées par suite du développement inégal du revêtement dermo-cutané et de l'os. Ce dernier, par le fait de son accroissement, a exercé une traction sur la peau, et cette traction a effacé les papilles.

La couche dermo-périostique est formée de faisceaux conjonctifs entre lesquels sont interposées des cellules conjonctives. Irrégulière et plexiforme, comparable à celle du derme normal, la disposition des faisceaux conjonctifs devient plus régulière au voisinage de l'os. En ce point, les faisceaux s'ordonnent en plans parallèles à la surface osseuse. Entre ces plans, le noyau des cellules conjonctives, aplati par une compression bilatérale, figure à la coupe un bâtonnet plus ou moins effilé rappelant la forme du noyau des fibres musculaires lisses.

3° L'os, à sa surface externe ou périphérique, est limité sur une coupe axiale par une ligne ondulée.

Le tissu conjonctif périostique forme, en effet, des promontoires qui s'avancent dans le tissu osseux.

Du côté de la moelle, au contraire, la limite est assez rectiligne et formée par une bordure irrégulière.

Leur noyau, situé excentriquement, occupe un des angles de la cellule.

Enfin, la rétraction du corps cellulaire a déterminé entre les éléments des fissures incolores marquant d'une façon très nette leur limite. Ces cellules répondent aux ostéoblastes de la moelle jeune.

Le tissu osseux lui-même est formé de plans parallèles, en général, au grand axe de l'os. Il ne se présente de disposition spéciale qu'au niveau des petites éminences mamelonnant la face interne de l'os et déjà signalées. Ce sont celles qui déterminent l'aspect sinueux du bord périphérique de la coupe de l'os. Dans ces apophyses microscopiques, les couches osseuses restent, en général, plus ou moins parallèles aux surfaces qui les limitent.

Aux confins de l'os et du périoste, existe une bande osseuse ayant une limite ondulée, distincte des plans parallèles formant le reste de l'os, se colorant plus vivement par l'hématoxyline que le tissu osseux voisin. Dans cette zone également, les cellules osseuses sont plus abondantes que dans le tissu osseux voisin. Cette bande représente une zone de néoformation osseuse. Elle existe non seulement au niveau des faces latérales de l'os, mais aussi, fait important, au niveau de l'extrémité osseuse. Sur les limites de cette zone et du périoste, il existe des cellules à moitié englobées dans la substance osseuse, comme dans le cours de l'ossification normale. En aucun point, il n'existe de cartilage.

4° La moelle présente sa structure habituelle. A la périphérie seulement, elle est renforcée par des faisceaux conjonctifs plus ou moins unis et plus abondants qu'à l'état normal. Enfin, à l'extrémité du moignon, elle se densifie également par augmentation des faisceaux conjonctifs et se confond peu à peu avec la couche périostique, pour former comme un bouchon résistant au canal médullaire. Le tissu osseux, en effet, ne forme point de voûte osseuse formant le canal central de l'os. »

En résumé, les points à signaler sont les suivants :

1° L'amincissement de l'épiderme et du derme, au niveau de l'extrémité de l'os, par suite de la distension cutanée liée à l'accroissement de l'os;

2° Le processus d'ossification qui se fait suivant le mode périostique.

3° L'allongement de l'os lié à ce fait que l'ossification ne se fait pas seulement, sur cette pièce, au niveau des faces de l'os, mais aussi au niveau de l'extrémité. L'accroissement en longueur n'est pas dû exclusivement à la persistance du cartilage juxta-épiphysaire supérieur de l'os. La conicité, dite physiologique, résulte, par conséquent, aussi de l'allongement local périphérique de l'os, dans le moignon que nous avons régularisé.

HERNIE GRAISSEUSE ÉPIPLOIQUE IRRÉDUCTIBLE

KÉLOTOMIE, GUÉRISON

Par MM. les docteurs Sonrier, médecin principal de première classe, en retraite, et Frebillot, de Mirecourt (Vosges).

Le nommé Cl..., cultivateur à D... (Vosges), âgé de cinquante-deux ans, porte, depuis dix-huit ans, à la région inguinale droite, une tumeur herniaire qui, jusqu'au mois de mars dernier, avait peu ou pas augmenté de volume, et présentait la grosseur d'une noix. Au début, le malade pouvait, par une légère pression, la faire rentrer facilement. Depuis le mois de mars, époque à

laquelle la tumeur s'est progressivement accrue, la réduction est devenue de plus en plus difficile. Le 1er octobre, le patient fait de vains efforts pour l'obtenir et nous appelle auprès de lui, le 4, c'est-à-dire trois jours après.

Nous constatons la présence d'une tumeur située au-dessus du ligament de Poupart, couchée dans l'axe inguinal, très rapprochée du pubis, ovoïde, nettement circonscrite, marronnée, à surface très lisse, rénitente, un peu élastique, non fluctuante, légèrement mobile et sans adhérences à la peau; elle ne présente, à la toux, aucune impulsion, et n'est que peu douloureuse, bien que le tissu cellulaire sous-cutané soit le siège d'une infiltration inflammatoire assez considérable. Elle a, en définitive, la forme d'une adénite.

Quelle était la nature de cette tumeur? Avions-nous affaire à une entérocèle, à une adénite inguinale, à une hernie graisseuse, à une épiplocèle?

Entérocèle? Mais la tumeur est dure, mate à la percussion; l'état général du malade est bon, il n'y a ni petitesse et accélération du pouls, ni refroidissement périphérique, ni vomissements; il n'existe pas davantage de phénomènes abdominaux, l'évacuation des gaz continue à se faire, et la libre circulation des matières, provoquée par un purgatif d'exploration, a levé tous nos doutes.

Adénite? Mais la tumeur est restée réductible pendant de longues années; elle est solitaire; il n'y a rien à l'aine gauche, ni ailleurs, contrairement à ce qui se produit habituellement dans les adénopathies. La constitution de notre malade est d'ailleurs excellente, et nous n'avons rien trouvé du côté des organes génitaux, de l'anus, ou des membres inférieurs.

Ce n'est donc pas une adénite. Cherchons ailleurs. Est-ce une hernie graisseuse? Mais elle est si rare! Et puis, dans ce cas, la tumeur est molle, pâteuse, mal circonscrite, presque toujours lobulée; et ce que nous avons sous les yeux offre des caractères absolument opposés.

Reste donc la hernie épiploïque. On ne trouve, il est vrai, aucun signe entraînant la conviction; la corde épiploïque, sur laquelle insistait tant Velpeau, fait défaut; mais nous avons affaire à une tumeur pendant longtemps réductible, présentant actuellement les caractères d'une inflammation subaiguë, des troubles absolument locaux et sans retentissement sur les fonctions abdominales. C'est donc guidés par les commémoratifs et par l'absence de phénomènes cliniques très accusés que nous avons pu faire notre diagnostic différentiel.

Des tentatives de taxis sont faites sous le chloroforme pendant vingt minutes, mais sans résultat, et, le malade insistant pour être débarrassé, l'opération est décidée pour le lendemain, 5 octobre.

L'anesthésie obtenue au moyen du chloroforme, on fait, parallèlement à l'arcade de Fallope, une incision qui, après avoir traversé la peau, le tissu cellulaire sous-jacent et le panicule graisseux, découvre immédiatement la tumeur, non adhérente et très mobile, ainsi que la palpation l'avait fait pressentir. On cherche, par une dissection minutieuse, l'anneau constricteur, qu'on ne trouve pas, mais à sa place, un pédicule fibreux, très grêle, qui émerge d'une éraillure des parois abdominales (grand oblique) et vient aboutir au hile de la tumeur. On débride sur ce fil conducteur; un flot d'intestins s'échappe de l'abdomen, mais la tumeur, maintenue par son pédicule très résistant et presque rigide, ne peut réintégrer son domicile. On se décide alors à étreindre ce pédicule dans une ligature, et à le sectionner.

L'intestin réduit est maintenu en place par trois sutures profondes; la peau est rapprochée à l'aide de cinq sutures superficielles; un drain est placé dans la partie la plus déclive de la plaie, et le tout est recouvert d'un gâteau de charpie phéniquée. Peu ou pas de réaction inflammatoire; la plaie s'était réunie presque par première intention, et, au bout de huit jours, il ne restait plus qu'une petite fistule entretenue par le fil de la ligature qui étreignait le pédicule. La dureté et la résistance de ce pédicule font qu'au bout de trois semaines, le fil ne s'est pas encore détaché; mais la persistance de cette fistulette n'incommode en rien l'opéré.

La tumeur, avons-nous dit, grosse comme un œuf de poule, est nettement circonscrite par une enveloppe fibreuse, résistante, qui se continue avec le pédicule abdominal; à l'ouverture, il est impossible, à simple vue, de rien distinguer de la texture intime de la tumeur. L'examen microscopique en a été fait par M. le professeur agrégé Baraban, de la Faculté de Nancy; voici la note que nous devons à son obligeance :

« Une incision, qui pénètre à un centimètre environ de profondeur, intéresse un tissu qui semble à première vue partout le même, grâce à une congestion assez intense et à des infiltrats sanguins nombreux. Mais on s'aperçoit bientôt que la masse se compose, en réalité, de deux parties bien différentes sous le rapport de la consistance et des apparences histologiques, *il y a une enveloppe et un contenu*; leur union est assez intime pour permettre jusqu'à un certain point de les méconnaître; toutefois on arrive très facilement à les séparer l'une de l'autre en les décollant avec le manche d'un scalpel, *sauf en un point où il y a une adhérence solide, de nature fibreuse.*

Cela fait, on constate que l'enveloppe présente une ouverture *par laquelle s'engage un prolongement du contenu;* ouverture petite, incapable de donner passage au contenu de la poche, mais permettant la rentrée facile du prolongement, *qui est franchement de nature adipeuse et nullement congestionné.*

L'enveloppe offre l'*aspect d'un sac assez régulier*, épais de deux à quatre millimètres selon les points, et muni à sa face interne d'une crête saillante qui transforme la cavité en bissac dont les deux parties communiquent très largement. En pratiquant des coupes histologiques sur cette enveloppe, on voit qu'elle se compose de plusieurs couches; *la plus interne est essentiellement fibreuse et présente la structure de la séreuse péritonéale*, moins l'endothélium, dont on ne retrouve pas la moindre trace; les autres sont formées de plusieurs plans de fibres conjonctives, au milieu desquels siègent des lobules adipeux et des infiltrats sanguins plus ou moins abondants.

Le contenu est une masse adipeuse, offrant l'aspect général d'un gros polype à deux pédicules; l'un de ces pédicules passe à travers l'orifice situé sur la face ventrale de l'enveloppe; il offre une congestion intense à partir de l'instant où il pénètre dans la poche; l'autre, plusieurs fois tordu sur lui-même, s'implante sur la face interne de l'enveloppe. »

En présence de ces constatations, il ne peut s'élever aucun doute sur la nature de cette tumeur : *c'est une épiplocèle, qui a été enlevée en même temps que le sac herniaire.* Si l'on tient compte de la disproportion considérable qui existe entre la masse herniaire et l'ouverture du sac; si l'on considère que cette masse herniaire, globuleuse et complètement homogène, ne se laisse pas étaler, *comme le ferait l'épiploon lui-même*, en une lame dont les différentes parties seraient susceptibles de sortir ou de rentrer graduellement par l'ouverture du sac, on arrive à cette conclusion qu'on se trouvait ici en présence d'une *épiplocèle irréductible, au vrai sens du mot*, mais réductible en apparence, grâce à la facilité qu'aurait eu le sac de rentrer conjointement avec le contenu. Dans cette hypothèse, l'irréductibilité ne se serait pas produite par le mécanisme ordinaire; il faudrait chercher sa cause, en dehors du sac et de l'orifice, dans la contraction des plans musculaires ou musculo-fibreux de la paroi abdominale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 avril 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

DISCUSSION SUR L'OPÉRATION D'ALEXANDER

M. Bouilly répond au reproche qui lui a été adressé d'aimer trop les pessaires, et d'abuser de leur emploi. Il ne met nullement en cause les pessaires anciens, mal faits, volumineux et par suite pouvant être inutiles ou dangereux; il n'entend parler que des

pessaires nouveaux, malléables ou non malléables, qui, dans certaines déviations, sont bons, utiles et exempts de tout danger.

Les rétro-déviations simples, mobiles, sans adhérences, constituent, pour beaucoup de femmes, un inconvénient sérieux et peuvent, en facilitant l'existence d'une chute de l'utérus, devenir pour elles un véritable danger.

Aussi, en pareil cas, il faut soit pratiquer une intervention, telle que l'opération d'Alexander, ou la ventrofixation; ou bien avoir recours à l'usage d'un pessaire. Or, en présence de ces rétro-déviations mobiles, l'intervention n'est pas nécessaire, et le port d'un pessaire rend les plus grands services. M. Bouilly en a acquis la preuve dans un certain nombre de cas qu'il a observés, parmi les 80 exemples qui se sont présentés à lui depuis trois années.

Or, en pareille circonstance, l'usage d'un pessaire est tout indiqué. L'utilité de ces instruments paraît donc incontestable. Ils ne sont réellement dangereux que lorsqu'ils sont mal appliqués, ou lorsqu'on n'a pas pris la précaution de bien réduire l'utérus ou de maintenir convenablement sa réduction; enfin, il est encore une autre contre-indication à leur emploi, c'est l'existence d'une inflammation péri-utérine qui alors, dans l'espèce, constitue la principale maladie.

M. POZZI partage, en grande partie, l'opinion de M. Bouilly, et souvent a pu constater l'utilité des pessaires chez des femmes qui offraient des troubles nerveux réflexes multiples; c'est ainsi que, lorsqu'il est bien appliqué, le pessaire fait rapidement disparaître les douleurs épigastriques et les troubles physiologiques de l'estomac, qu'il est si fréquent d'observer dans les déviations utérines.

M. TERRIER reste peu convaincu de l'efficacité des pessaires en pareils cas; il ne s'explique nullement quel est leur mode d'action. Il n'a pas eu l'occasion d'observer autant de cas de rétro-déviation que M. Bouilly : toutefois il peut affirmer que bien peu souvent le port d'un pessaire lui a paru devoir être conseillé.

COMMUNICATION

Kystes hydatiques de la rate et du foie. — M. QUÉNU communique une observation de kyste de la rate, dans laquelle il s'agit d'un homme de trente-sept ans qui, en août 1887, présentait une volumineuse tumeur dans l'hypochondre gauche. Une ponction fut pratiquée et donna issue à un liquide contenant des crochets. Après une amélioration momentanée, une vomique non purulente apparaissait au mois de décembre, bientôt suivie de nouvelles vomiques contenant du pus et des hydatides. Lorsqu'il examina ce malade, en avril 1888, il constata à la partie inférieure du thorax, du côté gauche, une matité étendue et des bruits amphoriques, sans pouvoir reconnaître si la cavité kystique était intra ou extra-pleurale. Après avoir fait une incision de 10 centimètres le long de la neuvième côte, qu'il a partiellement réséquée, et fait une ponction sèche à ce niveau, il dut inciser un feuillet fibreux et très épais pour arriver dans une petite cavité, fermée par sa partie inférieure, qui adhérait intimement à la rate, et offrant à sa partie supérieure un petit orifice. Cet orifice ayant été agrandi, et la huitième ou neuvième côte ayant été réséquée, il mit au jour une immense cavité contenant des caillots, des fausses membranes et des hydatides. Traitée par le drainage et les injections boriquées, cette cavité kystique s'est de jour en jour réduite, puis transformée en un trajet fistuleux qui, six mois plus tard, se comblait et était suivi d'une guérison complète.

M. RICHELOT rappelle avoir déjà soutenu que la méthode de Récamier devait céder le pas à l'incision franche du péritoine; malgré les perfectionnements apportés récemment par M. Debove, dans le traitement par les ponctions et les injections à la liqueur de Van Swieten, il pense toujours qu'il ne faut pas avoir recours à cette méthode thérapeutique dans les kystes suppurés, dans les kystes vivants à poches multiples, à hydatides nombreuses, mais qu'elle peut être bonne dans les kystes les plus simples.

Mais comment savoir si un kyste est simple? Il peut être impossible, même après l'évacuation, de s'en faire une idée bien exacte. On est souvent exposé à des surprises, qui seront surtout fréquentes, si l'on se borne à la ponction, c'est-à-dire au traitement le plus aveugle. Aussi pense-t-il que la meilleure méthode est l'incision franche du péritoine, qui permet d'explorer le kyste et de le traiter d'après sa forme, son volume et ses rapports.

C'était la peur d'une laparotomie qui retenait beaucoup de chirurgiens. Mais il ne s'agit pas toujours d'une grande laparotomie; il peut arriver que le chirurgien, tombant sur des adhérences déjà faites et une tumeur de moyen volume, se borne à l'ouvrir, sans chercher à l'extraire, faisant ainsi, à peu de chose près, ce qu'aurait fait le gros trocart, avec cette différence que l'incision peut avoir la longueur suffisante pour évacuer d'emblée toutes les hydatides, et faire un nettoyage complet de la poche, ce qui n'est pas indifférent.

Mais l'incision franche est surtout intéressante, quand elle permet d'attirer au dehors un kyste saillant et de le réséquer largement; ou bien encore de l'atteindre dans l'épaisseur du foie et de suturer la poche et le foie lui-même à la plaie abdominale. Cette méthode offre le triple avantage de protéger parfaitement le péritoine contre l'effusion du liquide, de réduire le kyste au plus petit volume, de rendre facile tout traitement antiseptique, d'où la guérison plus sûre et plus rapide.

C'est ce qu'a fait M. Richelot depuis trois ans, et, dans deux cas récents, l'incision franche a été nécessaire pour établir avant tout le diagnostic. Dans l'un, il s'agissait d'une jeune femme de vingt ans, qui présentait dans l'hypochondre droit une tumeur mobile, paraissant indépendante du foie. La laparotomie pratiquée, M. Richelot est tombé sur une masse de tissu hépatique, formant un gros lobe surajouté au bord antérieur du foie et tenant à l'organe par un large pédicule. Une ponction capillaire révèle la présence d'un kyste inclus dans le parenchyme; après évacuation, le kyste et la lame de tissu hépatique qui le recouvre, sont suturés à la paroi abdominale, et en deux mois la guérison est complète.

La deuxième opération a également trait à une jeune femme de vingt-cinq ans, qui portait un kyste peu mobile et profondément situé, comme s'il venait du rein; au-devant de lui flottait l'intestin, reconnu par la sonorité que l'on percevait nettement; le diagnostic, comme dans le cas précédent, restait un peu douteux. L'incision abdominale faite, on a trouvé un kyste piriforme à paroi très dense et épaisse, et à contenu formé de vésicules sans aucune goutte de liquide. La guérison, après résection partielle, fut rapide et complète.

Dans ces deux cas, la ponction simple aurait été insuffisante, et aurait pu être dangereuse; aussi, le traitement des kystes hydatiques du foie doit se diviser en trois temps : incision franche du péritoine; exploration de la tumeur; traitement variable du kyste, approprié à son volume et à ses connexions.

DISCUSSION

M. DELENS a été témoin d'un fait qui prouve combien il est difficile d'affirmer qu'un kyste hydatique du foie peut être guéri à la suite d'une ponction. En 1874, il retirait par la ponction d'un semblable kyste trois litres de liquide. Pendant cinq ans, la guérison parut évidente, mais la sixième année, la tumeur reparaissait et, en trois ans, reprenait son volume primitif; à cette époque il a fait, chez ce malade, une nouvelle ponction qui n'a donné issue qu'à une très petite quantité de liquide.

M. BOUILLY a vu également le malade dont vient de parler M. Delens, et il lui a pratiqué la laparotomie. Le volume du kyste était énorme; il contenait une quantité extraordinaire d'hydatides; l'opération a été facile et la guérison rapide.

M. ROUTIER a vu un homme de quarante-quatre ans, qui portait un volumineux kyste hydatique du foie, dont le début remontait à une vingtaine d'années. Des signes de suppuration étant survenus, il pratiqua d'abord avec un gros trocart une ponction, qui ne donna aucun résultat; ayant alors fait l'aspiration avec la seringue à hydrocèle, il retira du kyste une masse blanchâtre et

épaisse ; il avait résolu de faire l'incision lorsque le malade succomba à une pneumonie.

M. MONOD a eu l'occasion d'opérer trois malades atteints de kystes hydatiques suppurés du foie. Chez le premier, après l'incision de la poche et le traitement ordinaire, il y eut une amélioration qui ne fut que momentanée ; le malade mourait quelque temps après et à l'autopsie on trouva, en arrière de la première poche, un autre kyste qui avait passé inaperçu.

Le second malade n'a rien présenté de particulier; la guérison a été complète.

Quant au troisième cas, il s'agit d'une petite fille de sept ans, dont le kyste très volumineux fut incisé et ne donna lieu à aucune complication, mais depuis cinq mois une fistule a persisté. Il y a quelques jours, en faisant le cathétérisme, M. Monod a senti à 10 centimètres de profondeur un corps dur, qu'il a extrait et qu'il a reconnu comme un petit fragment de tissu, ayant subi la transformation calcaire. Il est probable que c'était là la cause de la suppuration persistante.

M. MARCHAND a opéré l'année dernière un homme de soixante-huit ans, qui avait présenté, il y a quarante ans, une tumeur du foie, diagnostiquée kyste hydatique, par Roux et Blandin, Aucune opération n'avait eu lieu à cette époque et la tumeur semblait avoir disparu, lorsque, en 1888, elle s'est montrée au-dessous de l'appendice xyphoïde sous forme d'une petite tumeur molle, fluctuante et réductible. Après une ponction sèche, il l'a incisée suivant son plus grand diamètre et en a extrait une quantité de liquide épais, collant, pâteux, que l'on pouvait évaluer à deux litres au moins et qui était contenu dans une poche profonde, inaccessible à l'exploration ; les parois en étaient très épaisses et partout adhérentes ; après huit mois de lavages et d'injections antiseptiques, la guérison entière a été obtenue.

M. RECLUS a traité et guéri deux kystes suppurés du foie, qui ont présenté les particularités suivantes : dans l'un, développé chez une jeune fille de dix-neuf ans, que l'on avait soignée pour une pleurésie purulente, il a trouvé un tube de caoutchouc de 15 centimètres perdu dans la cavité kystique et donnant lieu à des phénomènes septiques; il a encore constaté sur cette jeune fille une hyperostose énorme siégeant entre la neuvième et la dixième côte.

Chez l'autre malade, le kyste occupait la face convexe et était recouvert d'une couche de tissu hépatique d'une épaisseur de 2 centimètres : c'est avec beaucoup de peine que, pendant l'opération, il a pu empêcher le liquide de tomber dans le péritoine : aussi, en pareil cas, serait-il disposé à adopter à l'avenir le procédé de Volkmann.

M. SEGOND dit que, relativement à l'intervention, tout le monde reconnaît la valeur de l'incision large ; personnellement il regarde l'opération en un temps comme préférable, en ce sens que l'on n'agit nullement en aveugle ; elle doit être mise en pratique sans hésitation pour les kystes suppurés. Dans les cas où il n'y a pas de suppuration, on peut à la rigueur opérer en deux temps. Malgré les progrès accomplis récemment par la méthode des ponctions et des injections, il faut ne pas perdre de vue que, souvent, par cette méthode, il n'y a qu'une guérison apparente, et que parfois il se produit silencieusement des désordres, devant devenir un jour dangereux. Aussi vaut-il mieux avoir recours à l'incision, dût-on s'exposer à avoir à lutter contre une fistule persistante.

RAPPORT

Ectopie testiculaire simple ou compliquée de hernie congénitale ; traitement par la célorrhaphie. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait un rapport sur une communication de M. Tuffier, relative à un mode spécial de traitement de l'ectopie testiculaire simple ou compliquée de hernie. Après avoir entraîné le testicule dans les bourses par une série de tractions, une sorte de massage du testicule et du cordon, il le fixe en passant quelques points de suture au catgut à travers l'albuginée ; ainsi se trouve constituée une adhérence destinée à lutter contre la tendance au retrait du testicule vers l'abdomen, sous l'influence des tractions du crémaster. M. Lucas-Championnière rappelle que déjà, en 1887, il a pratiqué une opération de ce genre, sur un enfant de sept ans, porteur d'une double hernie et atteint d'ectopie testiculaire ; la cure radicale des premières fut faite, et les testicules fixés au fond des bourses ; il a obtenu sur cet enfant une guérison qui s'est maintenue ; il a été le premier à faire cette opération.

L'opération, préconisée par M. Tuffier, est d'ailleurs plus simple ; mais elle n'est applicable que dans des cas où le malade est singulièrement facile à guérir.

Ce qui mérite d'attirer l'attention dans les observations de M. Tuffier, c'est la suite des tractions sur le testicule, manœuvre préalable pour abaisser l'organe dans les bourses ; elle a bien réussi entre ses mains, mais on peut craindre qu'il n'en soit pas toujours ainsi, en présence de fortes et solides adhérences. Dans les cas contraires, peut-être l'opération ne serait-elle pas toujours nécessaire, car on sait que la descente spontanée a souvent lieu.

PRÉSENTATION

Taille, suture complète de la vessie ; drainage prévésical. — M. POZZI présente un volumineux calcul de 8 centimètres de longueur sur 5 de largeur, qu'il a enlevé chez un vieillard de quatre-vingts ans. Dans cette taille, trois points sont à signaler : premièrement, la petitesse de l'incision vésicale, d'une étendue telle que le calcul ne l'a traversée qu'en la dilatant ; deuxièmement, la suture complète vésicale pratiquée par un double plan de sutures, l'un au catgut immédiatement en dehors des lèvres, et l'autre au fil de soie à 1 centimètre plus loin, sans intéresser, bien entendu, la muqueuse ; troisièmement, enfin, l'application d'un drain prévésical, et ne voulant pas utiliser, chez ce vieillard, la sonde à demeure, il a fait pratiquer le cathétérisme toutes les trois heures ; la guérison a été rapide.

M. SEGOND rappelle que déjà M. Lucas-Championnière a pratiqué en pareil cas une suture complète de la vessie, et il ajoute que si le cathétérisme devenait difficile, on pourrait recourir avec avantage à l'usage des sondes, qui, au lieu d'un œil, en possèdent plusieurs et sont ainsi plus propres à obtenir le dessèchement de la cavité vésicale.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

167. M. CARLIER. Doigt à ressort. — 168. M. LE CUZIAT. Du traitement du rein mobile douloureux ; de la néphrorrhaphie expérimentale. — 169. M. BARBEZIEUX. Contribution à l'étude de l'hydramnios. — 170. M. CROUSLÉ. Essai sur l'urticaire interne. — 171. M. VINANT. Valeur de la gastrotomie dans le cancer de l'œsophage. — 172. M. GILLES. Considérations médico-légales sur quelques observations d'avortement. — 173. M. ONIMUS. De l'action de la lumière sur les microbes. — 174. M. MARTIN. Du traitement de l'ozène vrai. — 175. M. BEHAGUE. Étude sur les paralysies alcooliques. — 176. M. POTIER. Traitement de la surdité consécutive à l'otite purulente. — 177. M. PERAINE. Des endométrites infectieuses; rôle des micro-organismes dans la pathogénie des maladies des femmes. — 178. M. DUBOIS. Causes de la mort pendant l'opération de la trachéotomie. — 179. M. DOREZ. La jalousie morbide. — 180. M. PROVOST. Étude sur les vomissements au début de la fièvre typhoïde. — 181. M. ANDRÉ. Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Le Fort (cloisonnement du vagin) ; résultats immédiats; conséquences éloignées. — 182. M. FORTIN. Névrite périphérique traumatique. — 183. M. SOULLIER. Du cancer primitif du méat urinaire chez la femme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 10 avril 1889, un concours s'ouvrira le 4 novembre 1889, à l'École de médecine de Limoges, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 avril 1889, la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Caen est déclarée vacante.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Escudier (de Séverac-le-Château).

— M. le docteur P. Bouloumié, secrétaire général de la Société de l'Union des femmes de France, fera une conférence le mercredi 17 avril, au siège de la Société, 29, Chaussée-d'Antin, sur « l'Organisation des hôpitaux de l'Union et leur fonctionnement en temps de guerre ».

— La Société libre d'agriculture, sciences, arts et belles-lettres du département de l'Eure vient de prendre l'initiative d'une souscription pour élever un buste à la mémoire du regretté créateur de l'anatomie clastique, M. le docteur Auzoux.

Nous signalons cette souscription à la bienveillante attention de nos lecteurs, qui peuvent adresser leurs offrandes, soit à M. Buisson, secrétaire de la Société libre de l'Eure, à Evreux ; soit à M. le docteur Taurin, rue Perronnet, 3, à Paris; soit à M. le docteur Baudré, au Neubourg (Eure).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Imprimerie F. Levé, rue Cassette, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a terminé aujourd'hui la discussion sur les poêles mobiles, discussion qui, nous n'en doutons pas, aura un grand retentissement dans le public, éveillera certainement l'attention des nombreux amateurs de ces poêles, mais n'arrivera pas à en faire proscrire ni même à en faire diminuer l'usage, parce que ce moyen de chauffage, si dangereux qu'il soit, est propre, commode, économique et chauffe très bien. Et cependant ces avantages sont-ils de nature à compenser les nombreuses catastrophes dont M. Lancereaux nous a fait le récit dans son intéressante communication ?

De toutes les inventions modernes, y compris les chemins de fer, il n'en est certainement pas qui ait fait proportionnellement plus de victimes que les poêles à combustion lente. Si encore ils n'étaient dangereux que pour ceux qui s'en servent; mais ils le sont autant, sinon plus, pour leurs voisins. De cette discussion, il doit, selon nous, ressortir cet enseignement pour nos confrères que partout où, dans leur clientèle, ils rencontreront un poêle mobile, ils devront prévenir des dangers auxquels il expose et même, autant que possible, en proscrire l'usage.

Voici les propositions auxquelles s'est arrêté M. Lancereaux et qui ont été adoptées à l'unanimité par l'Académie :

« 1° Il y a lieu de proscrire formellement l'emploi des appareils et poêles économiques à faible tirage dans les chambres à coucher et dans les pièces adjacentes; il faut éviter de faire usage des poêles mobiles.

2° Dans tous les cas, le tirage d'un poêle à combustion lente doit être convenablement garanti par des tuyaux ou cheminées d'une section et d'une hauteur suffisantes, complètement étanches, ne présentant aucune fissure ou communication avec les appartements contigus et débouchant au-dessus des fenêtres voisines. Il est utile que ces cheminées ou tuyaux soient munis d'appareils sensibles, indiquant que le tirage s'effectue dans le sens normal.

3° Il est nécessaire de se tenir en garde, principalement dans le cas où le poêle en question est en *petite marche*, contre les perturbations atmosphériques qui pourraient venir paralyser le tirage et même déterminer un refoulement des gaz à l'intérieur de la pièce.

4° Tout poêle à combustion lente, qui présente des bouches de chaleur, devra être rejeté, car celles-ci en supprimant l'utilité de la chambre de sûreté constituée par le cylindre creux extérieur, compris entre les deux enveloppes de tôle ou de fonte, permettent au gaz oxyde de carbone de s'échapper dans l'appartement.

5° Les orifices de chargement d'un poêle à combustion lente doivent être clos d'une façon hermétique et il est nécessaire de ventiler largement le local, chaque fois qu'il vient d'être procédé à un chargement de combustible.

6° L'emploi de cet appareil de chauffage est dangereux dans les pièces où des personnes se tiennent d'une façon permanente et dont la ventilation n'est pas largement assurée par des orifices constamment et directement ouverts à l'air libre; il doit être proscrit dans les crèches, les écoles, les lycées, etc.

En dernier lieu, l'Académie croit de son devoir de signaler, à l'attention des pouvoirs publics, les dangers des poêles à combustion lente et des poêles mobiles en particulier, tant pour ceux qui en font usage que pour leurs voisins; elle émet le vœu que l'administration supérieure veuille bien faire étudier les règles à prescrire pour y remédier. »

Avant la lecture de M. Lancereaux qui a clos la discussion, M. Dujardin-Beaumetz a fait connaître les résultats de nouvelles analyses faites par M. de Saint-Martin, et qui prouvent que ce n'est pas tant dans la quantité d'oxyde de carbone produit, que dans les conditions où se fait cette production que réside le danger des poêles mobiles, ces instruments anti-ventilateurs, ainsi que les appelle M. Dujardin-Beaumetz.

L'Académie a entendu, en outre, un intéressant travail de M. Budin sur la pathogénie des abcès du sein, et une nouvelle communication de M. Fort sur l'électrolyse linéaire; on en trouvera le résumé au compte rendu.

HOPITAL NECKER. — M. LE FORT.

De quelques faits cliniques.

Nous avons aujourd'hui un certain nombre d'opérations à faire : avant d'y procéder, il est nécessaire que je vous dise quelques mots de chacun des malades chez lesquels nous allons intervenir chirurgicalement.

I. Le premier de ces malades est un homme couché au nº 7 de la salle Malgaigne, et qui est entré dans notre service pour une double fistule à l'anus; il est, en outre, atteint d'une affection générale, autrement sérieuse, dans le cours de laquelle on rencontre assez fréquemment l'existence d'une fistule anale : je veux parler d'une affection tuberculeuse des poumons.

Chez les sujets tuberculeux, il est quelques chirurgiens qui ne veulent pas intervenir par une opération contre la fistule à l'anus ; celle-ci, cependant, est quelquefois une cause d'affaiblissement qui vient s'ajouter encore à celle qui résulte de l'état général. Chez le malade que je vais opérer tout à l'heure, les deux fistules ne donnent lieu qu'à un léger suintement, et, par conséquent, ne l'affaiblissent pas en réalité, mais elles l'incommodent et cet homme nous demande vivement de l'en débarrasser. J'ajoute que la tuberculose pulmonaire n'est pas encore très avancée chez lui. Dans ces conditions, je ne vois donc aucun inconvénient à l'opérer, mais, au contraire, quelque avantage à le débarrasser de son infirmité, c'est-à-dire de sa double fistule.

L'une de ces fistules — une fistule borgne — est située sur le côté interne de la fesse gauche, son orifice externe est entouré de callosités. Je vais inciser le trajet et le gratter avec la curette tranchante et compléterai mon opération en cautérisant ledit trajet avec le nitrate d'argent.

La seconde fistule — fistule complète — est située sur la fesse du côté opposé ; elle remonte à deux centimètres environ au-dessus du sphincter anal ; son orifice externe est plus rapproché de l'orifice anal. Ici l'opération ne sera pas tout à fait la même : ou bien je pourrai, par une incision de dedans en dehors, fendre le trajet fistuleux, et à l'aide de la curette tranchante enlever toutes les parties molles ; ou bien j'agirai de dehors en dedans sur la sonde cannelée et, par deux incisions latérales, j'enlèverai tout le tuyau de parties molles qui constitue le trajet, puis suturerai les parties incisées et chercherai à obtenir la réunion par première intention.

II. Le second malade est celui qui est couché au nº 27 de notre même salle Malgaigne.

Il s'agit d'un homme entré pour la première fois à l'hôpital, il y a près de quatre mois, pour un coup de pied de cheval qui l'aurait atteint à la face, assez légèrement, puisqu'il n'y eut qu'une plaie contuse. Après un assez court séjour, il s'en alla en apparence guéri ; cependant, au bout de peu de temps, un abcès se développait au niveau de la cicatrice, mais il n'eut, d'après le malade, qu'une médiocre importance et guérit bien. Pourtant, peu après, un second abcès se forma au même niveau, lequel, après avoir donné lieu à un écoulement d'une certaine quantité de pus par le nez, se ferma à son tour comme le premier, et encore une fois cet homme était considéré comme guéri et avait repris ses occupations ordinaires, lorsque survint un troisième abcès. Cette fois il est rentré à l'hôpital et a été placé dans nos salles.

Voici, d'ailleurs, dans quelles conditions il se présente aujourd'hui : on remarque, un peu au-dessus du sourcil gauche, une petite plaie qui pénètre dans le sinus frontal, ainsi que l'introduction d'une petite sonde nous permet de le constater. Cette petite plaie donne lieu à un peu de suppuration et l'on voit le pus couler par la narine du côté gauche. Il y a donc eu, selon toutes probabilités, lors du traumatisme primitif d'il y a quatre mois, soit une simple fêlure, soit une fracture du frontal au niveau du sinus ; de là ces abcès multiples et l'écoulement purulent nasal.

L'indication thérapeutique est donc d'inciser la cicatrice ancienne, de mettre l'os à nu, d'agrandir un peu mais suffisamment l'ouverture du sinus, d'en nettoyer avec soin la cavité en respectant toutefois la muqueuse.

III. Il y a deux ans, nous avons eu l'occasion de soigner un malade présentant une nécrose centrale dans chacun de ses humérus droit et gauche. Nous l'opérâmes en enlevant de chacun de ces deux os un séquestre, dont l'étendue ne fut pas moindre de 10 à 12 centimètres. Cette double opération avait été suivie d'une guérison parfaite, lorsque, dans ces derniers temps, il survint une paralysie des muscles extenseurs de l'un de ses bras. Peut-être cette paralysie était-elle le résultat de l'englobement d'une portion du nerf radial dans l'épaississement du périoste, pendant la reproduction de l'os néoformé. En même temps, une petite fistule s'est produite, venant s'ouvrir à l'extérieur, et le cathétérisme de son trajet avec une sonde a montré que l'os était à découvert. L'intervention que cette fistule nécessite nous permettra peut-être de nous rendre compte de la cause de la paralysie des extenseurs, et, par suite, nous fournira l'indication thérapeutique nécessaire pour conduire à bien la cure de cette paralysie musculaire.

HOPITAL BICHAT. — M. Henri Huchard.

De l'embryocardie.

Il y a quelque temps, mourait dans mon service une femme atteinte de fièvre typhoïde grave, et chez laquelle j'avais constaté, quatre jours auparavant, un syndrome important, auquel j'ai donné le nom d'embryocardie.

L'embryocardie n'est autre que le rythme fœtal des bruits du cœur.

Son syndrome est constitué par trois phénomènes :

1° La tachycardie;

2° L'égalisation en durée des deux silences du cœur;

3° La similitude de ses bruits.

Cette similitude des deux bruits provient de l'affaiblissement du second, lequel ressemble au premier par son intensité et son timbre. L'affaiblissement du second bruit signifie abaissement considérable de la tension artérielle, comme son exagération ou son retentissement au niveau de l'aorte veut dire que cette tension est plus ou moins considérablement surélevée.

Mais, pour que le syndrome de l'embryocardie existe réellement, la réunion de ces trois éléments cliniques est indispensable. Ainsi, l'embryocardie n'est pas du tout la même chose que la tachycardie simple. Dans celle-ci, et même lorsque l'accélération cardiaque est extrême, le grand silence est toujours conservé, et dans tous les cas il surpasse en durée le petit silence. En un mot, il y a de la tachycardie sans embryocardie, comme il y a de l'embryocardie avec une tachycardie modérée.

L'embryocardie correspond à deux états anatomiques ordinairement réunis : 1° à l'affaiblissement de la contractilité cardiaque par suite des diverses dégénérescences du myocarde (fièvre typhoïde, variole, etc.) ; 2° et surtout, à l'abaissement extrême de la tension artérielle, par suite d'une véritable parésie vasculaire.

Il y a un an, j'avais déjà insisté sur ce fait, et j'avais émis l'idée que, si le cœur possède un nerf frénateur, il existe également un autre frein (frein vasculaire), à la périphérie du système circulatoire. Ce frein est représenté par la contractilité artérielle. Celle-ci vient-elle à diminuer ou à presque disparaître ? le cœur bat à la dérive, et les symptômes d'asphyxie ou de cyanose se produisent avec d'autant plus de facilité que le moteur central a une fibre plus molle et plus altérée.

Il en résulte que le syndrome embryocardie a une signification pronostique très sévère. Il précède parfois de quelques jours les phénomènes si graves du collapsus, et il est assez souvent le symptôme avant-coureur de la mort, soit qu'elle survienne lentement, au milieu d'accidents qui ressemblent à l'asphyxie, soit qu'elle ait lieu brusquement, par syncope. En tous cas, si l'embryocardie s'observe plus souvent dans la fièvre typhoïde, on la trouve encore dans toutes les maladies aiguës qui portent une profonde atteinte à la contractilité cardio-vasculaire (pyrexies graves, scarlatine, diphthérie, phthisie aiguë, pneumonies infectieuses), à la fin des maladies chroniques et cachectiques, à la dernière période de l'asystolie dans les affections du cœur.

Dans ces cas, le danger est donc non seulement au cœur, mais aussi aux vaisseaux. Il en résulte deux indications thérapeutiques :

1° Relever la force contractile du cœur.

Naturellement, on pense à la digitale; mais dans ces conditions elle produit parfois de déplorables effets, comme dans tous les cas où elle s'adresse à un myocarde profondément altéré. Il faut donner la préférence aux injections sous-cutanées de caféine que je recommande à la dose de 4 à 10 par jour, chaque injection représentant 20 à 25 centigrammes de caféine. Celle-ci agit à un triple titre : comme tonique du cœur, comme tonique général et comme diurétique.

2° Relever la force contractile des vaisseaux, c'est-à-dire augmenter la tension artérielle.

Par conséquent, médicaments vaso-constricteurs. C'est l'ergot de seigle, déjà indiqué par Duboué (de Pau), qui remplit le mieux cette indication. Mais contrairement à sa pratique, je préfère la voie sous-cutanée, parce que l'absorption du médicament est plus sûre. On doit pratiquer ainsi quatre ou cinq injections d'ergotine ou d'ergotinine par jour. Mais, le plus souvent, l'ergot de seigle ne suffit pas; il faut y joindre l'usage de la caféine, dont j'ai recommandé le premier, depuis six ans, l'emploi en injections hypodermiques dans tous les états adynamiques; et depuis six ans, les résultats remarquables, parfois extraordinaires, que j'ai obtenus à l'aide de cette médication, n'ont fait que me confirmer absolument dans mon opinion première.

HOPITAL DE NIORT. — M. Eymer.

Rétrécissement traumatique de l'urèthre ; électrolyse linéaire.

La *Gazette des hôpitaux*, dans son numéro du 26 février dernier, a publié une intéressante observation de rétrécissement de l'urèthre, détruit par le procédé de M. le docteur Fort, l'électrolyse linéaire. Je viens de répéter avec succès la même opération; et, comme il s'est présenté certaines particularités, je crois devoir en publier la relation.

S..., meunier, quarante-six ans. Entré à l'hôpital, le 31 décembre dernier, tempérament sanguin; aucun accident diathésique. Rétrécissement uréthral traumatique, datant de onze ans — il était tombé à cheval sur le bord d'une planche. Il est situé vers la région membraneuse, et paraît avoir 1 centimètre de long. Il laisse passer à peine quelques gouttes d'urine. Celle-ci s'écoule, depuis un an, par *deux fistules périnéales*, d'une manière continue, et tient le lit constamment mouillé.

Tentatives de cathétérisme inutiles pendant dix jours. Après plusieurs bains, beaucoup de patience, et sans faire sortir une goutte de sang, je parviens à introduire une bougie en baleine n° 1 (Charrière). Le 21 février, je puis passer le n° 6. Malgré la douceur de main et beaucoup de ménagements, surviennent de la douleur dans le canal et des accès de fièvre du 21 au 28 (sulfate de quinine et suspension du cathétérisme). Les 10 et 11 mars, reprise du cathétérisme qui est insensible ; je décide l'opération.

Au lieu d'employer l'uréthrotome de Maisonneuve, dont je me sers d'habitude, craignant que la plaie qui doit en résulter ne soit le point de départ d'une fièvre urineuse, j'ai préféré tenter l'essai de l'électrolyseur de M. le docteur Fort, dont il est beaucoup parlé depuis quelques mois. J'ai, pour l'activer, la pile Chardin, munie d'un galvanomètre d'intensité. La tige de platine de l'électrolyseur qui m'est envoyé forme un angle de 7 millimètres de hauteur, et se termine par une bougie conductrice n° 6.

L'appareil fonctionne bien, car, appliqué sur l'aponévrose d'un muscle de bœuf, il la décompose en quelques minutes. Il réussit aussi bien contre le rétrécissement, mais après un temps assez long, soixante-cinq minutes en trois applications, les 12, 13 et 14 mars, de trente-cinq, vingt-cinq et cinq minutes — je pressais du bout du doigt, sur le bouton d'ivoire, d'un effort représentant le poids d'une livre — j'ai employé 10 à 15 éléments de la pile Chardin, donnant de 15 à 25 milliampères. Le malade a éprouvé un peu de douleur, aussi bien à la cuisse, sous le pôle positif où la peau rougissait promptement, qu'à l'intérieur du canal où agissait le pôle négatif.

Les suites ont été excellentes. Pas de fièvre ; pas d'écoulement de sang. Une sonde n° 14, en caoutchouc mou, passe facilement. Le malade urine sans effort et complètement.

J'ai passé de nouveau l'électrolyseur dans le canal, le 19 et le 27 mars, pendant cinq minutes, et j'ai pu introduire la sonde n° 15.

Le 31 mars, la miction se fait librement; l'urine ne sort plus par les fistules, le malade sort de l'hôpital.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 avril 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de M. Haller, professeur à la Faculté des sciences de Nancy, qui se porte candidat à une place de correspondant national dans la section des sciences physiques et chimiques.

PRÉSENTATION

Un cas d'aïnhum. — M. Legroux présente un enfant de dix ans, porteur de lésions congénitales d'aïnhum, siégeant à la cuisse droite et au quatrième orteil gauche (sillons d'étranglement) ; à la main droite (amputation de l'index et du médium), dont il ne reste plus que les premières phalanges en syndactylie.

Au pied gauche, amputation des phalangines du premier et du deuxième orteil, ce dernier croisant le gros orteil et le recouvrant en partie. La syndactylie est incomplète à la base où existe un canal capable de recevoir un mince stylet.

Il s'agit là d'un cas d'aïnhum exclusivement congénital, arrêté dans son développement, non symétrique, frappant indifféremment les doigts d'un côté, les orteils de l'autre, sans lésions motrices ou sensorielles, sans aucune gêne circulatoire, et qui

semble n'être que l'expression d'une maladie du derme ayant évolué pendant la vie intra-utérine.

Or, cet enfant est le sixième né d'une femme qui a eu 10 enfants, tous bien conformés. Sur ces 10 enfants, 4 sont morts, l'un de méningite tuberculeuse probable à l'âge de cinq ans, le deuxième à dix-sept mois, d'une bronchopneumonie, probablement tuberculeuse et consécutive à la rougeole, le troisième d'athrepsie, enfin le quatrième est né mort pendant l'accouchement, en présentation pelvienne.

Ni le père de cet enfant, ni la mère, ni les grands parents n'ont, semble-t-il, de tare pathologique, à laquelle on puisse rattacher ces déformations.

Enfin, la grossesse, pendant laquelle s'est développé ce sujet, a été normale et régulière.

Ce nouveau cas démontre, comme celui présenté par M. Proust, la similitude de certaines déformations et amputations congénitales, s'étant accomplies pendant la vie intra-utérine, par une sorte de sclérodermie annulaire ou sclérodermie circulaire de M. Verneuil, et des lésions attribuées par différents auteurs à l'aïnhum des nègres.

Ce serait ici un cas d'aïnhum intra-utérin. Reste à établir si la lésion et son évolution sont les mêmes, et quel trouble trophique nerveux, central ou périphérique, préside à son apparition.

LECTURES

Pathogénie des abcès de la mamelle. — M. BUDIN appelle l'attention de l'Académie sur les inflammations suppuratives de la mamelle localisées aux conduits excréteurs de la glande et se propageant parfois jusqu'aux acini.

On sait qu'à propos de la pathogénie des abcès du sein, trois opinions ont été formulées. La première rapporte tous les états de suppuration à des lymphangites dont les gerçures et crevasses du mamelon sont le point de départ; la seconde admet que le pus peut apparaître d'emblée au sein de la glande consécutivement à une mastite primitive portant sur les acini. Enfin quelques auteurs ont pensé que l'inflammation née dans les conduits galactophores pouvait en suivant les ramifications canaliculaires de divers ordres aboutir à la formation de collections purulentes dans le corps même de la glande. M. Budin a observé onze faits qui viennent à l'appui de ce processus pathogénique.

Dans ces cas il n'existait aucune érosion, aucune lésion ni sur le mamelon, ni sur l'aréole. En pressant sur la région aréolaire, en allant d'arrière en avant, on faisait sourdre par les orifices du mamelon une notable quantité de pus et l'on put par cette manœuvre, un peu douloureuse il est vrai, évacuer à peu près complètement le pus accumulé dans les conduits. Il s'agissait bien de pus, comme le démontre l'examen microscopique et bactériologique, et non de lait. Il n'y avait, dans les faits rapportés par M. Budin, ni rougeur des téguments, ni ganglions dans l'aisselle. La mamelle était tuméfiée, chaude, les accidents s'étaient annoncés par un malaise avec léger frisson et fièvre modérée. Huit fois la seule évacuation par expression de 2 à 4 cuillerées de pus a été suivie de guérison sans récidive ni complication.

En terminant sa communication, M. Budin insiste sur les dangers d'ophthalmie qu'encourent les nouveau-nés qui tettent une mamelle en suppuration; il cite quelques observations où des abcès multiples ont apparu chez des enfants qui avaient ainsi avalé du pus.

Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire. — M. FORT fait une lecture dont voici les conclusions :

Notre électrolyseur est un instrument nouveau.

On ne saurait imputer à notre procédé les récidives survenues après l'opération pratiquée par d'autres procédés.

Nos deux malades connus, et publiquement opérés à la clinique de M. le professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu, il y a bientôt un an, sont en bonne santé et sans menaces de récidive, quoiqu'ils n'aient pas subi de dilatation consécutive.

L'opération de l'électrolyse doit être préférée à l'uréthrotomie, à la dilatation et à la divulsion, même s'il était démontré que la récidive est la règle au lieu d'être l'exception.

Nous sommes en possession, pour le traitement des rétrécissements, d'un procédé rapide, indolore et absolument inoffensif, l'électrolyse linéaire, procédé qui substitue à l'incision une destruction linéaire non sanglante.

DISCUSSION SUR LES POÊLES MOBILES

M. DUJARDIN-BEAUMETZ pense que le danger des poêles mobiles ne tient pas tant à la quantité d'oxyde de carbone qu'ils produisent, qu'à la manière dont ce gaz est éliminé au dehors. Il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler que le foyer de la cheminée la mieux conditionnée produit autant d'oxyde de carbone que les poêles — lorsque le feu est couvert de cendre par exemple — et cependant l'usage de ces cheminées est loin d'être dangereux.

La différence entre ces deux modes de chauffage résulte de ce fait, que les gaz produits dans une cheminée s'échappent facilement au dehors, tandis qu'il en est tout autrement avec les poêles mobiles. C'est d'abord le couvercle, dont la fermeture n'est jamais absolument hermétique; c'est ensuite et surtout parce que, quoi qu'on fasse, les poêles ne tardent pas à présenter des trous, des fissures, ne fût-ce qu'au niveau des points où s'établit la réunion des diverses pièces de l'appareil, et que ces fissures suffisent pour laisser passer des quantités notables d'oxyde de carbone.

Mais ce n'est pas tout; le poêle le mieux conditionné, n'ayant aucune fissure par laquelle les gaz puissent s'échapper, suffit pour contaminer l'air de la chambre dans laquelle il se trouve. Il est vrai que, dans ce cas, il s'agit d'acide carbonique et non d'oxyde de carbone. Il résulte, en effet, d'une expérience faite à ce sujet, que, si on fait brûler pendant dix heures un poêle dans une chambre, l'air de cette chambre, qui contenait 29 centimètres cubes d'acide carbonique au début de l'expérience, en contenait 49 lorsque celle-ci était finie. Bref, et pour résumer, l'orateur dit que ces poêles sont surtout dangereux, parce que, loin de servir à l'aération d'une pièce, ce sont, au contraire, des antiventilateurs.

Comme conclusion de pareilles constatations, M. Dujardin-Beaumetz se range à l'opinion de M. Féréol, et dit que l'on doit fournir au public des indications précises au sujet des dangers des poêles mobiles.

Quant à une réglementation relativement à l'usage de ces mêmes poêles, il ne croit pas la chose possible. Comment, en effet, pénétrer chez un particulier pour voir si le mode de chauffage dont il se sert est ou n'est pas dangereux? Il faudrait, pour cela, que tout individu, possédant un poêle mobile, fût considéré comme tenant un établissement insalubre (établissement producteur d'oxyde de carbone). Or, il n'est pas besoin d'insister sur cette dernière nécessité pour montrer combien elle est inapplicable dans la pratique.

M. BROUARDEL dit que, si les poêles sont un danger, cela résulte surtout de ce qu'avec eux le tirage de la cheminée est toujours très faible, et que, sous l'influence de la cause la plus insignifiante, une légère modification dans l'état de l'atmosphère par exemple, il y a refoulement des produits de la combustion.

Darcet avait établi que, pour qu'une cheminée fonctionnât convenablement, il fallait que 65 p. 100 de la chaleur produite dans ce foyer se rendît au dehors, de façon à échauffer suffisamment la colonne d'air contenue dans cette même cheminée. Or, les poêles mobiles sont précisément construits de telle façon que la quantité de calorique rejetée au dehors soit réduite au minimum. C'est cette circonstance qui explique l'insuffisance du tirage des cheminées auxquelles se rend un tuyau de poêle mobile et qui permet de comprendre le refoulement gazeux.

En ce qui concerne le vote que va émettre l'Académie, il faut bien reconnaître qu'il s'agit simplement d'un avis à donner au public (cet avis restera le plus souvent platonique) et que, d'autre part, si elle appelle l'attention de l'administration sur les dan-

gers des poêles mobiles, celle-ci se trouvera fort gênée lorsqu'il s'agira de faire entrer dans la pratique les mesures qu'on lui aura signalées. Ces difficultés pratiques ne doivent pas arrêter l'Académie, du moment qu'il s'agit de parer à un réel danger; d'ailleurs, si elle obtient une réglementation quelconque, celle-ci aura tout au moins pour résultat de fixer les responsabilités en cas d'accidents, surtout lorsque ces accidents surviennent non plus sur les personnes qui font usage des poêles, mais sur leurs voisins.

Tout récemment, trois personnes ont été asphyxiées par le poêle d'un de leurs voisins. Les tribunaux ont été saisis, et ils ont déclaré que, dans l'état actuel de la législature, il leur était impossible d'établir le degré de responsabilité entre le propriétaire du poêle, le propriétaire de l'immeuble ou l'architecte de la maison.

M. VERNEUIL donne l'observation d'une double asphyxie arrivée à la suite de l'emploi d'un poêle mobile, utilisé cependant par les victimes dans des conditions qui paraissaient devoir les mettre à l'abri de tout accident.

Les malades guérirent, mais leur intelligence ne reprit son intégrité qu'au bout de quelques jours, la mémoire resta obtuse, des eschares apparurent aux pieds, aux avant-bras, à la pointe de la langue.

L'appétit ne revint qu'au bout de quelques mois, avec les forces physiques.

M. LANCEREAUX fait observer que tous les orateurs qui ont pris la parole dans cette discussion sont d'accord sur les graves dangers que présentent les poêles mobiles. Les opinions ne diffèrent que sur le point de savoir si l'industrie des poêles à combustion lente doit être abandonnée à l'initiative privée ou soumise à une réglementation administrative. Malgré les difficultés qu'il y a à édicter des mesures prohibitives en pareille matière, M. Lancereaux pense que, dans un État civilisé, l'administration doit s'occuper du bien général. Or, le poêle mobile est dangereux non seulement pour ceux qui s'en servent, mais encore pour l'ensemble des habitants d'une même maison. Il s'agit non d'un danger privé, mais d'un danger public. L'administration, il y a quatorze ans, a bien cru devoir réglementer la construction des cheminées en proscrivant le système unitaire et en exigeant que chaque foyer eût son tuyau dictinct. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour les poêles? Personne n'oserait trouver mauvaises les mesures que prend aujourd'hui l'administration contre l'insalubrité et l'insuffisance des logements. Or, une chambre dans laquelle brûle, en permanence, un poêle mobile, n'est-elle pas un logement insalubre et dangereux au premier chef? Mais, dit M. Vallin, ce n'est pas à l'Académie de prendre, dans le cas particulier, l'initiative d'une réglementation vexatoire et probablement inefficace. Si elle n'a pas mission d'intervenir directement, elle doit avertir le pouvoir supérieur des dangers que court la santé publique, et même lui indiquer les mesures propres à remédier à ces dangers.

Les recherches de MM. Dujardin-Beaumetz et de Saint-Martin ne modifient en rien ce que l'on sait des dangers des poêles mobiles, car ce qu'il importe de connaître, en pareil cas, ce n'est pas la quantité proportionnelle des gaz qui s'échappent par le tuyau d'un poêle ou d'une cheminée, mais bien la proportion des substances délétères qui se répandent dans la pièce où brûle ce poêle.

MM. Le Roy de Méricourt et Féréol, très partisans des poêles mobiles, se consolent des accidents qu'ils déterminent, en disant que les progrès réalisés dans les sciences appliquées ont été, à leur début du moins, achetés par quelques dangers, mais M. Lancereaux est loin de considérer l'invention du poêle mobile comme une grande découverte scientifique; c'est, à son avis, et ce sera toujours une invention malheureuse. Après cette discussion, les accidents pourront être moins fréquents et moins désastreux qu'autrefois, uniquement parce qu'on évitera de se servir des poêles mobiles, mais non parce qu'on s'en servira avec plus de précautions.

Ces accidents, d'ailleurs, sont des plus communs. M. Lancereaux rapporte, à l'appui de cette opinion, plusieurs nouveaux exemples d'accidents même mortels dus à l'emploi de ces poêles.

M. Potain a envoyé, au Conseil de salubrité, plusieurs observations des plus intéressantes, en ce sens que, dans la plupart, il s'agit de cas d'empoisonnement à distance. M. le docteur Poulet, médecin principal, a adressé de son côté le fait de l'empoisonnement général de toute une famille.

Dans cette dernière observation, rien ne pouvait faire prévoir le défaut de tirage du poêle mobile qui, jusqu'alors, n'avait occasionné aucun accident sérieux. Voilà précisément un des grands dangers de ce système, c'est qu'on est pris tout à coup et à l'improviste, par un fonctionnement accidentellement vicieux de l'appareil, et cela même lorsqu'il se trouve entre les mains de gens instruits.

Un cas, observé par MM. les docteurs Margerin (de Valenciennes) et Wannebroucq (de Lille), mérite d'attirer d'autant plus l'attention, que le poêle mobile, cause de la catastrophe, se trouvait loin de la pièce occupée par les victimes.

Il y a quelques semaines à peine, M. Lancereaux, se trouvant en consultation à Boulogne, M. le docteur Cloquet lui montrait la chambre où, six mois plus tôt, avait succombé, à l'asphyxie produite par un poêle mobile, deux jeunes gens de vingt à vingt-cinq ans.

Enfin, M. le docteur Aubert, de Bourg (Ain), lui adressait, il y a peu de jours, l'observation de la domestique d'un général, qui succomba en quelques heures à l'intoxication par l'oxyde de carbone, et dont le mari fut lui-même très malade. M. le docteur Aubert cite plusieurs autres exemples et fait mention d'un phénomène, déjà signalé par M. Lancereaux, et qu'il importe de connaître, parce qu'il est de nature à faire dévier le médecin de la voie qui peut le conduire au diagnostic de l'intoxication oxycarbonée. Il dit avoir remarqué que, chez les enfants de trois à dix ans, les poêles mobiles occasionnent fréquemment une toux trachéale très rebelle, à laquelle s'ajoute à la longue un certain degré d'anémie. En ce moment même, M. Lancereaux a, dans son service, plusieurs malades intoxiqués par l'oxyde de carbone, qui présentent cette toux trachéale. Il cite aussi l'exemple d'un enfant de deux ans, paralysé d'une jambe. La cause de cette paralysie n'est autre qu'un poêle à combustion lente, qui brûle en permanence dans la chambre de cet enfant.

Racontant ce fait, il y a quelques jours, à une dame de sa clientèle, celle-ci s'écria tout à coup : « C'est là évidemment la cause de la paralysie du chien de mon mari ! » En effet, cette dame et son mari étant à la campagne, un poêle mobile fut placé dans un escalier pour le chauffer, le chien prit bientôt l'habitude de dormir le museau placé tout près de la prise d'air de cet appareil, et c'est quelque temps plus tard qu'il fut paralysé du train postérieur.

M. Lancereaux rappelle également les faits d'empoisonnement à distance, communiqués par MM. Brouardel, Verneuil, Laborde. Dans le fait de M. Verneuil, l'intoxication oxycarbonée a eu pour suite, avec la perte de la mémoire, des eschares multiples. Dans celui de M. Laborde, le malade asphyxié fut plus tard atteint de ramollissement cérébral.

C'est là, d'ailleurs, un fait connu depuis longtemps et déjà signalé par M. Bourdon, qui a rapporté plusieurs exemples de ramollissement cérébral dans sa thèse inaugurale. Semblables faits ont été observés par Klebs, qui en a tiré l'indication de l'emploi de l'ergot de seigle à l'intérieur pour combattre les accidents causés par l'oxyde de carbone. Dolchen, enfin, a vu six cas de ramollissement cérébral produits par cette même substance.

M. Michel Lévy, dans un rapport au Conseil de salubrité, a relevé, du 12 novembre 1888 au 18 février 1889, cinq décès causés par les poêles mobiles; mais, à côté de ces accidents aigus, il existe des accidents chroniques beaucoup plus fréquents, mais moins connus.

M. Lancereaux a été consulté par une personne, âgée de trente ans, pour une céphalée et des vertiges, de la tendance aux lipo-

thymies, un anéantissement général et un désordre de la sensibilité tactile qui l'empêchait de diriger son aiguille et lui faisait croire qu'elle marchait sur du feutre. Elle avait, en outre, du tremblement de la langue, de la myiodopsie, des rêves nocturnes, une diminution notable de la mémoire, de mauvaises digestions et une décoloration manifeste des téguments. Cette personne se chauffait depuis trois ans à l'aide d'un poêle mobile marchant toujours en petite vitesse et placé dans la cheminée de la salle à manger. Les accidents dont elle se plaignait se manifestaient depuis trois ans, pendant la saison d'hiver, à partir du moment où elle commençait à allumer son poêle. Ce fait curieux montre tout à la fois les difficultés d'un diagnostic précis, en pareil cas, et l'ignorance où nous sommes encore de tous les accidents pouvant résulter de l'empoisonnement lent par l'oxyde de carbone, empoisonnement lent qui ne manque jamais de se produire chez les personnes qui séjournent dans des pièces chauffées par un poêle mobile, alors même qu'il marche aussi bien que possible.

Aussi, d'accord avec M. Gabriel Collin, M. Lancereaux est d'avis de proscrire le poêle à combustion lente partout où il y a une agglomération de personnes, surtout si ces personnes sont jeunes, et particulièrement dans les crèches, les écoles, les pensionnats, les lycées, les ateliers, les hôpitaux et les casernes.

M. Lancereaux tire de tous ces faits cette conclusion que ces poêles, en raison même de leur mode de construction, sont des appareils qui exigent des conditions d'installation spéciales, du moins en ce qui concerne les maisons à loyer comportant de nombreux logements.

Éclairer le public sur le danger des poêles mobiles n'est pas, dit-il, un moyen suffisant pour faire disparaître les cas d'empoisonnement par ces appareils ; l'Académie le comprendra et sera d'avis qu'il y a lieu d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur les dangers des poêles à combustion lente, non seulement pour les personnes qui s'en servent, mais encore pour la plupart des locataires d'une même maison, et de prévenir le public des dangers qu'il court en faisant usage de ces appareils de chauffage.

En conséquence, M. Lancereaux propose le vote de l'instruction suivante, conforme à celle du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine et, comme elle, destinée au public. (Voir au Premier-Paris.)

Traitement de la constipation. — M. **BOISSEAU DU ROCHER** lit un travail sur le traitement de la constipation.

Il propose l'emploi des moyens suivants :

Administration du citrate effervescent; galvanisation de l'intestin pendant la digestion intestinale; l'électrisation générale statique; tel est le traitement dont le résultat constant a été la guérison définitive en une dizaine de séances, chiffre moyen.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 avril 1889. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

COMMUNICATIONS

Syringomyélie. — M. **DEJERINE** fait remarquer que les cas, rapportés par M. Joffroy sous le nom de myélite cavitaire, n'appartiennent pas à la syringomyélie, telle qu'on la connaît depuis les travaux de ces dernières années. Dans la syringomyélie les troubles de la sensibilité (dissociation des différents modes de sensibilité) sont caractéristiques et permettent de porter le diagnostic pendant la vie. Les deux cas de M. Joffroy concernent des atrophies plus ou moins complexes, mais sans troubles de la sensibilité. On ne peut donc les faire rentrer dans la syringomyélie. M. Dejerine maintient ses conclusions antérieures, à savoir que toutes les fois qu'on se trouve en présence des symptômes de cette affection, on a affaire non point à de la myélite chronique, mais bien à une tumeur centrale de la moelle, à un gliôme médullaire.

M. **JOFFROY** répond qu'il a trouvé les lésions de la syringomyélie chez un sujet qui n'avait pas présenté, pendant la vie, cette dissociation de la sensibilité dont M. Dejerine fait — avec d'autres auteurs, du reste — la caractéristique clinique de la maladie.

Paralysie agitante et miroirs rotatifs. — M. **RENDU**, à propos du cas présenté dans la dernière séance, par M. Luys, se demande s'il s'agissait réellement d'une paralysie agitante, ou bien, au contraire, d'une forme particulière d'hystérie, forme qui n'a pas encore été étudiée systématiquement, et dans laquelle un tremblement masque les autres symptômes de la névrose. Il en cite plusieurs exemples.

Il croit donc qu'en présence d'un tremblement il faut tenir compte de cette variété d'hystérie, qui n'a pas encore été décrite, et qui peut en imposer pour une sclérose en plaques ou une paralysie agitante.

M. **LUYS** répond à M. Rendu qu'il dira volontiers de l'hystérie mâle — dont on veut faire une sorte d'entité morbide — ce qu'il a dit dans la précédente séance de la sclérose en plaques, à savoir qu'on en abuse peut-être, et qu'on en met là où il n'y en a pas.

Il ajoute qu'il maintient le diagnostic de paralysie agitante pour le malade qui a provoqué les observations de M. Rendu.

De l'embryocardie. — M. **HENRI HUCHARD** fait une communication sur ce sujet (Voir plus haut, p. 418).

M. **LABBÉ** ne veut pas discuter sur ce néologisme d'embryocardie, qui n'est peut-être pas très bon, car lorsqu'on entend les premiers bruits du cœur, il ne s'agit plus d'un embryon, mais bien d'un fœtus.

M. Labbé n'a pas obtenu une action diurétique marquée avec la caféine, même aux doses de 60 à 80 centigrammes par jour ; d'autre part, si on arrive à des doses beaucoup plus fortes, dans la fièvre typhoïde, par exemple, il semble que ce ne doive pas être sans danger pour le malade, à moins que tout ne soit pas absorbé.

M. **HUCHARD** ne tient pas outre mesure à la dénomination d'embryocardie.

Il répond aux deux objections de M. Labbé : 1° la caféine est inefficace ; 2° elle peut être nuisible, employée à haute dose.

La caféine a été inefficace entre les mains de M. L. Labbé, parce qu'il n'a pas employé des doses assez élevées.

Le médicament n'agit réellement qu'à la condition d'être donné à haute dose, et M. Huchard ne craint pas d'arriver à 2 ou 3 grammes par jour.

Pour répondre à la seconde objection, il lui suffirait de citer des cas très nombreux de fièvres typhoïdes ou d'états adynamiques quelconques, où l'emploi de 2 à 3 grammes par jour de caféine, en injections hypodermiques, n'a produit que des accidents sans aucune portée.

M. **HALLOPEAU** admet difficilement que les injections sous-cutanées de caféine aux doses que recommande M. Huchard soient sans inconvénients pour la peau. D'autre part, la diminution de la tension artérielle et l'affaiblissement de la contractilité cardiaque sont des phénomènes parallèles, et l'ergot de seigle s'adresse plutôt au cœur qu'au système artériel.

M. **HUCHARD** admet que ces injections sous-cutanées de caféine peuvent laisser à leur suite quelques indurations ou abcès.

Il ajoute que la diminution de la tension artérielle et l'affaiblissement de la contractilité cardiaque ne sont pas des phénomènes absolument corrélatifs, comme le pense M. Hallopeau. Quant à l'ergot de seigle, il croit bien qu'il a été regardé comme un médicament cardiaque, par quelques auteurs allemands. Mais c'est là une erreur. L'ergot de seigle est un médicament artériel et il n'agit que secondairement sur le cœur par l'intermédiaire du système artériel.

Douleurs névralgiques dentaires, d'origine centrale, guéries par les miroirs rotatifs. — M. **LUYS** fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 16 avril 1889, M. Demange, agrégé, est nommé professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Nancy.

— Par décret, en date du 16 avril 1889, il est créé une chaire de physique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, à partir du 1er novembre 1889.

— Pendant les vacances de Pâques, les bureaux du secrétariat seront fermés du vendredi 19 au mercredi 24 avril, inclusivement.

— *Concours d'agrégation (accouchement).* — Ordre de passage des candidats pour la leçon orale d'une heure : MM. Bureau, Auvard, Bonnavre, Turgard, Rivière, Bar et Chambrelent.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 47. — SAMEDI 20 AVRIL 1889 62e ANNÉE. SAMEDI 20 AVRIL 1889. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Les kystes des reins.

Par M. le docteur LEJARS, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

I

Sous le titre général de « Tumeurs kystiques du rein », on pourrait décrire, à l'exemple de Kœnig (1), toutes les tumeurs liquides du rein et du bassinet, les kystes et leurs différentes variétés, l'hydronéphrose, la pyonéphrose, et même le sarcome ou le carcinome kystiques : tumeurs fluctuantes, que relient de nombreuses affinités chirurgicales. Nous nous bornerons aux kystes proprement dits, développés et inclus dans le parenchyme rénal.

Il est très fréquent, aux autopsies, de rencontrer, à la surface des reins, de ces petits kystes, du volume d'une noisette, sous-capsulaires, séreux ; dans la néphrite interstitielle, les kystes miliaires sont une lésion accoutumée, et leur confluence est parfois telle, qu'on pourrait en faire une forme spéciale du rein scléreux, le *petit rein polykystique*.

De ces kystes, trop petits pour prêter jamais à une intervention chirurgicale, nous ne parlerons pas ; il en est d'autres qui constituent de véritables tumeurs, et dont l'histoire clinique et opératoire repose aujourd'hui sur un nombre notable d'observations.

Parmi eux, on doit distinguer plusieurs types : les *grands kystes séreux ou hématiques*, les *kystes hydatiques*, le *gros rein polykystique* (les kystes conglomérés, ou la dégénérescence kystique, des auteurs), qui est congénital ou se rencontre au cours de la vie.

Il faudrait remonter très loin pour retrouver les premières observations de kystes des reins : Willis, Bonnet, Léger, Bosc, Van Dœveren les signalent ; Plater attribue à leur rupture certaines ascites, hypothèse qu'admet Morgagni ; d'autres faits épars sont relatés par Bœhmer, Sandifort, Conradi, etc. Hufeland, le premier, décrit des kystes multiples, sous le titre de « dégénérescence kystique », et cette forme nouvelle est vue aussi par Rollet, Darles, Littre, Fabrice de Hilden, Howship, Bouillaud.

Ici prend fin la première période de l'histoire des kystes rénaux ; ils ne sont encore, le plus souvent, que des « trouvailles d'autopsie », et c'est à peine si une trace de classification est ébauchée entre eux.

Il faut venir au livre de Rayer (1), pour trouver un exposé anatomique et même clinique déjà précis ; il divise en trois variétés les kystes du rein : les kystes simples, les kystes acéphalocystes, les kystes urinaires, et, dans ce dernier groupe, il fait rentrer la « dégénérescence enkystée générale », dont « les cas sont rares, ajoute-t-il, et, notés par les anatomo-pathologistes, ont à peine attiré l'attention des médecins ».

Cette dégénérescence, Cruveilhier la représente à son tour, dans son Atlas (2), et la décrit sous le nom de « Transformation kysteuse du rein ».

Les travaux de Virchow tiennent une grande place dans cette période, qu'on pourrait appeler la période anatomo-pathologique ; Virchow décrit le rein polykystique congénital [1855] (3), déjà signalé par M. le docteur Bouchacourt (1843) ; une série de mémoires se succèdent (4), qui, tous, concluent au rôle pathogénique de la néphrite interstitielle.

En France, M. Lancereaux étudie les kystes hématiques du rein (5), et reprend à son tour l'histoire des autres variétés. Peu à peu, les observations se multiplient, et les caractères cliniques commencent à se dégager.

Les travaux plus récents ont porté surtout sur ce côté de l'histoire des kystes.

Les kystes hydatiques, déjà étudiés par Davaine (6), et par Béraud, qui en rapporte plus de trente observations dans sa thèse (1861), font l'objet des mémoires récents de Neisser (7),

(1) KŒNIG. *Lehrbuch der speciellen Chirurgie*, Bd. II, p. 205.

(1) RAYER. *Traité pratique des maladies des reins*, t. III.
(2) CRUVEILHIER. *Traité et Atlas d'anatomie pathologique*.
(3) VIRCHOW. *Abhandl. der physikalisch-medicin. Gesellsch.*, Würtzburg 1855. — *Pathologie des tumeurs*, 1867.
(4) BECKMANN (1856), ERICHSEN (1864), HERZ (1865), KLEIN (1866), *Arch f. pathol. anat.*
(5) LANCEREAUX. Société anatomique, 1858.
(6) DAVAINE. *Traité des entozoaires et Archives de médecine*, 1850.
(7) NEISSER. *Die Echinococcenkrankheit*, 1877.

de Simon (1), de Madelung (2), de Fick (3). Alberts, Baldini, Brodbury, MM. Péan, Bouilly, etc., en donnent de nouvelles observations ; et l'an dernier, Bœckel [de Strasbourg] (4), groupant, autour d'un fait personnel, vingt autres cas opérés, achève leur histoire clinique et pose les indications de leur traitement chirurgical.

L'histoire des grands kystes séreux est, semble-t-il, moins avancée ; les thèses de Touren (5), Rathery (6), Fontan (7), de Lamer (8), Cazaux (9), Chappuis (10) ; les *Bulletins de la Société de chirurgie* et de la *Société anatomique*, les Revues anglaises et allemandes en fournissent des observations de plus en plus nombreuses ; Rindfleisch, Birch-Hirschfeld, MM. Lancereaux (11), Cornil et Brault (12) complètent leur anatomie pathologique ; ils sont l'objet de fréquentes tentatives opératoires, ils figurent dans les statistiques de néphrectomie (Revues de M. Nepveu (13), de M. Quénu (14), etc.) et, à ce titre, ils sont étudiés dans un article de Wagner (15), et dans la thèse de M. Brodeur (16) ; mais les livres classiques ne leur accordent encore qu'une place fort restreinte, et aucun travail d'ensemble ne réunit les faits épars.

Il en est de même de la dégénérescence kystique. Peu à peu elle a conquis son autonomie nosologique. M. Laveran, en 1876 (17), après l'avoir nettement distinguée de « la dégénérescence kystique des nouveau-nés, des kystes hydatiques des reins, des kystes secondaires qui se développent à peu près constamment à la suite de la néphrite interstitielle, de l'hydronéphrose », esquissait les grands traits du processus clinique. La même année, paraissait la thèse de Michalowicz (18), inspirée par M. Malassez ; la dégénérescence kystique simultanée du foie et des reins est étudiée et rapprochée de la maladie kystique du testicule, de la mamelle et de l'ovaire. La thèse de M. Courbis (19), une longue et intéressante observation de M. Juhel-Rénoy (1) ne font que confirmer ces données. En 1882, le travail de M. Sabourin (2), qui fait époque dans l'histoire de la maladie kystique du rein, renouvelle toutes les données histologiques : nous y reviendrons. Tout récemment enfin, M. Hommey (3) en démontrant que la sclérose du parenchyme est secondaire, arrive à conclure nettement à l'origine, primitivement épithéliale, de la maladie kystique du rein, « qui a plus d'analogies avec les productions néoplasiques, qu'avec l'inflammation chronique ».

A l'étranger, C. Brigidi et Severi (4), Chotinsky (5), Strübing (6), Pawlowski (7), Wagner (8), rapportent de nouveaux faits, et leur ensemble devient assez considérable, pour que, sous le titre de *gros rein polykystique*, 63 observations puissent être rassemblées dans notre thèse (9).

Tout récemment, Danforth (10) a publié un nouvel essai de classification pathogénique des tumeurs kystiques du rein, et Philippson, dans un article intitulé : « Recherches anatomiques sur les kystes du rein » (11), a insisté de nouveau sur leur caractère néoplasique.

C'est là, en effet, que semblent tendre toutes les recherches contemporaines ; c'est à titre de tumeurs que les kystes du rein acquièrent un haut intérêt chirurgical.

II

On sait peu de chose de l'étiologie des kystes rénaux. Le gros rein polykystique paraît en être la forme la plus fréquente ; sans tenir compte des faits assez nombreux, où l'histoire clinique n'existe pas, nous en avons relevé 66 observations. Philippson (12) en rapporte une observation personnelle, et analyse 10 autres cas recueillis dans les musées ou aux autopsies. Une telle fréquence n'assure-t-elle pas, à la maladie kystique du rein, sa place marquée dans le cadre clinique ?

Les kystes hydatiques sont relativement rares. Davaine, sur un total de 566 cas de kystes à échinocoques, n'en a trouvé que 30 concernant les reins ; Neisser, sur 983 cas de kystes à échinocoques divers, n'en a relevé que 80 appartenant au rein, contre 451 localisés dans le foie ; d'après Thomas, sur 307 individus morts, en Australie, d'échinocoques divers, de 1867 à 1877, il n'y avait que deux faits d'échinocoques des reins, tandis que le foie figure pour 166 cas, et les poumons pour 53. Les kystes hydatiques, qui ont prêté à l'intervention chirurgicale, sont beaucoup plus rares encore (21 faits réunis par Bœckel). Quelle est la

(1) Simon. *Die Echinococcuscysten der Nieren*, Stuttgart 1877.
(2) Madelung. *Beitr. Mecklemburg. Ærtze zur Lehre von der Echinococcuskrankheit*, p. 131, Stuttgart 1885.
(3) Fick. Zur Casuistik der Echin. im Menschen, *Deut. Zeitsch. f. Chir.*, 1886, Bd. XIV, p. 355.
(4) Bœckel. *Étude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical*, Paris 1887.
(5) Touren. *Les kystes des reins*, Thèse de Paris, 1865.
(6) Rathery. *Essai sur le diagnostic des tumeurs abdominales chez les enfants*, Thèse de Paris, 1870.
(7) Fontan. *Sur les kystes du rein*, Thèse de Paris, 1875.
(8) De Lamer. *Contribution à l'étude clinique des kystes du rein*, Thèse de Paris, 1877.
(9) Cazaux. *Quelques considérations sur les kystes du rein chez l'enfant*, Thèse de Paris, 1878.
(10) Chappuis. *Du traitement chirurgical des tumeurs fluctuantes du rein*, Thèse de Paris, 1877.
(11) Lancereaux. Art. Rein, *Dictionnaire encyclopédique*. — *Traité d'anatomie pathologique*, 1875.
(12) Cornil et Brault. *Etude sur la pathologie du rein.*
(13) Nepveu. De l'extirpation du rein, *Archives générales de médecine*, 1875.
(14) Quénu. Revue critique sur la néphrectomie, *Archives générales de médecine*, 1882.
(15) Wagner. Casuistische Beitrage zur Nierenchirurgie, *Deut. Zeitsch f. Chir.*, 1886, Bd. XIV, p. 505.
(16) Brodeur. *De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein*, Thèse de Paris, 1887
(17) Laveran. De la dégénérescence kystique des reins chez l'adulte, *Gazette hebdomadaire*, 1876.
(18) Michalowicz. *Dégénérescence kystique du foie et des reins*, Thèse de Paris, 1876.
(19) Courbis. *Contribution à l'étude des kystes du foie et des reins et des kystes en général*, Thèse de Paris, 1877.

(1) Juhel-Rénoy. Dégénérescence kystique du foie et des reins, *Revue de médecine*, 1881.
(2) Sabourin. Contribution à l'étude de la dégénérescence kystique du foie et des reins, *Archives de physiologie*, 1882.
(3) Hommey. *Contribution à l'étude anatomique de la maladie kystique du rein*, Thèse de Paris, 1888.
(4) Brigidi et Severi. Contributio alla pathogenesi delle cysti renali, *Lo Sperimentale*, 1880.
(5) Chotinsky. *Uber Cystenniere*, Thèse de Berne, 1881.
(6) Strubing. Zur Symptomatologie der cystösen Nierendegeneration bei Erwachsenen, *Deut. Arch. f. Klin. Med.*, 1881.
(7) Pawlowski. Zur Frage über cystoide degeneration beider Nieren. *St-Pétersburg Med. Wochens.*, 1879.
(8) Wagner. Loc. cit.
(9) Lejars. *Du gros rein polykystique de l'adulte*, Thèse de Paris, 1888.
(10) Danforth. The evolution of the cystic Kydney, *Journ. of Americ. Med. Assoc.*, 20 octobre 1888.
(11) Philippson. *Virchow's Arch.*, 1888.
(12) Philippson. Loc. cit.

cause de cette rareté relative ? Bœckel l'attribue au long trajet que doivent parcourir les germes de tænia pour parvenir au rein (lymphatiques de l'intestin et du mésentère, canal thoracique, veine jugulaire, cœur droit, circulation pulmonaire, cœur gauche, aorte et artère rénale).

Les grands kystes séreux semblent un peu plus fréquents, si nous en jugeons par le nombre d'observations que nous avons pu recueillir (27 cas de kystes séreux ayant été l'objet d'un traitement chirurgical, 6 cas de kystes hématiques).

Si le gros rein polykystique se voit plus souvent chez l'homme (37 cas chez l'homme, 29 chez la femme), les kystes seraient un peu plus fréquents chez la femme, à s'en tenir aux chiffres que nous rapportons ; en éliminant deux faits de kystes hématiques très petits et constatés seulement à l'autopsie, et en réunissant les autres à la liste des kystes séreux, on obtient les résultats suivants : chez l'homme, 13 cas ; chez la femme, 16 cas. Sur 21 kystes hydatiques, il y en avait 9 chez l'homme, et 12 chez la femme.

C'est aussi à un âge un peu plus avancé que se montre d'ordinaire le gros rein polykystique, ou au moins qu'il est constaté, car sa lente évolution suppose un début bien plus précoce. Il s'observe le plus fréquemment de quarante à quarante-cinq ans, on l'a vu à soixante-treize, soixante-quatorze et même quatre-vingt-un ans, et aussi à vingt et un, vingt-trois ans, et même chez de tout jeunes enfants, où, sans doute, l'on a affaire à une forme congénitale, comme nous le verrons bientôt. Les kystes hydatiques se voient, en moyenne, de trente-trois à trente-cinq ans ; les kystes séreux, de vingt-huit à trente-trois ans, mais on en a vu chez des enfants de huit ans (Lannelongue), six ans (Hawkins), quatre ans (Wagner), deux ans (Rathery).

Ces données de l'âge et du sexe sont les seules qui aient quelque précision. On a incriminé le paludisme « qui paraît contribuer singulièrement à la dégénérescence kystique du foie et des reins » (Strübing), mais il ne se trouve, en somme, que rarement signalé ; l'athérome est assez fréquemment noté, il en est de même de l'arthritisme, de l'alcoolisme, de la lithiase rénale dans quelques cas. Mais il n'y a là rien de constant, et les diverses formes du rein kystique se rencontrent aussi chez des tuberculeux (Laveran), etc.

Le traumatisme figure très souvent dans le relevé des antécédents : c'est une chute, un coup de pied de cheval, un choc violent sur la région lombaire ou sur le flanc : il semble bien qu'il faille lui attribuer une réelle influence, sinon sur la production, au moins sur la marche de la tumeur et l'explosion des accidents.

III

Si les kystes des reins répondent à plusieurs formes très distinctes, l'ensemble de leurs caractères anatomiques permet pourtant de les associer dans une description commune ; nous étudierons d'abord les *kystes hydatiques*, les *kystes séreux* ou *hématiques*, le *gros rein polykystique de l'adulte* ; puis nous chercherons à rassembler les éléments encore épars de l'histoire du *gros rein polykystique congénital*.

L'aspect extérieur suffit pour donner au gros rein polykystique un cachet tout spécial, pour en faire une entité anatomo-pathologique. Rien ne ressemble à cette grappe kystique, si irrégulièrement bosselée et lobulée, qu'on dirait « le rein ficelé avec des cordes croisées dans tous les sens, de façon à produire des sillons à leur niveau, et des boursouflures dans leurs intervalles » [Hogg] (1).

A l'examiner de plus près, on démêle toujours un certain ordre dans l'arrangement et le volume relatif de ces kystes ; ils sont plus gros en avant et sur le bord convexe, plus fins vers le hile. Un fait intéressant, c'est le grand volume que peut acquérir une des poches de la masse polykystique, qui se détache, en quelque sorte, et s'isole du reste du rein ; dans l'observation de Prudden (2), il existait de chaque côté un large kyste, qui englobait le rein par sa face postérieure, y adhérait intimement, et semblait bien manifestement en être détaché ; les deux reins étaient farcis de kystes plus petits. Campbell (3) signale aussi que l'extrémité inférieure du rein (enlevé par la laparotomie), était en pleine dégénérescence kystique : l'extrémité supérieure était le siège d'un grand kyste à contenu épais. C'est là une sorte de parenté établie entre les deux formes kystiques.

Les kystes isolés, qu'ils soient hydatiques, séreux ou sanguins, sont arrondis ou ovoïdes, quelquefois bosselés, ou bien ils s'allongent par leur extrémité inférieure. Leurs dimensions varient beaucoup, il en est de gros comme une orange, comme le poing ; ils peuvent devenir énormes : l'un des deux reins polykystiques observés par Leichtenstern (4) pesait 1 500 grammes ; le kyste dont parle Rathery contenait 4 litres de liquide, « il descendait jusque dans la fosse iliaque, et le bord supérieur de l'os iliaque était dénudé et érodé » ; celui qu'Archer (5) enleva par la néphrectomie « pesait 5 livres et renfermait 18 pintes de liquide ».

Presque toujours, c'est en avant, du côté de l'abdomen, que la tumeur kystique bombe et devient accessible ; deux fois seulement, dans les vingt et une observations de kyste hydatique recueillies par M. Bœckel, la saillie existait à la région lombaire, et, une fois, des deux côtés ; dans nos observations de gros rein polykystique et de kystes simples, jamais il n'est noté que la tumeur fût exclusivement proéminente à la région lombaire, hormis le cas d'abcès périnéphrétique concomitant.

Ce grand kyste, ou cette masse polykystique, pour se développer, devra donc soulever le feuillet postérieur du péritoine, et refouler l'intestin grêle et les colons. Les deux lames des méso-colons s'écartent ; sur le devant de la tumeur, au moins au début, sont appliqués les colons ascendant ou descendant : rapport de haute importance, que nous retrouverons au diagnostic. On a vu le kyste s'accoler à la face postérieure de l'anse duodénale, ou encore, dans un fait plus anomal, s'infiltrer derrière le pancréas, « qui était reporté en avant et adhérait transversalement à sa face antérieure » [Hare] (6). A gauche, la tumeur repousse le diaphragme et le poumon en haut, en dedans et vers la ligne médiane, le cœur ; en haut et en avant, la rate qui devient transversale, en bas et en avant, l'estomac et le colon transverse ; à droite, le diaphragme, le poumon et le foie sont refoulés aussi ; l'estomac devient plus vertical et le pylore s'abaisse, quelquefois jusqu'au-dessous de l'ombilic ; l'angle droit du colon est abaissé avec lui, et l'arc transverse se contourne en haut et à gauche, pour re-

(1) Hogg. *Transact. of Patholog. Society of London*, 1860.
(2) Prudden. *New-York Med. Record*, 1888.
(3) Campbell. *Edimb. Med. Journ.*, 1874, p. 36.
(4) Leichtenstern. *Deut. Med. Wochensc.*, 1884.
(5) Archer. *Lancet*, 1882.
(6) Hare. *Transact. of Patholog. Society of London*, 1880-81.

joindre l'angle gauche et le colon descendant (Kœnig). Ces rapports étroits ne vont pas sans de fréquentes adhérences, au foie, à la rate, aux intestins, au mésentère, au grand épiploon, à l'estomac, à l'aorte : le relevé des néphrectomies en fait foi.

Mais il serait inexact de supposer que le rein, ainsi bridé par le feuillet péritonéal postérieur, soit fixé et immobilisé. Loin de là ; il semble, au contraire, que, sous le poids de la tumeur, et la traction en bas qu'elle exerce, les liens cellulo-adipeux de la capsule de Haller se relâchent : le rein descend dans sa loge, il devient mobile, et cette condition, révélée par l'examen physique, est celle qui prête le mieux à l'intervention radicale (1). Le rein devient même flottant dans quelques faits : témoins les reins polykystiques observés par Clarke (2), par Bergmann (3), le kyste hydatique relaté par Walter (4). Ewart (5) rapporte un fait de dégénérescence kystique du rein gauche, en ectopie congénitale : « Le malade était mort d'hématémèse, à trente-deux ans. Le rein droit présentait les lésions de la néphrite interstitielle ; le gauche fut découvert sur le devant de la colonne vertébrale, dans l'angle de divergence des deux artères iliaques primitives. Il était transformé en un kyste, gros comme une petite orange de Séville, et dans lequel on pouvait reconnaître quelques traces de la substance sécrétante ; l'uretère était court et étroit, mais entièrement perméable ; son orifice vésical avait le diamètre d'une épingle ; l'artère rénale gauche naissait de la bifurcation aortique, mais quelques petites artères venaient des deux iliaques communes. »

A part les points adhérents, la surface externe des kystes est lisse, unie, d'un gris blanchâtre, quand elle est épaisse ; mince et transparente et reflétant les teintes panachées de leur contenu, dans les poches du rein polykystique ; la couche celluleuse ambiante forme autour d'elle une coque qui l'épaissit ; elle va jusqu'à se calcifier, en certains cas [de Lapersonne] (6). Sur une coupe, c'est un gâteau aréolaire, dans le gros rein polykystique, et une série de cavités de toutes grandeurs, où bombe la paroi profonde des kystes plus externes. C'est une cavité unique et lisse, dans les grands kystes isolés, mais qui, assez souvent, présente des débris de cloisons, des liserés fibreux, des végétations ébauchées, et comme les témoins d'un fusionnement initial. « La cavité était cloisonnée incomplètement par de fausses membranes très épaisses et sans consistance ; sa face interne était recouverte de ces fausses membranes, elle était mamelonnée et ressemblait à l'estomac des ruminants » [Lannelongue] (7). Le kyste hématique que nous avons présenté à la Société anatomique et qui provenait du service de notre maître, M. le professeur Verneuil, était segmenté de brides et de demi-cloisons qui rappelaient les piliers et les cordages tendineux du cœur ; rampant sur sa face interne, on trouvait un réseau veineux, à branches volumineuses, et presque à nu dans la cavité kystique ; ces veines avaient sans doute joué un rôle dans la production de l'hémorrhagie intra-kystique (8).

(1) Bœckel. Loc. cit.
(2) Clarke. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1881.
(3) V. Bergmann. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1885, n° 46.
(4) Walther. *Brit. Med. Journ.*, 1883.
(5) Ewart. *Transact. of the Patholog. Society of London*, 1880.
(6) De Lapersonne. Kyste hydatique du rein gauche, etc., Société anatomique, 1880.
(7) Lannelongue. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1877, p. 569.
(8) *Bulletins de la Société anatomique*, 1888, p. 53.

Que trouve-t-on dans ces kystes ? La question a un intérêt tout spécial, pour la détermination, sinon de leur processus formateur, au moins de leur lieu d'origine. En 1856, Gallois (1) signalait la présence de l'urée dans un kyste du rein ; nous verrons plus tard à quelle condition ce fait peut acquérir une véritable valeur diagnostique. Toujours est-il qu'on trouve l'urée très fréquemment signalée : 6 grammes p. 100 (Strübing), 3gr 50 p. 100 (Duguet), 0gr 47 p. 100 (Czerny), 2gr 56 par litre (Duplay), dans le gros rein polykystique et les kystes séreux. On y a rencontré aussi l'acide urique (Chotinsky), la créatinine, la leucine, la cholestérine surtout, etc.

Le liquide des kystes hydatiques est ordinairement clair, transparent, peu dense ; il ne renferme pas d'albumine, mais du chlorure de sodium, de l'inosite et de l'acide succinique (Neisser) ; le liquide du gros rein polykystique, par contre, est à peu près constamment albumineux ; quelquefois même, l'albumine est très abondante (39,6 d'albumine sur 112 grammes de liquide, Duguet) ; pour les sels, ils sont à peu près les mêmes, chlorure de sodium et phosphates. Et c'est la même composition, avec quelques nuances accidentelles, que l'on retrouve dans les kystes séreux. Exceptionnellement, on a noté une odeur urineuse du liquide (Strübing). Mais ce contenu est susceptible de prendre un caractère tout autre, de devenir colloïde, de présenter la consistance d'une bouillie « qui ne put être évacuée qu'après l'incision de la poche » (Campbell) ; c'était une masse opaque, brune, demi-solide (Chotinsky) ; un magma mou et caséeux, composé de matière amorphe et granuleuse et de débris de cellules (Hogg) ; M. Ranvier avait étudié antérieurement (1867) les kystes athéromateux des reins (2).

Le kyste hématique, à l'état récent, est rempli de caillots ou d'un liquide foncé ; plus tard, son contenu se transforme ; c'est un magma mou, granuleux, rougeâtre, jaunâtre par points, et présentant un grand nombre de petits cristaux blancs ; à l'examen microscopique, on y trouve de la cholestérine et des globules rouges altérés (Lancereaux), ou bien, il devient noirâtre à l'extérieur, mou, blanchâtre, filamenteux au centre : c'est une masse fibrineuse enkystée [Siredey] (3).

Le gros rein polykystique ne contient plus que fort peu de parenchyme sécréteur, le processus néoplasique l'envahit en masse ; les kystes isolés, développés en un point du rein, le plus souvent, semble-t-il, vers sa partie postéro-externe, refoulent le reste de l'organe et s'en coiffent en quelque sorte ; ils le détruisent en grande partie, par compression, quand leur volume devient énorme. Nous verrons dans un instant quel est l'état anatomique ordinaire de ce parenchyme ambiant. Disons tout de suite que, dans les kystes unilatéraux, le rein opposé conserve rarement sa pleine intégrité ; il est le siège d'une hypertrophie compensatrice, qui peut le doubler de volume [Murchison] (4), il s'altère, il devient amyloïde ou graisseux, fait grave pour le pronostic opératoire.

Les voies urinaires inférieures sont ordinairement saines ; l'uretère est toujours perméable, quelquefois il est compris dans la paroi du kyste et chemine dans son épaisseur (Murchison) ; si le bassinet est assez souvent dilaté dans

(1) Gallois. *Gazette hebdomadaire*, 1857.
(2) Ranvier. *Journal de l'anatomie*, 1867.
(3) Siredey. Société anatomique, 1858.
(4) Murchison. *Traité des maladies du foie*, Obs. VIII.

le gros rein polykystique, le fait est dû peut-être à l'expansion produite par les bosselures kystiques du bord interne de l'organe. On a signalé l'épaississement de la muqueuse du bassinet (Leichtenstern), on a même voulu en tirer une déduction pathogénique; mais une particularité du plus haut intérêt, c'est l'existence, sur la muqueuse des calices, du bassinet et des uretères, d'une quantité considérable de kystes, ressemblant pour la plupart à des grains de mil, quelques-uns plus volumineux (Obs. de Hommey). M. Liouville avait trouvé aussi, sur les uretères d'une femme de soixante-huit ans, morte à la Salpêtrière, « une infinité de petits kystes, de la grosseur d'un grain de mil, et contenant de la sérosité rougeâtre, ainsi que de petits corps arrondis, ayant l'aspect des corpuscules de Gluge. Les reins contenaient beaucoup de ces petits kystes, et des corps durs et concrétés de matière jaunâtre colloïde, dans lesquels se retrouvaient à l'état de vestige des tubuli et des globules de sang (1). »

Nous serons brefs sur les lésions concomitantes d'ordre commun : les abcès péri-néphrétiques; l'hypertrophie du cœur gauche, fréquemment signalée dans le gros rein polykystique, et qui s'explique ici comme dans toutes les affections destructives du rein; l'hémorrhagie cérébrale, terminaison assez fréquente de l'affection, etc.

Mais on peut rencontrer, avec le gros rein polykystique, des kystes, et des kystes multiples dans d'autres organes; nous voulons parler de la dégénérescence kystique simultanée des reins et du foie, et même d'autres parenchymes. Wilks rapporte qu'il existe, au musée de Guy's Hospital, d'anciennes préparations de kystes simultanés du foie et des reins. Le premier examen anatomo-pathologique complet a été publié par Tavignot (2) en 1840; puis à cette première observation se joignent successivement celles de Bristowe [1856] (3), de MM. Lancereaux (1864), Chantreuil (1867), Joffroy (1868), Lebouché [1869] (4); enfin la thèse de Michalowicz (1876), celle de M. Courbis (1877), l'article de M. Juhel-Rénoy (1881), le mémoire de M. Sabourin (1882), complètent l'histoire de cette curieuse affection. Nous avons rassemblé dix-sept observations de dégénérescence kystique simultanée du foie et des reins. Quelquefois le parenchyme hépatique est dégénéré dans toute sa masse, il pesait 6 kilos dans le fait de M. Sabourin; plus souvent, les kystes, moins nombreux, sont groupés et localisés sur la face convexe et le bord antérieur : il semble, en un mot, que la lésion débute plus tard dans le foie et qu'elle y marche d'un pas plus lent. Mais il y a plus; on a vu se faire une sorte de généralisation du processus kystique; M. Caresme (5) a trouvé les kystes à la fois dans les reins, le foie et l'utérus; M. Lancereaux en signale dans le corps thyroïde et les vésicules séminales; Chotinsky, dans les deux ovaires. Comment expliquer ces faits? Ceci nous amène à l'importante question de la pathogénie.

IV

L'appoint que va nous fournir ici l'étude micrographique des kystes et du parenchyme rénal est encore très borné. Les examens publiés par M. Cornil (1), Strübing, Chotinsky, Brigidi et Severi, Hommey, pour le rein; ceux de M. Malassez et de M. Juhel-Rénoy, pour le foie, résument ce que nous savons, à l'heure actuelle, du processus histologique des kystes rénaux. Ces examens ont porté presque tous sur le gros rein polykystique; les grands kystes isolés ne présentent le plus souvent, au stade de développement où on les observe, qu'une paroi fibreuse revêtue d'épithélium plat. L'examen du rein kystique à un stade précoce de son évolution : tel est le desideratum qui reste à remplir.

C'est dans la substance corticale que les kystes hydatiques et la maladie kystique semblent débuter; quant à l'origine tubulaire ou glomérulaire des kystes simples ou des poches du gros rein polykystique, elle semble à peu près généralement admise. Dans les kystes de moyen et de petit volume, on trouve, dit M. Cornil, « des brides, des liserés fibreux, des cloisons incomplètes; ils offrent souvent un éperon saillant dans leur intérieur, qui les divise incomplètement en deux moitiés; de plus, à la périphérie des kystes, il existait des diverticules multiples; les cloisons et les diverticules de forme sphénoïde étaient toujours tapissés par des cellules plates de revêtement. Strübing, Chotinsky ont retrouvé ces liserés et ces débris de cloisons; Brigidi et Severi signalent même sur la paroi interne des kystes des sortes de papilles; sur plusieurs préparations de Beaudoin, relatées dans notre thèse, on apercevait, « sur la paroi interne d'un kyste, des saillies arrondies et pédiculées, présentant toutes les apparences de végétations recouvertes d'un épithélium ». Nitratée à l'état frais (Cornil, Babinski), la surface interne du kyste se montre revêtue d'une couche d'épithélium pavimenteux, entremêlé de quelques cellules cubiques; au-dessous, la paroi est formée d'une membrane conjonctive, ayant l'aspect d'un treillis plus ou moins serré, et logeant dans son épaisseur des tubes urinifères petits, atrophiés, aplatis parallèlement à la surface interne du kyste, et tapissés par une couche de cellules plates, analogues à celles qui se trouvent dans les tubes en anse (Cornil). Brigidi et Severi ont pu observer le processus à ses débuts : « On voyait des tubes remplis entièrement de jeunes éléments indiquant une activité proliférante de la part de l'épithélium qui revêt normalement les tubes urinifères. La masse cellulaire de remplissage formait de gros cylindres assez longs, les uns d'égale grosseur en tous leurs points, les autres d'inégale grosseur... Les éléments qui les composaient étaient petits, plus ou moins arrondis, possédant un protoplasma finement ponctué et un noyau central; la majeure partie mesuraient 9 à 10 μ de diamètre; les autres étaient plus grands, et ils avaient un diamètre variant de 12 à 16 μ... Sur les préparations de kystome rénal, nous pûmes voir clairement que quelques tubes contournés et autres tubes collecteurs, dans la partie corticale, étaient distendus par des cylindres solides d'épithélium, indiquant manifestement une néoplasie. »

Les kystes du foie s'observent généralement à un stade plus jeune; aussi a-t-on pu y trouver plus nettement les différents modes de l'altération épithéliale. Leur revêtement interne est formé d'une seule couche d'épithélium polyédrique, cylindrique, aplati, et même, par places, caliciforme; et cette polymorphie épithéliale serait un des meil-

(1) Liouville. Société anatomique, 1868, p. 149.

(2) Tavignot. Société anatomique.

(3) Bristowe, *Transact. of patholog. Society of London*.

(4) Chantreuil. Joffroy, Leboucher. *Bulletins de la Société anatomique*.

(5) Caresme. Société anatomique, 1865.

(1) Cornil. Examen du rein kystique présenté par M. Dubar, Société anatomique, 1880.

leurs arguments en faveur de la nature du processus, d'après M. Malassez. Dans le rein polykystique, où les kystes sont généralement trop anciens pour qu'on y retrouve ces diverses formes épithéliales, il a pu voir, dans un cas, sur les coupes, des traînées épithéliales se prolonger dans l'épaisseur des parois du bassinet.

Enfin, tout récemment, M. Hommey a démontré que les altérations scléreuses du parenchyme, autour des kystes, étaient secondaires; déjà M. Laveran avait proclamé l'indépendance de la dégénérescence kystique des reins et de la néphrite interstitielle. M. Hommey, sur un rein où la maladie kystique était encore en voie d'évolution, a pu constater l'intégrité complète du parenchyme « dans les endroits où les kystes ne sont pas encore développés, autour des petits kystes, quelquefois même autour des kystes d'un certain volume, pourvu qu'ils soient isolés; le plus souvent, c'est autour des kystes de 3 à 4 millimètres de diamètre, que le tissu scléreux commence à se développer; la sclérose est manifestement en rapport avec le volume et l'accroissement du kyste ».

Ce sera sur cette intégrité primitive du parenchyme, d'une part, et sur ces marques d'un processus épithélial actif, d'autre part, que l'on pourra fonder, en partie du moins, l'explication pathogénique des kystes du rein.

V

On peut aujourd'hui faire abstraction de quelques opinions autrefois émises, telles que l'hémorrhagie intra-glomérulaire, ou encore l'origine conjonctive des kystes, qui seraient nés de toutes pièces dans le tissu interstitiel du rein (Beckmann, Hertz, Erichsen). En somme, deux théories seulement restent en présence : celle de la rétention et la théorie épithéliale ou néoplasique.

La théorie de la rétention a longtemps régné. Obstruction d'un canalicule urinifère, ou encore double arrêt isolant un segment de canalicule, rétro-dilatation sous la pression de l'urine qui continue à être sécrétée; telle est la théorie si simple à formuler. L'obstacle, ce sera un gravier ou un petit calcul rénal, encombrant les voies de l'urine; M. Lecorché insiste sur la coïncidence fréquente de la lithiase rénale et des kystes : « C'est le plus souvent chez des individus atteints de lithiase urinaire qu'on les rencontre. Il se forme dans ces cas des calculs qui, obstruant les canalicules rénaux, amènent une rétention de l'urine en amont de l'obstacle et ultérieurement une dilatation kystique. » Et de fait, la lithiase rénale est quelquefois signalée dans les observations du rein kystique (Duguet, Hommey, etc.). Bien plus souvent, ce qui produit l'arrêt, c'est la sclérose, c'est la néphrite interstitielle. Leichtenstern veut même expliquer, par la localisation initiale de la sclérose, celle des kystes à leur début : « L'irritation inflammatoire, écrit-il, s'attaque en première ligne et d'une façon prépondérante aux artérioles droites. De là résulte une néphropapillite interstitielle primaire, qui amène l'occlusion, l'oblitération des canaux collecteurs isolés, et ainsi la formation kystique. » Ce qui expliquerait l'origine première des kystes dans la substance corticale, où ils demeurent longtemps en quantité prédominante.

Mais il est prouvé que la sclérose est secondaire, qu'elle est en rapport direct avec l'expansion des kystes (Hommey). Et d'ailleurs, à un examen plus précis des conditions anatomo-physiologiques, il ne semble pas que la rétention seule soit jamais suffisante à produire un kyste d'un certain volume, et, à plus forte raison, les cavités quelquefois énormes des grands kystes isolés. Qu'on suppose un canal urinaire oblitéré, l'urine, toujours sécrétée dans le glomérule, s'accumule dans le bout isolé, le distend, dilate aussi la capsule glomérulaire et refoule contre sa paroi le peloton vasculaire; la pression ne tarde pas à être telle, dans ce kyste en formation, que, sous les seules forces de l'endosmose, tout nouvel afflux de liquide devient physiquement impossible. Il faut autre chose que ces agents absolument mécaniques. Et du reste, l'expérience est faite pour plusieurs organes glandulaires, pour le rein lui-même : quand on lie l'uretère, le parenchyme rénal se sclérose (Charcot et Gombault); quand on lie le canal de Sténon, la parotide s'atrophie [Arnozan et Vaillard] (1).

La sclérose ne saurait expliquer que les petits kystes, ceux de la néphrite interstitielle, par exemple : et, même pour ces kystes, MM. Cornil et Brault supposent l'intervention de l'activité épithéliale : « Il est impossible d'expliquer la genèse des kystes dans la néphrite interstitielle et dans toutes les variétés de cirrhose rénale, si l'on n'admet pas que les épithéliums jouent dans la production du phénomène le rôle principal. Ce n'est pas là une propriété particulière aux épithéliums du rein ; tout au contraire, on peut dire que c'est une propriété commune à tous les épithéliums de revêtement des glandes. Nous rappellerons les faits de transformation simultanée du foie et des reins, les observations de transformation kystique, du testicule et de la mamelle. Dans tous ces cas, le mécanisme paraît identique. Il resterait à trouver la raison du développement de la plupart des tumeurs en général. »

Il y a une réelle analogie entre les diverses formes de kystes de l'ovaire et celles des kystes rénaux. Le petit kyste rénal, isolé, séreux, tel qu'on le rencontre souvent, correspond au kyste folliculaire; quant au cysto-épithéliome, c'est le gros rein polykystique.

Au type de l'épithélioma mucoïde doivent se rapporter, en effet, ces maladies kystiques de l'ovaire, du testicule, de la mamelle, du rein et du foie. Les caractères macroscopiques de l'affection, sa bilatéralité, sa marche clinique et son évolution sont déjà autant d'affinités; les faits histologiques aujourd'hui acquis, et que nous avons exposés, confirment ces données premières, et c'est en les complétant qu'on obtiendra une conclusion définitivement positive.

Mais, entre les grands kystes séreux et la forme polykystique, il existe aussi une relation. Si les cavités du gros rein ne peuvent se créer sans un processus néoformateur épithélial, n'en sera-t-il pas de même, et à meilleur titre encore, des grands kystes ? N'a-t-on pas vu quelquefois la grande poche séreuse émergeant en quelque sorte d'un fonds kystique, les tubuli dilatés et bourrés d'épithélium autour d'elle et près de sa base d'implantation ? Ici encore, c'est à une histologie plus complète qu'il faut en appeler.

Le kyste hydatique ne présente rien de spécial dans le rein. Quant aux kystes hématiques, leur histoire se rattache étroitement à celle des kystes séreux : il faut distinguer les kystes primitivement et secondairement hématiques. En 1851, M. Labric présentait à la Société anatomique, sous le titre de « Tumeur sanguine volumineuse développée à la partie inférieure du rein », une tumeur du volume d'une

(1) Arnozan et Vaillard. Société de biologie, 1883.

tête de fœtus, bosselée et noirâtre, formée de loges renfermant des caillots fibrineux ou bien du liquide séreux, et développée sous la tunique propre du rein entre la substance rénale et son enveloppe soulevée. Une artère assez volumineuse partant de l'artère rénale se rendait à la tumeur. Il semble bien qu'ici le premier fait ait été une rupture vasculaire, avec enkystement ultérieur du sang épanché. Dans la plupart des cas, c'est sur la paroi d'un kyste séreux que se fait une rupture ou une ulcération vasculaire, qui rend hématique son contenu ; c'est l'opinion qu'émet Léopold (1) en relatant l'observation d'un gros kyste hématique, enlevé par lui : « Quant à l'hémorrhagie intra-kystique, elle était due soit à ce que des vaisseaux de plus en plus volumineux se trouvaient englobés par l'extension progressive de la capsule kystique; soit à ce que les vaisseaux voisins, allongés et étirés par la distension du kyste, se rompaient en plusieurs points et communiquaient avec lui. » Nous avons signalé plus haut, sur la paroi interne d'un grand kyste hématique observé par nous dans le service de M. le professeur Verneuil, un volumineux réseau de veines thrombosées, qui avaient été certainement le point de départ de l'hémorrhagie intra-kystique.

VI

Nous arrivons au gros rein polykystique congénital. Nous chercherons à en grouper les observations éparses dans les mémoires anatomo-pathologiques ou parmi les cas de dystocie, et, de cet ensemble, à dégager les lignes principales de son histoire.

La première observation est relatée par Osiander (2); puis viennent celles de Massa (3), d'Œsterlen (1840), de Heusinger, Meckel, Chaussier, Sandifort, Höring, Pappenheim (1841).

En 1843, dans un article des *Archives générales de médecine*, M. le professeur Bouchacourt inaugure l'étude de ce qu'il appelle « la dégénérescence hydatique et hydatiforme des reins, chez le fœtus »; il y revient, en 1845, dans la *Gazette médicale de Paris*, et encore, dans un nouvel article de la *Gazette des hôpitaux*, en 1853. La dégénérescence hydatiforme n'est autre que l'hydronéphrose congénitale, généralement due à un vice de conformation de l'urèthre ou de l'uretère; la dégénérescence hydatique, c'est le gros rein polykystique; M. Bouchacourt en rapporte plusieurs faits, il insiste sur la dystocie qui en est résultée, expose les indications de l'intervention obstétricale, « la ponction, la perforation du ventre, l'arrachement des tumeurs, etc. ». Quant à la pathogénie, il se borne à dire que ce sont « de vraies hydatides qui se sont développées dans le tissu rénal, comme celles du foie, de la rate, du poumon et du cerveau ».

C'est en 1855, dans les *Comptes rendus de la Société des sciences phys. et médic. de Wurtzbourg*, que Virchow publia ses premiers faits; il attribuait les kystes à la rétention, il l'attribua d'abord elle-même aux infarctus uratiques, qu'il avait aussi décrits; mais bientôt il fondait sa théorie de l'atrésie papillaire; il la développe et la confirme dans son *Traité des tumeurs* (1867), et, en 1869, dans une note des *Arch. für Pathol. Anat.*, qui sert de complément à une intéressante observation de Brückner.

(1) Léopold. *Arch. f. Gynœkol.*, Bd. XIX, 1882.
(2) Osiander. *Gemeins. Deut. Zeitschr. f. Geburtskunde*, 1821.
(3) Massa. *Journal de Siebold*, 1831.

En France, après les faits de MM. Gailleton et Ollier (1), de M. Carbonel (2), une discussion s'élève à la Société anatomique, en 1868 (3), à l'occasion d'une nouvelle observation présentée par M. Suchard ; M. Ranvier se demande si « ces kystes sont le résultat d'une néoformation ou d'une rétention de l'urine avec dilatation des canaux urinifères »; M. Brouardel rappelle, au cours de la même séance, que ces kystes sont lésions assez fréquentes dans les arrêts de développement du rein. La même année, Koster publie une nouvelle étude pathogénique (4).

Plus récemment, M. le professeur Lannelongue, dans son *Traité des kystes congénitaux*, résume l'histoire de la dégénérescence kystique du rein chez les nouveau-nés, et l'associe à celle de l'hydronéphrose congénitale ou hydronéphrose primaire, étudiée par English.

Depuis, Roswell Park, en 1886, dans un travail sur la dégénérescence kystique du rein (5), fournit quelques notions anatomo-pathologiques nouvelles, et un cas de rein polykystique, chez un enfant de vingt-trois mois, enlevé avec succès. D'autres faits sont publiés par Cohn (6), par Wolff (7); enfin, Nieberding (8), à l'appui d'une observation personnelle, reprend à nouveau les théories pathogéniques des auteurs, et cherche à leur substituer une nouvelle conception.

Nieberding a recueilli dans la science 20 cas de rein kystique congénital; nous y joindrons 16 autres faits, et ce chiffre total de 36 cas, qu'il serait facile de grossir encore, suffit à démontrer que la maladie kystique du rein doit avoir sa place au chapitre de la dystocie par tumeurs du fœtus.

Nous avons vu, à l'hôpital Cochin, un fœtus à terme mort-né, qui présentait dans sa forme typique la dégénérescence kystique du rein ; l'abdomen, énorme, était soulevé par deux reliefs arrondis et verticaux qui se dessinaient sous sa paroi; les deux reins, à peu près également dégénérés, le remplissaient presque en entier. C'étaient deux grappes finement bosselées à leur surface, et teintées de jaune, de brun, de rouge, suivant les kystes; l'uretère, de chaque côté, la vessie et le reste des voies urinaires étaient normaux.

C'est donc l'aspect du gros rein polykystique de l'adulte. La bilatéralité semble être, là aussi, une loi, mais une loi qui n'a rien d'absolu ; sur les deux jumeaux observés par M. Carbonel, la dégénérescence kystique n'existait que du côté droit; et plus loin, nous citerons quatre faits de rein polykystique unilatéral, chez des enfants assez jeunes pour que la maladie ait sans aucun doute une origine congénitale, et c'est même, dans de tels faits, la localisation à un seul rein qui permet la survie.

Ce volume énorme est presque de règle; les reins pèsent

(1) Gailleton et Ollier. Développement anomal des deux reins, in *Gazette médicale de Paris*, 1855.
(2) Carbonel. Société anatomique, 1865.
(3) Suchard. Kyste du rein chez le fœtus, *Bulletins de la Société anatomique*, 1868, p. 229.
(4) Koster. Origin of the congenital renal cystoïd, *The Quaterly Journ. of Med. Science*, 1868.
(5) Roswell Park. Concerning Cystic Degeneration of the Kidney, *The Med. Press of Western New-York*, août 1886, analysé in *Centralbl. f. Chir.*, 1887, p. 32.
(6) Cohn. *Centralbl. f. Gynœkol.*, 1885, p. 12.
(7) Wolff. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1886.
(8) Nieberding. Cystose Nieren degeneration des Fotus als Geburtshinderniss, *Münchener Med. Wochens.*, XXXIV, p. 33, 1887.

1 kilogramme dans le fait de Siebold, 1200 grammes et plus, dans d'autres cas; quelquefois ils sont moins gros : comme des reins d'adultes (deuxième Obs. de Cohn), ou moins encore (première Obs. de Cohn). N'y a-t-il pas là plusieurs types d'origine différente ?

Le volume relatif des kystes varie beaucoup : il est à remarquer que les plus gros se rencontrent ordinairement dans les papilles ou dans la zone ambiante. Leur paroi, fibreuse, plus ou moins amincie, est tapissée d'un épithélium cubique par places, plus souvent aplati (Suchard, Nieberding). Entre les kystes, le tissu parenchymateux, conservé en proportion variable, laisse encore reconnaître les canalicules urinifères, et, en quelques points, des glomérules; dans plusieurs examens microscopiques, on trouvait sur les canalicules urinifères des dilatations sacciformes latérales, ou des renflements en ampoule, à leur extrémité, origine, semble-t-il, des dilatations kystiques. Quant aux papilles, elles sont presque toujours infiltrées de kystes, ou atrophiées, fibreuses, atrésiées (Virchow); elles manquent même totalement (Chotinsky); ou bien une seule s'est développée, et forme un étroit mamelon fibreux (1).

Le liquide des kystes est clair, citrin, urineux quelquefois, ou coloré par du sang en brun, en rouge; ou encore c'est une sérosité claire. On y a trouvé de l'urée, de l'acide urique (Ranvier), de l'acide hippurique (signalé par Lannelongue); quelquefois il ne diffère pas du contenu des kystes de l'ovaire; Witthaus y a signalé des cellules de Drysdale, analogues à celles que l'on trouve parfois dans ces derniers kystes.

L'état des voies urinaires inférieures aurait un grand intérêt pathogénique, mais il donne peu d'indications. Assez fréquemment, les calices, le bassinet et la partie supérieure de l'uretère, étaient le siège d'une dilatation relative qui correspondait à l'accroissement de volume du rein; les calices étaient oblitérés, l'uretère très fin, la vessie atrophiée et réduite à une cavité linéaire, dans la deuxième observation de Cohn, dans un fait de Chotinsky; l'uretère manquait, sur le sujet de M. Carbonel, mais il ne s'agit pas là d'un fait absolument typique. Presque toujours, les voies urinaires sont normales, aucun rétrécissement, aucun obstacle n'existe sur leur trajet, la lésion reste localisée au rein, et la rétention, si elle existe, doit être exclusivement rénale.

La dégénérescence kystique congénitale peut s'accompagner, comme chez l'adulte, de dégénérescence kystique du foie : ainsi en était-il dans l'observation de Witzel (2). Il est toute une autre série de lésions congénitales, très fréquentes, qui, elles aussi, ont servi de base, non sans raison, aux théories pathogéniques : c'est, avant tout, l'hydrocéphalie. Lévy (3) fournit une explication assez séduisante de cette si fréquente coïncidence de l'hydrocéphalie; ce serait le résultat de la maladie kystique du rein; l'atrophie de la portion sécrétante produirait l'épanchement méningé, comme elle produit l'ascite ou les œdèmes, dans le mal de Bright. D'autres malformations ont été signalées : le pied bot (Having, Virchow, etc.), la duplicité du vagin et de l'utérus (Schupmann); le bec-de-lièvre (Bartholin); l'absence de l'extrémité inférieure droite et de la moitié droite des parties génitales (Heusinger).

(1) Talamon. Société anatomique, 1878.
(2) Witzel. *Centralbl. f. Chir.*, 1880, p. 561.
(3) Lévy. *Gazette hebdomadaire*, t. IV, p. 61, 1857.

En présence de la fréquence de ces malformations, il était naturel de rapporter aussi à un vice de développement le rein polykystique congénital : telle est la théorie émise par Koster, Kuppfer, Klebs, etc. Le rein, d'après Henle, se développe par deux systèmes tubulaires, qui se fusionnent près de la base des papilles; que cette fusion manque, et, les voies d'écoulement n'existant pas, le parenchyme s'infiltrera de kystes par rétention. En dehors du peu de fondement de l'hypothèse anatomique, on ne s'explique guère, dans le fait supposé, que les plus gros kystes siègent constamment dans les papilles, c'est-à-dire au-dessous du plan de fusion des deux systèmes tubulaires. Dans l'opinion de Kuppfer, c'est le rein tout entier, d'une part, et l'uretère de l'autre, qui, d'abord isolés, se réunissent : leur non-coalescence produirait les kystes par rétention.

Il ne semble donc pas que la théorie de la malformation soit applicable à l'ensemble des faits; mais il en est une autre plus communément admise, que soutient Virchow, et que l'examen anatomo-pathologique semble assez souvent confirmer, c'est la théorie de l'atrésie papillaire. Virchow suppose l'existence d'une néphrite fœtale portant sur les papilles, qui les sclérose, les rétracte et étrangle les conduits urinifères, d'où les kystes par rétention. Pourquoi cette néphrite se localise-t-elle aux papilles? Pourquoi l'inflammation ne laisse-t-elle pas d'autres traces : des brides, des rétrécissements, des oblitérations des calices ou du bassinet? (Philippson.) La sclérose et les masses fibreuses intra-papillaires s'expliquent par la présence même des kystes (Nieberding); et c'est à la même conclusion, nous l'avons vu, que conduit, pour le gros rein polykystique, l'examen du parenchyme ambiant.

Il n'y a pas de compte à tenir aujourd'hui des autres opinions. Pourtant, Nieberding cherche à fonder toute une théorie sur l'absence du canal artériel : « Il y avait absence complète du canal artériel de Botal, écrit-il; d'où excès de tension dans le système veineux, stase veineuse dans le rein, infiltration séreuse et prolifération cellulaire (?), pression considérable dans l'épaisseur même du parenchyme et compression des canalicules et des glomérules; par l'augmentation de volume du tissu interstitiel. C'est par le même processus, ajoute-t-il, que se font les altérations du placenta, dans les faits d'absence du canal artériel. » Outre le caractère tout exceptionnel de la malformation précédente, cette compression des canalicules par l'œdème interstitiel, suffisante pour produire une dégénérescence kystique, paraît au moins problématique.

En somme, il faut en venir à la question que se posait déjà M. Ranvier en 1868 : « S'agit-il d'une néoformation ou d'une rétention de l'urine avec dilatation des canaux urinifères? » Aujourd'hui que la pathogénie du gros rein polykystique de l'adulte s'est éclaircie et qu'il semble devoir être rapporté, dans la majorité des cas, à un processus néoformateur spécial, à l'épithélioma mucoïde, ne sera-ce pas aussi dans ce groupe de tumeurs qu'il faudra ranger la dégénérescence kystique du rein fœtal, si étroitement semblable par les caractères macroscopiques, l'intégrité des voies urinaires, la nature du liquide kystique, à la dégénérescence kystique de l'adulte? Il faut pourtant réserver encore une part à l'atrésie papillaire et aux malformations.

Quoi qu'il en soit, les causes premières de cette étrange lésion restent profondément obscures. Virchow a signalé ce fait curieux de l'existence, chez plusieurs enfants de la même mère, du gros rein polykystique : une femme,

observée par lui, mit au monde quatre enfants, tous atteints de la maladie kystique des reins; une autre femme, citée par Schupmann, eut trois enfants ainsi affectés. Brückner relate le fait suivant : une femme eut sept enfants, tous les accouchements furent réguliers et faciles, deux fois seulement il y eut dystocie; les deux fois l'enfant portait un double rein kystique. Le rein droit était kystique, chez deux jumeaux observés par Carbonel. De ces coïncidences inexpliquées, Virchow avait conclu que l'affection « doit avoir son origine dans l'organisme maternel » simple hypothèse qui n'a pas été vérifiée. Du reste, cette obscurité pathogénique est commune à la plupart des tumeurs fœtales.

Nous ne savons rien du début ni de l'évolution de la dégénérescence kystique des reins, durant la vie intra-utérine; il ne semble pas qu'elle apporte une entrave sérieuse au développement complet du fœtus; dans la plupart des observations, l'accouchement s'est fait à terme; l'enfant observé par M. Lévy était né à huit mois; un autre, à sept mois (Suchard). Il est certain que la maladie kystique des reins peut produire la mort du fœtus *in utero*; mais c'est au cours de l'accouchement qu'elle lui devient le plus souvent fatale.

L'accouchement est presque toujours difficile, la plupart des observations en font foi. « Une femme, qui avait eu déjà un enfant hémicéphale, était en travail depuis plusieurs heures; on applique le forceps sans succès. On reconnaît un enfant hydrocéphale. Seconde application de forceps; la poche hydro-encéphalique se rompt, et la tête se dégage jusqu'aux épaules. Mais un nouvel obstacle insurmontable s'oppose au dégagement total; le fœtus était mort; on détache la tête, on ouvre l'abdomen, on enlève le foie : l'extraction demeurait impossible. Enfin, la version faite, en tirant avec des crochets mousses sur les os du bassin, on termine l'accouchement. Les deux reins étaient énormes et polykystiques (Lévy). » Mêmes difficultés et même intervention obstétricale dans le fait tout récent de Nieberding : « Primipare de vingt-deux ans. Présentation du siège. Dégagement impossible, à cause d'une tumeur abdominale. On soupçonne une ascite, on fait une ponction sans succès. On dut alors désarticuler les deux membres inférieurs, ouvrir l'abdomen, et, par le bassin du fœtus, retirer deux énormes tumeurs polykystiques qui pesaient ensemble 1060 grammes. »

Ailleurs, l'accouchement se fait par les tractions et le forceps, sans nécessiter ces mesures extrêmes. Mais, presque constamment, le fœtus est mort, ou il meurt au bout de quelques instants; et cette mort est due bien plutôt, semble-t-il, aux lésions qu'il a éprouvées durant un laborieux accouchement, qu'à l'urémie et à la gêne respiratoire.

Il y aurait donc un intérêt réel à faire de bonne heure le diagnostic du rein polykystique congénital. Avant le travail, il serait presque chimérique d'y songer; tout au plus, la maladie kystique du rein doit-elle être rangée parmi les causes du développement exagéré de l'abdomen, avec l'hydramnios, l'ascite fœtale, etc. Au cours de l'accouchement, quand l'abdomen est nettement le siège de l'obstacle, il faut songer à la dégénérescence kystique des deux reins. L'ascite, la rétention d'urine, le cancer du foie (Nœggeralt), ont été aussi, dans des cas exceptionnels, des agents de dystocie abdominale; il en est de même de l'hydronéphrose congénitale, et de certains kystes congénitaux de l'abdomen, d'origine encore mal déterminée. L'hydronéphrose congénitale ou hydronéphrose primaire, étudiée récemment par English, liée généralement à des vices de conformation de l'uretère, peut être double et produire alors des kystes multiples des deux reins. M. Bailly(1) en rapporte un intéressant exemple : « Enfant venu à huit mois, mort presque immédiatement. Dans le cours de la grossesse, on avait pensé à une hydropisie de l'amnios, à cause du grand développement du ventre. Présentation de la face, accouchement normal, sauf un temps d'arrêt au passage du tronc. Les deux reins étaient polykystiques; l'uretère gauche, fermé à ses deux extrémités, était occupé par une sorte de kyste séreux sur sa partie moyenne; l'uretère droit, très flexueux, était dilaté jusqu'auprès de la vessie. La vessie était très dilatée, ainsi que les portions prostatique et membraneuse de l'urèthre; à 4 centimètres derrière le méat, il existait, dans le canal de l'urèthre, un obstacle insurmontable au passage. Double pied bot. » De son côté, Whittier signale trois faits de kystes congénitaux de l'abdomen, chez des nouveau-nés ou des enfants très jeunes.

D'ailleurs, l'intervention est la même, et se règle par les principes ordinaires de l'obstétrique. Si les tractions manuelles, le forceps, n'ont pas réussi, il faut agir directement sur l'abdomen : « L'accouchement peut être rendu laborieux, et réclamer la ponction, la perforation du ventre, l'arrachement des tumeurs, » écrivait M. le professeur Bouchacourt, en 1853. Tels sont les préceptes auxquels se rangent ordinairement les accoucheurs, et telle est la succession des tentatives opératoires. La ponction d'abord, qui serait fort utile lors d'ascite, de rétention d'urine, d'hydronéphrose, de kyste simple, mais qui reste à peu près sans résultat, quand elle porte sur le rein polykystique (Nieberding); en dernier recours, l'ouverture de l'abdomen et l'éviscération.

Mais, si le pronostic du rein kystique double est, semble-t-il, constamment mortel, il n'en est pas de même du rein polykystique unilatéral. Il est un petit nombre d'observations, où de très jeunes enfants portaient un gros rein polykystique, très vraisemblablement congénital, et dont la présence ne semblait pas nuire à leur développement.

Le premier fait est dû à M. Talamon : « C'était une petite fille de cinq ans et demi, qui mourut du croup à Sainte-Eugénie. Toujours bien portante, n'ayant jamais eu d'accidents urinaires, son ventre avait commencé à grossir vers l'âge de six mois; et, quelques jours avant sa mort, on constatait dans le flanc gauche une « tumeur arrondie, du volume d'une tête de fœtus. C'était le rein gauche, polykystique, mesurant 35 centimètres de circonférence, 26 centimètres dans son grand diamètre, 13 centimètres dans le diamètre transversal; l'uretère était entièrement perméable. Une seule papille s'était développée, elle était petite et fibreuse. Le rein droit, qui ne contenait pas de kystes, avait le double de son volume normal. » Edward Whittier (2), sur une enfant de seize mois, trouve une grosse tumeur qui remplit presque tout l'abdomen et qu'on n'avait remarquée que depuis quatre mois. Il fit une ponction, il retira fort peu de liquide, et l'examen microscopique de ce liquide ne révéla rien de caractéristique. Un mois après, l'enfant mourait de bronchite. Le rein droit était en pleine dégénérescence kystique; il pesait 7 livres

(1) BAILLY. Société anatomique, 1867.

(2) Edward WHITTIER. *Boston Med. and. Surg. Journ.*, 1883.

trois quarts ; les kystes étaient remplis d'une sérosité claire. Les autres organes de l'abdomen étaient sains. » Durlach (Th. de Bonn, 1885), cité par Philippson, trouva aussi un rein kystique chez un enfant de six mois. Mais le cas de Roswell Park est le plus étrange de tous : « Il fit avec succès, dans un cas de ce genre, sur un enfant de vingt-trois mois, la néphrectomie ; il dut pratiquer une large incision abdominale, la ponction n'ayant permis qu'une très minime réduction du kyste. » C'est la première fois qu'une telle intervention a été tentée, et avec succès.

Les faits de rein polykystique, constatés chez des enfants, servent de trait d'union entre la dégénérescence kystique du rein congénital, et celle de l'adulte, que nous allons décrire dans un instant. On a même voulu prolonger encore la période latente de la maladie kystique congénitale du rein, et faire remonter jusqu'à la naissance, celle qu'on trouve chez l'adulte (Virchow, Klebs, Birch-Hirschfels, Marchand, Kœnig) : hypothèse qui, en présence d'une lésion double, paraît fort peu vraisemblable.

CORRESPONDANCE

12 avril 1889.

A Monsieur le docteur Le Sourd, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Mon cher Directeur,

Je lis, dans la *Gazette des hôpitaux* du 11 avril 1889, une lettre du docteur Landau (de Berlin), écrite sur la demande de M. Péan, et dans laquelle je suis pris à parti au sujet de la forcipressure appliquée à l'hystérectomie vaginale. Malgré ma répugnance à revenir sur cette question, permettez-moi de rétablir les faits en quelques mots.

Après ma communication du 11 novembre 1885, à la Société de chirurgie, où je donnais le conseil d'abandonner toute ligature et de faire l'hémostase définitive des ligaments larges, en laissant les pinces à demeure, j'ai reçu de M. Péan la lettre suivante :

« 1er mars 1886.

Mon cher Richelot,

Je ne pense pas que ce soit à dessein, que vous avez oublié de mentionner, dans l'*Union médicale*, les premiers cas d'hystérectomie vaginale que j'ai pratiqués à Paris, bien qu'ils aient été communiqués, en 1883, à l'Académie de médecine et mentionnés par divers journaux. Sans doute, vous n'en avez pas pris connaissance à la bibliothèque de l'Académie.

Aussi, je me fais un véritable plaisir de vous envoyer la leçon clinique où ils ont été mentionnés. Elle est extraite du tome IV des *Cliniques de Saint-Louis* qui paraîtra dans quelques jours.

Ma première opération a été faite à Paris, avant que notre confrère Demons ait fait sa première hystérectomie vaginale à Bordeaux. Les deux suivantes ont été également faites en 1882. Vous voyez qu'elles intéressent la statistique parisienne. Depuis cette époque, j'ai fait trois autres opérations semblables avec deux succès, ce qui, pour ma pratique personnelle, porte à six le nombre des opérées, avec quatre succès et deux insuccès. Je tiens d'ailleurs, à votre disposition, toutes les observations et toutes les pièces anatomiques à l'appui, si elles peuvent être utiles pour vos recherches.

Votre dévoué collègue,

Péan. »

On voit que, dans cette lettre, il n'est pas dit un mot de la forcipressure. C'est que, dans les trois observations communiquées à l'Académie, et dont j'ignorais l'existence, l'auteur n'utilise pas les pinces à demeure ; il recommande expressément — j'ai la brochure sous les yeux — d'enlever toutes celles qui ont servi au cours de l'opération, de les remplacer par des ligatures et de procéder à la fermeture de la plaie, en adossant les feuillets péritonéaux.

Parut ensuite la thèse de Gomet (*De l'hystérectomie vaginale en France*, juillet 1886), où sont publiées dix nouvelles observations de M. Péan, jusqu'alors inédites. Dans l'une d'elles, datée du 19 juin 1885, l'auteur s'exprime ainsi : « Il m'aurait été impossible, en raison de la hauteur à laquelle ces pinces étaient placées, de les enlever ; je me décidai à les laisser à demeure et je ne fis pas de suture de la plaie. » Dans la même thèse est décrit le procédé de M. Péan, qui consiste à faire basculer l'utérus, à lier en deux faisceaux chaque ligament large, et à fermer la plaie par 10 à 20 points de suture.

Déjà Bœckel, le 26 octobre 1882, avait laissé deux longues pinces à demeure sur des vaisseaux que les fils ne pouvaient atteindre ; Jennings (de Londres) avait agi de même, après échec de la ligature, le 30 octobre 1885.

Ces faits m'étant connus, je déclarai formellement au Congrès français de chirurgie, le 19 octobre 1886, qu'en me servant des pinces à demeure dans l'hystérectomie vaginale, je n'avais fait « aucune invention », et que mes droits de priorité se réduisaient à la formule suivante : « Emploi systématique des pinces à demeure et suppression de toute ligature, non pas à titre d'expédient et dans les cas difficiles, mais toujours et comme procédé d'élection. » Cette phrase n'a rien d'ambigu ; aujourd'hui encore, elle me paraît suffire pour répondre aux accusations qui ne m'ont pas été ménagées.

Depuis cette époque, j'ai publié mes observations et n'ai fait aucune polémique. J'ai donné plusieurs fois mon avis sur des modèles de pinces, mais je n'ai autorisé personne à mettre mon nom sur un instrument quelconque.

Malgré cette réserve, M. Péan n'a pas cessé de se plaindre de moi, dans des termes qui trahissent l'indignation la plus vive. Il a écrit au docteur Dudley (de Chicago) une lettre où je suis traité de la belle manière (1) ; il s'est fait adresser par le docteur Landau (de Berlin) celle que je viens de lire et qui m'a fait prendre la plume. Il a été jusqu'à dire que je me donnais comme l'inventeur de la forcipressure !

Je ne veux pas examiner en détail ce que M. Péan a fait écrire depuis trois ans sur une question qui lui tient tant à cœur, mais il m'est bien permis de m'étonner de l'empressement avec lequel il me poursuit à Berlin et jusqu'en Amérique, tandis que je reste à Paris bien tranquille, et — je le croyais du moins — sans lui porter ombrage.

Agréez, mon cher directeur, l'expression de mes sentiments dévoués,

Dr G. Richelot.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 avril 1889, ont été promus ou nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Beaumanoir.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Brindejonc de Tréglodé et Barrallier.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe d'Estienne, Gorron, Lassabatie, Geay de Convalette, Robert et Daliot.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Michoud, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— Par décision ministérielle, en date du 3 avril 1889, ont été désignés pour procéder à l'inspection générale du service de santé de l'armée active en 1889 :

M. le médecin inspecteur général Colin, pour le Ier arrondissement (gouvernement militaire de Paris, moins les divisions des 3e, 4e et 5e corps d'armée ; écoles du service de santé).

(1) *Transactions of the American gynecological Society*, vol. XIII, 1888.

MM. les médecins-inspecteurs Baudouin, pour le IIe arrondissement (9e, 11e et 18e corps d'armée; divisions des 3e, 4e et 5e corps d'armée, détachées dans le gouvernement militaire de Paris); — Gaujot, pour le IIIe arrondissement (4e et 10e corps d'armée); — Weber, pour le IVe arrondissement (7e et 8e corps d'armée); — Dauvé, pour le Ve arrondissement (5e et 6e corps d'armée); — Arnould, pour le VIe arrondissement (1er, 2e et 3e corps d'armée); — Vallin, pour le VIIe arrondissement (12e, 13e et 14e corps d'armée); — Papillon, pour le VIIIe arrondissement (15e, 16e et 17e corps d'armée); — Aron, pour le IXe arrondissement (19e corps d'armée et Tunisie).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 48. — MARDI 23 ET JEUDI 25 AVRIL 1889. 62e ANNÉE. MARDI 23 ET JEUDI 25 AVRIL 1889. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. »	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a repris la discussion sur le tétanos. MM. Leblanc et Nocard ont successivement réfuté les arguments invoqués par M. Verneuil en faveur de l'origine équine du tétanos. M. Leblanc, se servant des propres observations de M. Verneuil, n'a pas eu de peine à démontrer que, là où l'éminent chirurgien n'avait voulu voir que le cheval, il y avait toujours eu une autre cause, le froid, bien plus capable qu'un cheval sain d'expliquer l'apparition du tétanos. Le cheval, cette noble conquête si chère à Buffon, a donc été complètement réhabilité par M. Leblanc, ainsi, du reste, que par M. Nocard, et déclaré innocent des nombreux méfaits dont l'avait accusé M. Verneuil. M. Nocard, en effet, déclare n'avoir pas été convaincu par les nombreuses observations que M. Verneuil a rassemblées et présentées avec tant de verve, tant de talent et de bonne foi. Si l'on admet l'origine équine, comment expliquer que le tétanos soit beaucoup plus fréquent dans les campagnes, où il y a plus de bœufs et de moutons que de chevaux, qu'à Paris, où la population chevaline est tellement considérable ? Si le tétanos se transmet si facilement du cheval à l'homme, comment se fait-il que les agriculteurs, les vétérinaires, les élèves d'Alfort en soient aussi exceptionnellement atteints ? Le froid, l'humidité, le siège et la nature de la blessure, toutes causes complètement et volontairement négligées par M. Verneuil, se retrouvent pourtant dans toutes ses observations, et c'est en s'appuyant sur elles que M. Leblanc nous a restitué le tétanos *a frigore*, en faveur duquel nous n'avons, quant à nous, cessé de réclamer durant toute la longue argumentation de M. Verneuil.

M. Nocard, s'appliquant surtout à rester sur le terrain expérimental, demande à M. Verneuil, sans beaucoup d'espoir de l'obtenir, la preuve expérimentale de l'origine équine, c'est-à-dire l'inoculation du tétanos à l'aide d'une substance quelconque, sang, muscle, urine, etc., empruntée à un cheval sain.

Si MM. Leblanc et Nocard repoussent l'origine équine du tétanos, ils s'accordent à reconnaître, au moins dans une certaine mesure, son origine tellurique. Enfin M. Leblanc a insisté, avec raison selon nous, sur la prédisposition à laquelle il fait même jouer le rôle principal dans la genèse du tétanos, et dont M. Verneuil n'a voulu tenir aucun compte.

M. Verneuil a annoncé qu'il répondrait à ces diverses objections et s'engage de nouveau à démontrer que l'origine équine du tétanos n'est pas une hypothèse aussi dépourvue de raison. Nous nous permettons de douter qu'il y arrive, malgré tout son talent.

L'Académie a entendu, avant la reprise de cette discussion, deux lectures intéressantes : l'une de M. Suarez de Mendoza (d'Angers), sur la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte; l'autre de M. Regnauld, sur l'emploi du chlorure de méthylène. La préparation employée avec succès, sous ce nom, par Spencer Wells, en Angleterre, et par M. Le Fort, en France, n'est qu'un mélange de chloroforme et d'alcool éthylique. Spencer Wells s'en déclare très satisfait. Nous avons assisté à de nombreuses anesthésies faites avec cette substance, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Péan, et elle ne nous a pas paru présenter d'avantages sur le chloroforme.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Des inhumations prématurées.

Lorsque vous entendrez parler d'inhumations prématurées, sachez qu'il y a dans l'histoire de ces faits toute une période légendaire à mettre de côté. Platon et Pline ont raconté une série de phénomènes merveilleux, qui se rencontrent au début de toutes les religions. Ce sont des articles de foi : on y croit ou on n'y croit pas.

Je passe pour n'en retenir qu'une chose : c'est que les anciens étaient très préoccupés de cette question. La loi de Lycurgue avait fixé un délai d'une dizaine de jours avant le bûcher; à Athènes, c'était cinq jours; à Rome, on exposait ainsi pendant plusieurs jours les personnages consulaires. A notre époque encore il existe des coutumes analogues : en Corse, on réunit une corporation de vieilles femmes pour pousser des conclamations près du défunt et pour le réveiller, s'il est possible, par ces cris qui ont un caractère particulièrement lamentable.

Winslow a raconté qu'il avait été deux fois regardé comme mort. Mais il y a des gens qui tiennent à ce que tout le monde sache qu'ils ont été plus malades que tout le monde, même que ceux qui sont morts : Winslow me paraît être du nombre.

A la même époque, c'est-à-dire vers 1740, Bruhier publiait un livre où il relatait les cas de 52 personnes enterrées vivantes, 4 ouvertes avant leur mort, 103 revenues à la vie après avoir été mises en bière.

Chacun a redouté alors ce cruel avenir d'être enfermé vivant dans un cercueil, et on a créé à Weimar un obitoire où on garde les morts pendant huit ou quinze jours, et où des veilleurs sont chargés d'épier le premier réveil. Pour vous tranquilliser, laissez-moi vous dire que, dans chacun des sept ou huit obitoires que j'ai visités, j'ai demandé qu'on me signalât sur les registres des faits d'individus revenus à la vie après avoir été conduits là, et on n'a jamais pu me satisfaire.

Ne rappelant que pour mémoire l'histoire de l'autopsie faite sur un vivant par Vésale, qui semble avoir été inventée de toutes pièces, nous arrivons au mémoire de Louis qui nous fournit des observations plus précises. Il rapporte le fait très intéressant d'une femme en couches qui, s'étant enfuie de l'Hôtel-Dieu par crainte d'une épidémie, a deux syncopes en chemin et tombe une troisième fois sur un banc en arrivant dans la cour de la Salpêtrière. Elle est envoyée à la salle des morts et, quelques heures après, Louis constate que cette femme est bien morte, mais qu'elle a dû essayer de sortir de son brancard et qu'elle a déchiré son suaire.

Voici un autre fait antérieur à celui de Louis. Un docteur Rigaudeau, appelé précipitamment pour faire l'opération césarienne, arrive lorsque la femme était déjà enveloppée dans le suaire. Néanmoins il amène l'enfant assez facilement et celui-ci, au bout de trois heures de soins, revient à la vie. Ce que voyant, le médecin recommande de ne pas inhumer la femme avant l'apparition de la rigidité cadavérique ; le soir, on vient lui annoncer qu'elle est revenue à elle après neuf heures de mort apparente. Elle a vécu quelques années encore, mais elle était sourde, muette et paralytique.

En 1863, le Sénat de l'Empire est saisi de la question, et il est vivement impressionné par quelques récits. « En 1826, dit à l'Assemblée le cardinal Donnet, un jeune prêtre, au milieu d'une cathédrale pleine d'auditeurs, s'affaisse subitement dans la chaire d'où il faisait entendre sa parole. Un médecin déclare la mort constante et fait donner le permis d'inhumer pour le lendemain. L'évêque de la cathédrale où l'événement était arrivé récitait déjà le *De profundis* au pied du lit funèbre où on avait pris les dimensions du cercueil ; la nuit approchait et on comprend les angoisses du jeune prêtre dont l'oreille saisissait le bruit de tous les préparatifs. Enfin, il entend la voix d'un de ses amis d'enfance, et cette voix, provoquant chez lui un effort surhumain, amène un résultat merveilleux. Le lendemain, il pouvait reparaître dans sa chaire. Il est aujourd'hui au milieu de vous, vous priant de demander aux dépositaires du pouvoir, de veiller non seulement à ce que les prescriptions légales soient observées, mais encore d'en formuler de nouvelles pour prévenir des malheurs trop fréquents et d'une nature irréparable. »

Lorsque le cardinal eut exposé ce fait personnel, il se produisit une vive émotion dans le Sénat, et cependant cet état cataleptique n'est pas très surprenant chez un jeune prêtre qui pouvait l'avoir acquis par la nature même de ses travaux et par l'excitation intellectuelle où il devait se trouver.

Un autre fait qui appartient au docteur Roger fut communiqué au Sénat : il s'agit d'une femme qui aurait été inhumée vivante seize heures après son décès présumé. Quoique Tourdes dise que c'est un cas authentique d'inhumation pendant la vie, en lisant ce récit on est pris de quelques doutes, en songeant que, chez les cholériques, les mêmes mouvements musculaires se retrouvent plusieurs heures après la mort.

Le maréchal d'Ornano nous fournit un exemple remarquable de mort apparente par commotion cérébrale. Frappé d'un boulet pendant la retraite de Russie, il est pris pour mort et enterré sous la neige, par le commandant Tascher de la Pagerie, sur l'ordre du prince Eugène. Survient son aide de camp qui, voulant ramener son général en France, le retire et l'attache au pommeau de sa selle. Après bien des péripéties, on arrive au quartier de l'Empereur et, au moment où celui-ci se lamentait sur la perte d'un de ses meilleurs généraux, il se trouve nez à nez avec lui. Plus tard le maréchal d'Ornano tenait un coin du poêle à l'enterrement de Tascher de la Pagerie, qui l'avait autrefois enseveli.

On s'est demandé combien de temps pouvait vivre un malheureux qui se réveillerait dans son cercueil. La quantité d'air disponible étant de 100 litres à peu près, on évalue la vie probable à une demi-heure en moyenne.

Avant d'aller plus loin, je tiens à vous dire tout de suite quelles sont les causes d'erreur dans les soupçons de mort apparente. Un certain nombre de tissus conservent leurs propriétés vitales assez longtemps après la mort de l'individu. Chez les cholériques, six et huit heures après la mort, il y a des mouvements des membres et on a raconté que, pendant les épidémies de choléra, quelques malades demandaient à quitter l'Hôtel-Dieu parce qu'ils ne voulaient pas rester à côté d'un mort qui remuait.

Je ne sais pas si la chimie ne nous démontrera pas dans quelque temps qu'il y a dans le sang des cholériques des substances capables de produire la contracture musculaire.

Dans tous les cas, il y a une contraction des intestins bien connue des gardes qui veillent les morts et qui ont l'habitude de dire : « Voilà le mort qui se vide. » Il y a aussi une contraction du diaphragme qui peut faire croire qu'un individu recommence à respirer.

Quant à la rigidité cadavérique, elle se développe d'une façon très inégale, suivant les organes et suivant le genre de mort.

On a parlé quelquefois d'accouchements *post mortem*, l'enfant venant au monde après la sépulture de la mère. Or, il n'est pas noté une seule fois sur les registres de la Morgue qu'une femme ait accouché après sa mort. Ce que nous voyons parfois ce sont des fœtus rejetés sur une table par un utérus qui, poussé par les gaz, s'est retourné comme un doigt de gant chez une femme ayant eu déjà plusieurs enfants.

Je me suis trouvé en présence de faits qui ont excité vivement la curiosité publique. Dans le récent incendie de l'Opéra-Comique, 29 victimes étaient toutes tombées asphyxiées dans la buvette du premier étage. Il n'y avait pas de rigidité cadavérique et les chairs avaient conservé leur teinte rosée, car vous savez qu'un des caractères de l'asphyxie par l'oxyde de carbone, c'est que le sang conserve sa rutilance. Il a fallu intervenir auprès des familles pour les persuader que leurs parents étaient bien réellement morts.

DOULEURS NÉVRALGIQUES DENTAIRES D'ORIGINE CENTRALE

GUÉRIES PAR LES MIROIRS ROTATIFS

Par M. le docteur Luys, médecin à l'hôpital de la Charité.

Il s'agit d'un malade âgé de 35 ans. A la suite d'une fièvre typhoïde, en 1880, il devint profondément anémique. A partir de ce moment, il commença à ressentir des céphalalgies fréquentes et des douleurs lancinantes dans les dents, qu'aucune carie n'expliquait. Ces douleurs augmentèrent peu à peu d'intensité et de fréquence. Le sulfate de quinine, l'antipyrine, des pilules antinévralgiques, des injections de cocaïne, etc., furent employés sans succès. Insomnies de plus en plus fréquentes. Vive excitation cérébrale. Le malade dépérissait, en raison de la peine qu'il avait à mastiquer. On pratiqua l'avulsion d'une des dents douloureuses. Le mal persista. On lima deux autres dents qu'on ne pouvait extraire. Aucune amélioration. On se décida enfin à sectionner les nerfs du côté de l'oreille. Pas de résultats. Tant et si bien que le malade eut des idées de suicide.

Je le soumis au traitement par les miroirs rotatifs. Le malade s'y prêta de son plein gré; il accusa un certain degré de sommeil progressif. Les séances duraient vingt à trente minutes et, chaque fois, il éprouvait un soulagement notable. Il a simplement perdu un peu connaissance; il conservait les yeux ouverts; il n'a jamais été suggestionné.

Au bout de huit séances, l'amélioration était des plus notables; la face était tout à fait dégonflée et pâle; la parole était plus facile. Les pupilles étaient moins dilatées, les forces étaient notablement revenues, et le malade se trouvait très satisfait de son état. Les douleurs de tête étaient très atténuées.

L'amélioration est allée progressant.

Voilà donc encore un sujet qui doit la guérison complète et rapide de douleurs dentaires atroces, réfractaires à tous les traitements, à cette action sédative inconnue, et en apparence insignifiante, qu'exercent sur les régions centrales du système nerveux les miroirs en rotation, ou miroirs à alouettes.

SUTURE DE LA CORNÉE

DANS L'OPÉRATION DE LA CATARACTE

Par M. le Dr Suarez de Mendoza (d'Angers).

Pour éviter les enclavements de l'iris, je propose la suture de la cornée. Après m'être assuré, par des expériences sur les animaux, de la parfaite tolérance de la cornée pour les fils, j'ai mis cette opération à exécution pour la première fois sur une malade atteinte de cataracte sénile compliquée d'ectropion, et chez laquelle je redoutais que l'occlusion palpébrale, en retenant la sécrétion muco-purulente de la conjonctive enflammée, ne causât l'infection de la section cornéenne. A l'aide de deux points de suture, la coaptation fut si parfaite et persistait si bien, malgré les mouvements des yeux, qu'au troisième jour la guérison était complète. Les fils que, par mesure de précaution, je n'enlevai qu'au cinquième jour, n'occasionnèrent qu'une infiltration insignifiante.

En outre des instruments habituels, j'emploie encore les suivants :

1° Un écarteur à bandelettes, que j'ai fait construire, et qui a, sur l'écarteur ordinaire, l'avantage d'éloigner les cils du champ opératoire;

2° Un couteau de de Graefe, très mince, n'ayant que deux tiers de millimètre de largeur. Il serait remplacé avec avantage par un couteau à arrêt dorsal, limitant la pénétration de la lame, dans l'épaisseur de la cornée, à deux tiers de millimètre, ou bien par un instrument à ressort, comme le scarificateur, qui, automatiquement, ferait une petite entaille, de la longueur et de la profondeur voulues;

3° Une pince à verrou, à l'extrémité de laquelle je fixe, par ses deux bouts, en le recourbant à peu près en forme d'anneau, un faible fil d'argent, long d'environ 5 centimètres, et qu'on renouvelle à chaque opération;

4° Une aiguille courbe très fine, longue de 15 millimètres, à bords bien coupants;

5° Du cordonnet de soie très fin.

L'écarteur à bandelettes est un blépharostat ordinaire, présentant, dans ses branches conjonctivales, deux petites fentes dans lesquelles on peut glisser deux rubans de soie de 15 à 20 centimètres de long. Ces rubans, préalablement trempés dans la solution de bi-iodure de mercure, sont destinés, une fois l'écarteur en place, à être retournés, l'un sur le front, l'autre sur la joue, où ils restent accolés, grâce à l'eau qui les imbibe. De cette sorte, le champ opératoire est débarrassé des cils qui, difficiles à rendre tout à fait antiseptiques, pourraient infecter les fils si, par mégarde, dans le courant de l'opération, ceux-ci venaient à en subir le contact.

Avant l'opération, tous les instruments sont d'abord trempés dans un vase d'eau boriquée bouillante, puis dans la solution de bi-iodure de mercure.

Après avoir bien lavé la figure du malade, désinfecté les voies lacrymales et les culs-de-sac conjonctivaux, j'instille la cocaïne, et, quelques minutes après, je place l'écarteur à bandelettes, en ayant soin d'imbiber celles-ci, dans le voisinage des branches conjonctivales, avec quelques gouttes de cocaïne. Cette pratique a l'avantage de rendre tout à fait insensible la présence de l'instrument dans les culs-de-sac conjonctivaux, et de prévenir les contractions des paupières, que son contact provoque fréquemment chez les gens nerveux.

L'écarteur placé, je renverse, en haut et en bas, les bandelettes antiseptiques, et les fixe, par un léger frottement, sur la peau du front et de la joue.

Alors, avec le couteau à arrêt, je fais sur la cornée, à l'extrémité supérieure de son diamètre vertical, une incision superficielle, longue de 5 à 6 millimètres, et d'une profondeur égale aux deux tiers de l'épaisseur de la membrane. On peut aussi faire cette section avec un couteau mince de de Graefe, en tenant le tranchant tourné en haut, poussant la pointe dans l'épaisseur de la cornée, parallèlement à la membrane de Descemet, et en se guidant, pour la profondeur de l'incision, sur la largeur de la lame; mais il faut, pour cela, qu'on soit assez sûr de sa main pour ne pas ouvrir, dans ce premier temps, la chambre antérieure, ce qui obligerait à remettre l'opération au lendemain.

L'incision faite, j'introduis et maintiens, de la main gauche, avec la pince à verrou, l'anneau de fil d'argent au fond de l'ouverture pratiquée; puis, de la main droite, je place le fil de suture, en ayant soin : 1° de pénétrer, avec l'aiguille, dans l'épaisseur de la cornée, à environ 1 millimètre de la plaie, mais sans ouvrir la chambre antérieure; 2° de passer, avec l'aiguille et le fil, en dedans de l'anneau d'argent, et, par conséquent, au-dessus de sa partie inférieure; 3° de sortir, de l'autre côté de l'incision, à 1 millimètre de celle-ci.

Attirant ensuite la pince, dont l'ajutage annulaire emprisonne le fil de soie, je tire légèrement sur celui-ci qui, alors, forme une anse que j'agrandis suffisamment pour n'en être pas gêné dans la suite de l'opération; puis, d'un coup de ciseaux, j'ouvre l'anneau et dégage ainsi le fil, dont j'étale l'anse et les bouts sur les bandelettes antiseptiques et la partie libre de l'écarteur.

La suture peut se faire aussi avec un fil porteur de deux aiguilles; alors, chacune est passée de l'intérieur de la plaie vers la surface de la cornée. Mais, en faisant ainsi, on peut craindre, en réunissant les lambeaux, que leur position relative ne soit pas tout à fait la même qu'avant la section, ce qui pourrait augmenter l'astigmatisme post-opératoire, et, peut-être, le rendre irrégulier.

Une fois la suture placée, le reste de l'opération est conduit comme d'habitude.

Puis il ne reste plus alors qu'à fermer la plaie, après avoir bien lavé le champ opératoire.

J'achève le point de sûreté par un double nœud, puis je fais, de chaque côté, un nouveau point de suture. Ces points, une fois la suture centrale fermée, sont faciles à faire, pourvu qu'on dispose d'aiguilles bien aiguisées. On peut aussi, pour faciliter le placement de ces deux points latéraux, préparer, à l'aide de l'aiguille, avant d'inciser la cornée, deux trajets qu'on reconnaîtra plus tard facilement, et par lesquels on passera les fils, avec une aiguille dont on aura émoussé la pointe.

Dans mes deux premières opérations, j'ai fait deux et trois points de suture; mais chez mes six derniers opérés, je me suis contenté de faire un seul point central, et le résultat a été tout à fait satisfaisant. C'est à l'avenir de nous apprendre si un seul point suffira, dans tous les cas, pour nous garantir contre l'enclavement, ou s'il vaudra mieux pratiquer deux ou trois points.

Ces points de suture sont enlevés du cinquième au dixième jour.

Cette méthode présente les avantages suivants :

1° Elle prévient, d'une manière certaine, les enclavements et hernies de l'iris, si redoutables après l'opération de la cataracte.

2° Elle supprime l'irritation que provoque l'occlusion palpébrale prolongée, et, en permettant le libre mouvement des paupières, facilite l'écoulement des sécrétions, et maintient l'œil dans un état d'asepsie plus complet.

3° Elle rend parfaite la coaptation des bords de la plaie cornéenne.

4° La toilette de celle-ci est rendue plus facile; car, en soulevant légèrement le lambeau inférieur, à l'aide du fil de suture, on peut débarrasser les surfaces de section des moindres impuretés, en y projetant, avec un compte-gouttes, un filet d'eau antiseptique. Par suite, la vraie réunion par première intention, qui est si rare, ainsi que M. Poncet l'a constaté, s'obtiendra sans doute plus facilement.

5° Lorsque le lavage de la chambre antérieure est indiqué, il est également rendu plus facile et moins dangereux, par la possibilité d'entrebâiller largement la plaie, en tirant, à l'aide du fil, sur le lambeau inférieur.

6° Elle permet de laisser l'œil sans pansement occlusif immédiatement après l'opération, lorsque l'inflammation de la paupière ou du sac lacrymal nécessite un nettoyage souvent répété, pour prévenir l'infection de la plaie cornéenne, comme dans mes deux premières opérations.

7° Le prompt rétablissement de la chambre antérieure rend possible l'usage de l'atropine dès le soir de l'opération, et même deux ou trois heures après celle-ci, sans qu'il y ait à craindre une hernie de l'iris ; ce qui diminue de beaucoup les chances d'iritis grave et d'occlusion pupillaire. Dans ma deuxième observation, si, au lieu de commencer l'usage réitéré de l'atropine, quatre heures après l'opération, on avait attendu vingt-quatre heures, comme d'habitude, il est presque certain que la soudure pupillaire n'aurait pu être évitée.

8° Elle permet au malade de rester debout dès le premier jour, ou, au moins, dès le lendemain de l'opération, si, par prudence, on trouve préférable de le laisser reposer pendant les premières heures qui suivent l'intervention.

9° Le globe oculaire étant rendu presque à l'état normal, le malade peut prendre le bandeau flottant dès le lendemain de l'extraction.

10° Elle nous met à l'abri des réouvertures de la plaie, qui surviennent quelquefois, au deuxième ou au troisième jour, à la suite de mouvements brusques des yeux.

11° Par la gêne légère que le fil occasionne, la suture devient un correctif précieux de la cocaïne, en rappelant aux malades qu'il y a une large plaie dans l'œil, et qu'ils doivent rester relativement tranquilles. Depuis l'heureuse découverte de Koller, ainsi que je l'ai observé maintes fois, les malades, ne souffrant plus pendant l'opération, et, par suite, ne se rendant plus compte de son importance, sont moins dociles qu'avant, plus portés à faire des mouvements et à chercher à voir à l'insu des gardes. Ainsi, dernièrement, une sœur de l'Espérance, que j'ai opérée avant l'emploi de la suture, se croyant guérie au troisième jour, « puisqu'elle ne sentait pas son œil », s'occupa alors de mettre de l'ordre dans sa chambre, et ouvrit la plaie par un mouvement involontaire de l'œil. L'accident n'eut heureusement pas de suites, et la malade guérit après quatre jours de pansement occlusif.

12° Lorsque, par extraordinaire, la cristalloïde postérieure vient à se briser pendant l'extraction, la méthode permet de limiter la perte d'humeur vitrée, en resserrant le point de sûreté. Puis, au lieu d'abandonner l'œil, comme d'habitude, laissant ainsi une large porte ouverte à l'infection, on peut continuer régulièrement l'opération, en coupant d'abord, d'un coup de ciseaux, la hernie du corps vitré, puis en coaptant parfaitement les bords de l'incision cornéenne, à l'aide de la suture, et en fermant celle-ci tout à fait.

13° Enfin, le chirurgien peut examiner l'œil à n'importe quel moment, sans craindre de déterminer la réouverture de la plaie ; il peut ainsi voir, à son éclosion, la moindre inflammation irienne, et instituer, tout de suite, le traitement nécessaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 avril 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend :

1° Un nouveau procédé de conservation du vaccin, par M. E. Joly (de Neufchâtel);

2° Un pli cacheté de M. Reignier, de Surgères (Seine-Inférieure).

LECTURES

Suture de la cornée dans l'opération de la cataracte. — M. Suarez de Mendoza (d'Angers) lit un travail sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 439.) [Comm. : MM. Panas, Perrin et Duplay.]

Chloroforme et chlorure de méthylène. — M. Regnauld, au nom de M. Villejean et au sien, appelle de nouveau l'attention sur l'usage d'une préparation anglaise improprement appelée chlorure de méthylène. Cette préparation n'est autre chose qu'un mélange de chloroforme et d'alcool éthylique (4 volumes de chloroforme et 1 volume d'alcool). Ce produit aurait donné à M. Le Fort et à sir Spencer Wells des résultats excellents au point de vue de l'anesthésie chirurgicale, à la condition toutefois d'être employée avec des précautions minutieuses.

Il laisse cette question de côté puisqu'il ne s'agit là en rien du chlorure de méthylène. Quant à ce dernier corps, les expériences qu'il a souvent faites lui permettent de dire de nouveau qu'il provoque des accidents graves qui semblent devoir le faire bannir de la thérapeutique humaine.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TÉTANOS

M. Leblanc dit que les faits nouveaux apportés par M. Verneuil ne sont pas assez probants pour le faire changer d'avis.

M. Verneuil considère une hypothèse comme une vérité indiscutable, et sur cette hypothèse il a basé toute son argumentation. Mais le cheval sain n'est pas plus tetanifère que morvifère. Le bœuf ou le mouton bien portants ne sont pas plus carbonifères que le chien non malade n'est rabifère, et jamais un animal n'a transmis à l'homme une maladie dont il n'était pas atteint et dont il ne possédait pas le germe. Aucun animal, cheval, bœuf, chien ou mouton n'a le virus originel : s'il en était ainsi, l'existence du vétérinaire serait insupportable et ses craintes devraient être perpétuelles. Dans les conditions admises par M. Verneuil pour contracter le tétanos, il n'est pas d'individu qui ne soit exposé, à commencer par les millions de cultivateurs, en rapport avec la terre ou avec les chevaux, et à finir par les millions de personnes qui vont en voitures de toute espèce.

M. Leblanc prend successivement les catégories indiquées par

M. Verneuil, rappelle quelques-unes de ses observations et prouve combien la plupart sont peu probantes.

1° *Blessures faites par un cheval non tétanique.* — Rien ne prouve que la salive ou la sueur du cheval sain soient virulentes ; si les morsures sont dangereuses, c'est qu'il y a écrasement. Les partisans de la nature infectieuse du tétanos ne sont pas d'accord avec M. Verneuil sur l'origine équine de cette maladie. Le tétanos existe dans les pays où il n'y a pas de chevaux et frappe les marins.

2° *Blessures faites par des objets servant ou ayant servi à des chevaux.* — Si l'animal est sain, les objets ayant été en contact avec lui ne peuvent être dangereux.

3° *Blessures souillées par le fumier.* — Les excréments du cheval n'étant pas virulents, le fumier ne peut l'être.

4°, 5°, 6° *Blessures ou plaies souillées par la terre ou faites par des agents traînant sur la terre et servant à la culture.* — On doit diviser les diverses observations en deux catégories : les unes qui n'ont aucune valeur, les autres qui méritent l'attention ; il paraît aussi que dans certaines régions la terre mise en contact avec les plaies peut, chez des animaux prédisposés, provoquer le développement du tétanos.

7° *Contagion par l'eau, l'air et les poussières.* — La discussion sur ce point ne peut être que théorique, et elle manque d'intérêt en présence de l'aveu de M. Verneuil ; inutile donc d'insister. M. Leblanc rappelle seulement les conclusions du mémoire de MM. Cadéac et Mallet sur la contagion par virus volatil.

8° *Contagion par le cheval tétanique.* — Un seul fait de contagion chez un vétérinaire, fait non moins douteux que les quelques autres concernant des propriétaires de chevaux, ne peut entraîner la conviction alors que dans la pratique on n'a jamais vu un vétérinaire, ni un infirmier, ni toute autre personne soignant des chevaux tétaniques, contracter la maladie ; jamais on n'a isolé dans les infirmeries les chevaux tétaniques, et jamais un de leurs voisins n'a été contaminé. Si on compare ces faits connus de tout le monde aux nombreux cas de morve humaine ou de pustule maligne consignés dans les livres, on peut juger d'avance la question de la nature infectieuse du tétanos au point de vue pratique. Expérimentalement, on a pu communiquer le tétanos équin à de petits animaux ; il faut faire observer que les résultats ont été variables et contradictoires, qu'on n'est pas d'accord sur la nature des germes virulents et que, par suite, il y a lieu, tout en constatant les résultats obtenus, d'attendre leur confirmation.

L'échec de l'antisepsie est encore une raison de douter de la nature infectieuse du tétanos.

Il semble étonnant que M. Verneuil n'admette pas le rôle de la prédisposition, car il est frappant. Le tétanos se développe le plus souvent à la suite des blessures siégeant dans les mêmes régions du corps, faites par écrasement, alors que les blessés se trouvent dans de mauvaises conditions hygiéniques ou climatériques.

M. Leblanc ne peut se rallier aux nombreuses conclusions posées par M. Verneuil et il résume ainsi son opinion :

« L'origine équine ou bovine du tétanos n'est pas prouvée ; si dans quelques cas on peut accepter l'origine tellurique, dans le plus grand nombre elle est fort contestable. Je ne crois pas à la contagion par l'eau ni par l'air ; je ne suis pas édifié sur la nature des germes (microbes ou ptomaïnes), considérés comme seule cause de cette maladie ; en revanche, j'admets l'influence de la prédisposition et je considère qu'elle joue le rôle principal dans la genèse du tétanos. Si expérimentalement on a démontré la nature infectieuse du tétanos, en inoculant des tissus altérés ou de la terre, pratiquement la contagion, qu'il s'agisse de l'homme ou des animaux, n'a pas été démontrée. Enfin, je ne vois même aucune nécessité de placer le tétanos au nombre des maladies contagieuses inscrites dans la loi du 21 juillet. »

M. Leblanc se déclare partisan convaincu de l'antisepsie, qu'il s'agisse de cette maladie aussi peu infectieuse que possible, ou de toute autre pouvant être la conséquence d'une opération.

M. NOCARD a suivi de très près la campagne entreprise par M. Verneuil, mais il n'est pas convaincu, parce que les faits de M. Verneuil peuvent être interprétés autrement que lui, et d'une façon qui satisfait mieux l'esprit, parce qu'elle est plus d'accord avec les données expérimentales.

Il ne parle pas des observations se rapportant à des blessés qui ont été en contact plus ou moins direct avec des chevaux tétaniques, parce que l'on peut admettre la possibilité de la contagion du cheval à l'homme.

Pour tous les autres faits, non seulement le cheval incriminé n'avait pas le tétanos, mais encore il n'avait eu aucun rapport avec un animal tétanique. De telle sorte que M. Verneuil n'hésite pas à admettre que le cheval sain peut donner le tétanos, non pas parce que tétanique, mais parce que cheval. Il y aurait là un caractère spécifique que M. Nocard signale en passant aux zoologistes.

Pour faire admettre cette opinion il faudrait quelque expérience montrant qu'on peut donner le tétanos par l'inoculation d'un produit quelconque (sang, muscle, etc.), prélevé sur un cheval sain. Or, jusqu'à ce qu'on ait fourni cette expérience, M. Nocard se croit en droit de dire que, pour la plupart des faits cités par M. Verneuil, l'apparition du tétanos s'explique mieux par l'action de la terre qui a souillé la plaie, que par le contact du cheval incriminé.

L'action tétanigène de la terre cultivée, voilà, en effet, le seul fait solidement établi. Pourquoi ne pas s'y tenir ? Pourquoi surtout vouloir que cette action soit due au fumier de cheval plutôt qu'à celui du bœuf ou du mouton ? Le contraire paraît, *a priori*, plus vraisemblable, car on sait que le tétanos est beaucoup plus fréquent à la campagne que dans les grandes villes ; à Paris, par exemple, où la population chevaline est considérable, le tétanos est extrêmement rare ; ne serait-on pas autorisé à dire que c'est en raison du petit nombre de bœufs ou de moutons qu'on y entretient ?

M. Verneuil a reconnu la valeur de ces objections en se déclarant prêt à admettre la provenance animale multiple ou l'origine tellurique du tétanos ; mais il n'en continue pas moins à viser spécialement, sinon exclusivement, le cheval, parce qu'il contracte plus fréquemment le tétanos. Cela n'est pas une raison suffisante.

Voyons, en effet, ce qui se passe pour la septicémie, dont la pathogénie touche par tant de points à celle du tétanos.

En 1875, M. Signol avait eu l'idée d'inoculer méthodiquement le sang de chevaux sains, tués par asphyxie ; les animaux mis en expérience étaient des moutons et des lapins ; tous ceux à qui l'on inoculait le sang dans les veines profondes, quinze heures après la mort, succombaient fatalement en moins de vingt-quatre heures, à une affection bizarre due au développement du vibrion septique ; c'était la septicémie gangréneuse.

On eût pu dire alors que la gangrène gazeuse était d'origine équine.

On n'en fit rien cependant, et l'on fit bien. Car les élèves de M. Pasteur ont démontré depuis, que le fait se reproduit identiquement chez tous les herbivores.

Or, si la septicémie est relativement fréquente chez le cheval, elle est à peu près complètement inconnue chez le bœuf, et cependant le sang du bœuf devient aussi rapidement septique que celui du cheval. C'est que les germes du vibrion septique sont extrêmement répandus partout autour de nous ; tous les animaux en ingèrent avec les aliments et les boissons ; ils résistent à l'action des sucs digestifs et sont expulsés avec les excréments sans avoir rien perdu de leur vitalité, tout prêts à se développer lorsque les conditions de milieu seront devenues favorables.

M. Nocard est tout disposé à croire qu'il en est de même pour le microbe du tétanos, mais avant de l'assimiler au vibrion septique, il faudrait montrer que ce microbe existe dans l'intestin des herbivores, que les sucs digestifs sont sans action sur lui, qu'on le retrouve dans les excréments, encore apte à provoquer le tétanos chez l'animal auquel on l'inoculerait.

Tout cela est encore à faire et jusqu'à ce qu'on l'ait fait, il est sage de nous en tenir aux données qui découlent des faits expérimentaux.

Dans ces conditions, M. Nocard croit que l'origine équine du tétanos n'est qu'une hypothèse et ce n'est pas sur une hypothèse, si séduisante qu'elle soit, que l'on peut s'appuyer pour demander l'inscription du tétanos dans la loi sur la police sanitaire des animaux domestiques.

M. VERNEUIL demande que le tétanos soit inscrit dans la loi sur la police sanitaire, non parce qu'il provient de la terre ou du cheval, mais parce qu'il représente une maladie infectieuse.

M. LEBLANC fait remarquer qu'il y a bien d'autres maladies infectieuses que le tétanos, et si on voulait les inscrire toutes dans la loi sur la police sanitaire, on se heurterait à des difficultés pratiques insurmontables.

COMITÉ SECRET

L'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport de M. Bucquoy, sur les titres des candidats à deux places de correspondants étrangers (première division).

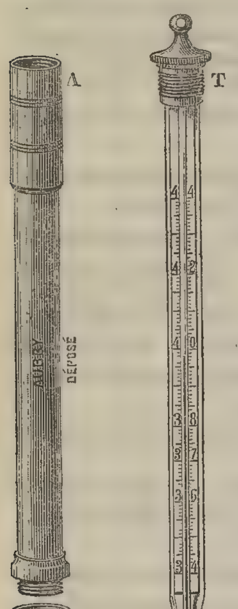
Les candidats sont classés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Warlomont (de Bruxelles) ; en deuxième ligne, M. Semmola (de Naples) ; et en troisième ligne *ex æquo* : MM. Rommelaere (de Bruxelles) et Sydney Ringer (de Londres).

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Étui thermométrique aseptique

De M. le docteur Ch. Bailly (de Chambly).

Le thermomètre à l'aide duquel on a pris la température anale dans une maladie septique peut-il, même après un nettoyage correct mais banal, être impunément introduit dans le rectum sain ?



M. le docteur Bailly répond à cette question par la négative. Dès lors, il préconise l'usage du thermomètre rendu aseptique à l'aide d'huile ou de vaseline naphtolée, salolée, phéniquée, etc.

Emporter avec soi à la fois le thermomètre et un récipient spécial serait une complication embarrassante.

Visser, à l'extrémité de l'étui thermométrique, un petit cylindre récepteur donnerait à l'instrument une longueur gênante.

L'introduction de la substance antiseptique dans l'étui ordinaire serait peu commode et rendrait un nettoyage consécutif difficile.

M. le docteur Bailly obvie à tous ces inconvénients par le plus simple des dispositifs. Il partage l'étui cylindrique (métal, bois ou caoutchouc) en deux portions : figure AB.

La partie inférieure B, longue de 4 à 5 centimètres, fermée à une extrémité, sorte de dé, est remplie du véhicule antiseptique puis est vissée sur l'autre partie, cylindre ouvert à ses deux bouts A.

On a ainsi un étui ordinaire dans lequel s'introduit et se fixe le thermomètre T dont la cuvette C plonge à demeure dans la substance antiseptique et lubréfiante.

La solution suivante : salol, 1 gramme ; huile de vaseline, 5 grammes ; vaseline, 4 grammes, répond à toutes les indications.

A chaque pas de vis de l'étui est fixée une bague minuscule d'étain, qui rend la cavité de l'étui absolument étanche, si bien qu'on peut également y verser à volonté une solution quelconque d'acide phénique ou autre dans laquelle baignera en entier le thermomètre.

Près du malade, l'introduction de l'instrument est prompte et facile. La température prise, le thermomètre est nettoyé avec soin et replacé dans sa gaine antiseptique.

Quand bien même la crainte d'un contage serait exagérée, le praticien évite avec ce dispositif la perte de temps qu'entraîne toujours auprès du client la recherche d'un corps gras quelconque destiné à faciliter l'introduction.

Il va de soi que les mêmes observations et le même perfectionnement s'appliquent au thermomètre axillaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 avril 1889, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Durand, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décret, en date du 18 avril 1889, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Hamon, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 18 avril 1889, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Laurens, pour les fonctions de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne ; — Berger, pour la légion de la garde républicaine.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Ditot, pour l'hôpital de Belle-Ile-en-Mer ; — Lobit, pour l'École des sous-officiers de l'artillerie et du génie, à Versailles ; — Grouille, pour le 1er escadron du train des équipages ; — Sacreste, pour le 2e zouaves ; — Berthier, pour le 20e chasseurs à cheval ; — Ravan, pour le 28e bataillon de chasseurs à pied ; — Couderc, pour le 46e d'infanterie ; — Demeunynck, pour le 15e escadron du train des équipages ; — Dufaud, pour le 4e chasseurs d'Afrique ; — Testeau, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique ; — Bernard, pour le 27e d'infanterie ; — Pailloz, pour le 104e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Batut, pour le 17e dragons ; — Trédos, pour le 3e chasseurs d'Afrique ; — Puig, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

— Les candidats au concours qui doit s'ouvrir le mardi 7 mai pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central, sont au nombre de neuf. Ce sont, par ordre alphabétique : MM. Berthod, Boissard, Bonnaire, Démelin, Lepage, Loviot, Potocki, Stapfer et Tissier.

Le jury de ce concours est provisoirement constitué comme suit : MM. Porak, Bouilly, Bar, Guéniot, Maygrier, Cornil et Kirmisson.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Condamin, délégué dans les fonctions de prosecteur, est nommé prosecteur pour une période de trois ans.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Cannac, aide de physiologie, est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Gombert, démissionnaire.

M. Vieu est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, de l'emploi d'aide de physiologie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Le Conseil de la Faculté a présenté, en première ligne, pour la chaire vacante d'histoire naturelle médicale, M. Macé, agrégé, chargé du cours depuis le décès du professeur Engel.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Delabarre est nommé prosecteur.

M. Thuillier est nommé aide d'anatomie.

— M. le docteur Descroizilles commencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles, le vendredi 26 avril à neuf heures, à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Henri Roger, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

— Le troisième cours des travaux pratiques de médecine opératoire commencera le mardi 30 avril 1889. M. le docteur Lejars, prosecteur, avec le concours de MM. Rieffel, Arnould, Delagénière, Chipault, Reblaux et Sauvineau, aides-d'anatomie, fera sa première démonstration, à une heure précise, dans le pavillon III de l'École pratique.

— M. le docteur Dubar, préparateur au laboratoire de la clinique chirurgicale de la Charité, recommencera son cours de technique microscopique et de diagnostic histologique et pathologique, le mardi 7 mai à quatre heures. On s'inscrit de midi à deux heures, 4, rue Antoine-Dubois (près la Faculté de médecine).

— M. le docteur Luys reprendra son cours à l'hôpital de la Charité, le jeudi 9 mai, à dix heures, dans l'amphithéâtre du premier étage.

Ce cours aura pour objet les maladies du système nerveux et les applications thérapeutiques de l'hypnotisme.

Les personnes qui désirent y assister ne seront admises que sur la présentation d'une carte d'entrée. On est prié de s'inscrire chez le concierge.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 49. — SAMEDI 27 AVRIL 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 27 AVRIL 1889. — N° 49.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Étude critique des méthodes modernes de trépanation du crâne.

Par M. H. DELAGÉNIÈRE, interne des hôpitaux.

I

La trépanation du crâne se pratique dans deux ordres de faits bien distincts. Tantôt il faut porter remède à des accidents consécutifs à un traumatisme; tantôt, au contraire, on ouvre le crâne de propos délibéré pour chercher la cause d'accidents cérébraux observés chez le malade et y remédier, si on se trouve en présence de cas déterminés.

La première de ces opérations, ou trépanation pour traumatisme, n'a pas de règle fixe. On peut être appelé à trépaner dans toutes les régions du crâne. L'opération elle-même est extrêmement variable. Souvent il suffit d'enlever des portions d'os enfoncées dans la substance cérébrale avec un simple élévatoire et un davier, tandis que d'autres fois on est obligé d'appliquer une couronne ou deux de trépan, pour pouvoir soulever les fragments enfoncés.

La deuxième opération, au contraire, se fait de propos délibéré, c'est la *trépanation per se* des auteurs anglais. Nous la désignerons plus simplement sous le nom de *trépanation exploratrice* (1). Cette opération est fondée sur l'étude des localisations cérébrales, c'est-à-dire que le siège même de la trépanation se trouve indiqué par les symptômes observés. En outre, le crâne est toujours ouvert par un procédé chirurgical bien défini, et dans le but d'explorer le contenu de la boîte cranienne, pour agir ensuite suivant les cas.

C'est de cette dernière opération seulement que nous voulons nous occuper dans cette Revue générale. Elle constitue une opération bien moderne et est une des plus belles conquêtes de la chirurgie antiseptique.

(1) On a distingué un trépan *exploratif*, *préventif* et *curatif*, mais en ne tenant compte que de la trépanation pour traumatismes (POULET. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXXVI, p. 169). Nous avons cru devoir adopter la division en trépanation pour traumatismes et en dehors du traumatisme, admise par M. Lucas-Championnière et par les auteurs anglais (Société de chirurgie, 27 juin 1888).

II

La trépanation en dehors du traumatisme semble avoir été pratiquée dans les temps les plus reculés. Les travaux de Prunières, de de Baye, de Broca l'établissent nettement. L'opération n'était-elle alors qu'une simple initiation religieuse, ou bien était-elle aussi pratiquée dans un but thérapeutique? Telle est une question qu'on ne peut résoudre que par une hypothèse. Nous citerons celle de Broca qui pense que la trépanation a pu être pratiquée sur des individus atteints d'affections convulsives, des épileptiques, afin d'ouvrir une porte à l'esprit du mal renfermé dans la tête.

D'ailleurs, quelques peuplades de l'Océanie trépanent pour des maux de tête, des névralgies, des vertiges.

Cette coutume est très répandue en Algérie, chez les Kabyles. M. Lucas-Championnière, qui a pris les renseignements sur place, nous apprend que la trépanation est faite en dehors du traumatisme, et que c'est la douleur qui conduit l'opérateur à ouvrir le crâne. Cette opération est faite fréquemment et sans grand danger pour le patient.

C'est en considérant ces faits, en se rappelant les efforts de Denonvilliers, de Legouest, de Larrey et surtout de Sédillot, que M. Lucas-Championnière parle de la renaissance de l'opération du trépan. Dans son livre, sur la trépanation, il cite (p. 70) le cas de Broca qui, pour des symptômes bien localisés d'aphasie, avait déterminé, sur le crâne, le siège de la troisième circonvolution et avait trépané en ce point (1871). Le principe de l'opération était posé, mais le malade de Broca mourut et d'autres tentatives ne furent pas faites.

L'étude des centres moteurs se fait alors et, dès 1877, M. Lucas-Championnière étudie les indications tirées des localisations cérébrales pour la trépanation du crâne (1), puis la méthode opératoire (2). L'année suivante paraît son livre sur la trépanation guidée par les localisations cérébrales. Nous nous permettons d'en rappeler quelques propositions :

1° La doctrine des localisations motrices dans l'écorce cérébrale est admise;

2° Les traumatismes et *toutes lésions* intéressant la région corticale motrice amènent des paralysies déterminées ou,

(1) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 9 janvier 1877.

(2) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 14 février 1877.

dans de certaines conditions, des manifestations convulsives localisées;

3° Les lésions d'une seule région amènent certains troubles de la motricité;

4° Ceux-ci peuvent servir à diagnostiquer la région ou des points compromis de la région motrice;

5° Une intervention opératoire peut se faire dans ces conditions et remédier plus ou moins complètement aux troubles de la motricité.

Toute l'histoire de la trépanation moderne se trouve résumée dans ces cinq propositions. A la vérité, M. Lucas-Championnière n'apporte pas encore d'observations de trépanation en dehors du traumatisme à l'exception de celle de Broca, mais il l'admet en principe et se tient pour ainsi dire prêt à la pratiquer. C'est le 15 octobre 1885 qu'il fait sa première opération, puis une seconde le 3 mai 1886.

En Angleterre, Mac Ewen l'avait devancé de quelques mois en trépanant avec succès pour un cas d'abcès du cerveau (1). C'est la première observation, en date, que nous ayons rencontrée. Schède (de Hambourg) avait déjà pratiqué la trépanation du temporal, mais il s'agissait là d'un écoulement de pus par l'oreille, de telle sorte que l'observation doit bien plutôt être rangée parmi celles de trépanation de l'apophyse mastoïde (2).

L'exemple de Mac Ewen et de M. Lucas-Championnière est bientôt suivi par Horsley (de Londres), qui pratique sa première opération le 26 mai 1886. Ses remarquables travaux sur les localisations cérébrales permettent d'apporter une plus grande précision dans le diagnostic des lésions observées, et rendent plus audacieuses les interventions.

Par cet aperçu historique, le lecteur peut se rendre compte du rôle considérable rempli par les travaux français dans la renaissance du trépan, et, en particulier, par ceux de M. Lucas-Championnière. Cette opération, d'empirique qu'elle était, est devenue une des mieux réglées des opérations modernes. Elle peut donc être considérée comme une des gloires de notre chirurgie nationale.

III

Pour bien saisir le but que se propose le chirurgien en pratiquant la trépanation exploratrice, il faut se rappeler plusieurs propositions fondamentales qui régissent à elles seules toutes les méthodes modernes du trépan. En nous inspirant des travaux de notre maître M. Lucas-Championnière et en tenant compte des plus récentes publications, nous les formulerons de la façon suivante :

1° Victor Horsley (3) après Broca, Hitzig et Ferrier, MM. Charcot et Pitres, a étudié les centres des mouvements des membres, des segments des membres; du pouce et des doigts; du gros orteil et des orteils; de la tête; de la face et des yeux. Par des expériences précises faites sur des singes, il est arrivé à isoler à volonté chacun de ces centres, et, en les excitant, à produire des mouvements déterminés. Il a aussi étudié des mouvements associés.

2° Les troubles moteurs observés dans les membres, segments de membres, etc., sont des signes qui peuvent permettre au chirurgien de faire le diagnostic d'une lésion qui intéresse la couche corticale au niveau d'un de ces centres.

3° Comme l'a depuis longtemps fait remarquer M. Lucas-Championnière, les centres moteurs étant tous groupés autour du sillon de Rolando, dans un espace qui répond à la moitié antérieure du pariétal, on peut prendre sur le crâne, pour base d'opération, une ligne qui réponde au sillon de Rolando et ainsi découvrir et explorer la région des centres dans sa totalité ou en partie. Pour certains cas où on observerait seulement de l'aphasie, il pourrait être utile, comme l'a fait Broca, de déterminer la situation de la troisième circonvolution frontale.

Il nous sera, dès lors, facile de déduire de cet exposé les principaux temps de l'opération. Nous les étudierons ensuite séparément, en indiquant les modifications introduites par les différents chirurgiens. C'est ainsi que nous aurons à passer successivement en revue : les instruments employés, la préparation du malade, l'anesthésie, le tracé de la ligne rolandique, l'incision des téguments, l'ouverture du crâne, l'examen de la rondelle enlevée et celui des méninges, l'incision des méninges et l'exploration du cerveau, l'intervention dans les cas de tumeurs, de kystes ou d'abcès, le drainage, les sutures et les greffes des rondelles, le pansement, enfin, les accidents opératoires et les suites de l'opération.

IV

INSTRUMENTS. — Nous n'avons pas l'intention de décrire les nombreux instruments qui ont été construits pour faire la trépanation, mais seulement de faire un choix parmi eux. Deux règles principales nous ont guidé dans ce choix : la simplicité dans la construction de ces instruments et la sécurité de leur emploi.

En France, on se sert d'un trépan composé d'un vilebrequin qui met en mouvement les couronnes de trépan. Cet instrument est très ancien : il est représenté dans les ouvrages d'Ambroise Paré. On a employé des couronnes coniques biseautées à leur surface externe dans le but d'éviter, d'une part, de pénétrer tout d'un coup dans le crâne, et d'autre part, d'assurer une voie à l'instrument. Puis ces couronnes ont été remplacées par des couronnes cylindriques terminées par des dents de scie. En outre, pour limiter l'action de ces couronnes, on a ajouté une sorte de manchon extérieur mobile, destiné à ne laisser saillante qu'une partie de la couronne. Ces couronnes variaient en diamètre de 5 à 15 millimètres. M. Lucas-Championnière s'est fait construire des couronnes de 30 millimètres et Horsley de 50 millimètres.

En Angleterre et en Allemagne (1), au lieu de trépan, on emploie la tréphine, qui ne diffère de l'instrument français qu'en ce que le vilebrequin est remplacé par une poignée perpendiculaire à la tige qui porte la couronne. Un grand nombre de chirurgiens emploient des couronnes biseautées à l'extérieur. Nous avons vu récemment à Londres Horsley se servir de ces tréphines pour trépaner le rachis et leur emploi paraissait procurer toute la sécurité et toute la facilité d'exécution désirables. Pour ouvrir le crâne Horsley se servait exclusivement autrefois de la large couronne de

(1) MAC EWEN. *Lancet*, 23 mai 1885.

(2) SCHEDE. *Lancet*, 4 juillet 1884.

(3) Consulter les *Philosophical Transactions* de la Société royale de Londres; le *British Medical Journal* des 2 octobre 1886 et 23 avril 1887, et la traduction française dans les *Archives de neurologie*, nos 36 et 86.

(1) En Allemagne, certains chirurgiens emploient souvent, pour ouvrir le crâne, la gouge et le maillet. Ce procédé offre le grave inconvénient de ne pas permettre l'examen de la rondelle. Il n'est, du reste, guère employé que pour faire des trépanations pour traumatismes.

50 millimètres. Aujourd'hui, il lui préfère souvent une scie circulaire mise en rotation par le moteur à main connu, en Angleterre, sous le nom de *Bonwill's surgical engine*.

Pour agrandir les ouvertures faites par les couronnes, ou pour terminer la section de l'os commencée par la scie, on se sert de pinces coupantes de différents modèles.

Nous avons vu employer avec le même succès la pince-gouge, par M. Lucas-Championnière, et la pince de Liston, par Horsley.

Enfin, nous citerons comme instruments accessoires le *tire-fond*, l'*élévatoire* et un stylet aplati destiné à sonder la profondeur du trait de scie (1).

Préparation du malade. — Ceci constitue un temps très important de l'opération. Il faut que le cuir chevelu soit complètement rasé puis dégraissé et aseptisé. Pour atteindre ces derniers buts, Mac Ewen emploie d'abord le savon, puis l'essence de térébenthine, enfin, une solution antiseptique puissante. M. Lucas-Championnière emploie quelquefois aussi le savon, mais il lui préfère la décoction de bois de panama, enfin, il aseptise le champ opératoire par une vigoureuse friction faite avec une compresse bouillie trempée dans de la solution phéniquée au vingtième.

Anesthésie. — Le mode d'anesthésie des malades qui vont subir la trépanation exploratrice, mérite une attention toute spéciale de la part du chirurgien. Horsley fait toujours faire à ses opérés une piqûre de morphine quelques minutes avant l'opération dans le but de faire contracter les vaisseaux du cerveau et de diminuer ainsi notablement l'hémorrhagie. Il emploie le chloroforme en ayant soin d'en donner la plus petite dose possible. Il a remarqué, en effet, sur des malades qui s'éveillaient pendant l'opération, qu'une faible dose avait une action très rapide, et que cette action était plus marquée lorsque la dure-mère était ouverte.

Tracé de la ligne rolandique et topographie cranio-cérébrale. — Cette question a certes une grande importance, mais elle n'est pas aussi capitale et n'exige pas une précision aussi grande qu'on serait tenté de le croire au premier abord. En effet, si les centres des différents mouvements sont parfaitement isolables à la surface du cerveau, il ne s'ensuit pas que l'on doive ouvrir la boîte cranienne, juste dans la région qui correspond au centre lésé, ni donner à la trépanation une étendue proportionnée à celle du centre moteur atteint par la lésion. Une pareille intervention serait toujours insuffisante, au point de vue chirurgical, car l'exploration du cerveau serait impossible ; la lésion pourrait être beaucoup plus étendue que le centre moteur qu'on aurait découvert; et en outre, malgré toutes les notions les plus précises sur la situation respective des parois du crâne et des centres moteurs, on courrait le risque d'ouvrir à côté. Il y a, en effet, d'un sujet à l'autre, des différences notables dans la situation fixe d'un centre déterminé, tandis que, dans leur groupement général, les centres moteurs ont entre eux des rapports constants.

Nous invoquerons à l'appui de ce qui précède les belles expériences de Horsley faites sur des singes.

Après avoir mis à nu par une large trépanation toute la région des centres, Horsley porte l'excitation au point présumé occupé par un centre bien connu : celui du membre inférieur, par exemple. Il est rare qu'il tombe d'emblée sur ce centre; ce n'est que par des tâtonnements successifs qu'il y arrive. Il est vrai, qu'une fois ce premier centre trouvé, il n'y a plus d'hésitations; il excite à volonté tel ou tel centre et avec une précision merveilleuse.

Dans la trépanation exploratrice, le chirurgien remplace le physiologiste et voilà tout. Il faut qu'il puisse s'orienter, explorer et enfin intervenir suivant les cas, triple but qu'il ne pourra atteindre qu'en faisant au crâne une large perte de substance. Que maintenant la topographie cranio-cérébrale lui indique l'endroit du crâne où il devra faire cette perte de substance, pour la réduire à son minimum utile, et il aura tiré de cette étude tout ce qu'il lui importe de connaître.

C'est pour ces raisons que nous sommes quelque peu surpris de voir le soin avec lequel les chirurgiens anglais cherchent à établir le plus exactement possible, la situation du sillon de Rolando, ou de la scissure de Sylvius. Pour remplir notre programme, nous indiquerons leurs procédés soi-disant *exacts* pour en revenir au procédé *seulement approché* et déjà ancien de M. Lucas-Championnière (1).

Plusieurs auteurs anglais se sont occupés de cette question de topographie. Nous signalerons seulement les conclusions des principaux d'entre eux.

Reid (2) prend comme base d'opération une ligne circulaire passant par le rebord inférieur de l'orbite et par le conduit auditif externe. La partie postérieure de la scissure de Sylvius répond aux trois cinquièmes postérieurs d'une ligne menée de l'apophyse orbitaire externe à un point situé à trois quarts d'un pouce (18 millimètres environ) au-dessous de la partie la plus proéminente de la bosse pariétale. On peut donner à cette ligne le nom de *ligne sylvienne*. La partie antérieure de la scissure part de cette ligne et s'élève en passant par le milieu de l'arcade zygomatique. L'apophyse du temporal correspond à peu près au sillon qui sépare la deuxième et la troisième circonvolution frontale. En prolongeant en arrière la ligne sylvienne jusqu'à la suture sagittale, on aura la situation du sillon pariéto-occipital. En menant, par la dépression située au-devant du conduit auditif, une perpendiculaire sur la ligne de base, cette perpendiculaire coupera la scissure de Sylvius précisément dans le point où elle serait rencontrée par le sillon de Rolando prolongé. Ce dernier sillon sera représenté par une ligne menée de ce point d'entrecroisement à l'intersection de la suture sagittale et d'une perpendiculaire élevée de la ligne de base et passant par le bord postérieur de l'apophyse mastoïde. Les centres moteurs sont groupés autour de cette ligne rolandique dans un espace d'environ un pouce (25 millimètres), en deçà et au delà. Les centres pour la jambe, le bras, la face sont à cheval sur le sillon de Rolando.

Le professeur Thane détermine la situation du sillon de Rolando de la façon suivante (3) : l'extrémité supérieure de ce sillon se trouve à peu près à un demi-pouce (12 à 13 millimètres) en arrière du point médian de la distance, qui

(1) Les pinces-gouges remplacent très avantageusement le couteau lenticulaire employé autrefois pour abattre les saillies formées par la table interne. Il est encore en usage en Allemagne.

(1) Lucas-Championnière. *Étude historique et clinique sur la trépanation du crâne*, « La trépanation guidée par les localisations cérébrales », ch. viii, p. 101 et suiv.

(2) Gowers. *Diseases of the Nervous System.*

(3) Thane. Cerebral surgery by Damer Harrisson, *Liverpool medico-chirurgical Journal*, july 1888, p. 306.

sépare la racine du nez de la protubérance occipitale externe. Son extrémité inférieure est sur la branche postérieure de bifurcation de la scissure de Sylvius, et à un pouce environ (25 millimètres) de cette bifurcation. Enfin, cette bifurcation elle-même répond à un point situé à un pouce un quart (31 millimètres) en arrière, et à un quart de pouce (6 millimètres) au-dessus de l'apophyse orbitaire externe.

Ce procédé du professeur Thane n'est exact que pour des têtes ordinaires et cesse de l'être pour celles qui sont au-dessus et au-dessous de la moyenne. C'est pourquoi Hare a dressé une table de mensurations basées sur une série d'observations (1). Pour déterminer l'extrémité supérieure de la ligne à l'endroit où elle rencontre la scissure interhémisphérique, il faut prendre sur la ligne médiane la distance qui sépare la glabelle de la protubérance occipitale externe. Cette distance sur des têtes ordinaires variera entre 11 à 13 pouces (28 à 33 centimètres), et la distance de la glabelle au sommet du sillon est représentée par 55,7 centièmes de la longueur totale de la ligne.

Le tableau suivant donne la distance de la glabelle au sommet du sillon pour les têtes ordinaires. Pour simplifier, nous avons donné les mesures en millimètres.

Distance de la glabelle à la protubérance occipitale externe.	Distance de la glabelle au sommet du sillon de Rolando.
280 millimètres.	158 millimètres.
292 —	164 —
305 —	170 —
318 —	178 —
330 —	182 —

Kœnig (2) indique un procédé que nous ne signalerons que pour mémoire. Il pense qu'au point de vue pratique, il suffit de se servir d'un crâne desséché, comme guide, pour déterminer sur la tête le point correspondant à la bifurcation de la scissure de Sylvius. Ce point est situé à l'union de la suture écailleuse avec la grande aile du sphénoïde, etc. Sous l'apparence d'une grande simplicité, ce procédé est difficile à mettre à exécution et présente à notre sens un trop grand degré d'incertitude. Nous n'y insisterons pas davantage et décrirons comme procédé de choix celui de M. Lucas-Championnière qui joint à une grande simplicité d'exécution l'avantage d'une précision plus que suffisante.

M. Lucas-Championnière détermine sur les parois du crâne l'extrémité supérieure et l'extrémité inférieure du sillon de Rolando. Pour la première, il se sert de l'équerre auriculaire flexible de Broca pour déterminer la situation du bregma ; le point cherché se trouve à 55 millimètres en arrière et sur la ligne médiane. Pour trouver l'extrémité inférieure, il suffit de chercher l'apophyse orbitaire externe, de mener de ce point, d'avant en arrière, une ligne horizontale de 7 centimètres, puis d'élever à la partie postérieure de cette ligne une perpendiculaire de 3 centimètres.

Nous avons eu souvent l'occasion de voir M. Lucas-Championnière pratiquer la trépanation dans la région des centres en employant ce procédé de mensuration, et toutes les fois nous l'avons vu découvrir le sillon de Rolando qui occupait à peu près exactement le centre de l'ouverture faite par la couronne du trépan. Nous ne voyons donc pas l'avantage que pourraient présenter les autres méthodes.

Incision des téguments. — L'incision du cuir chevelu doit être faite de façon à découvrir une large surface osseuse. Autrefois, lorsque le trépan n'était appliqué que pour des cas de fracture du crâne avec enfoncement, on faisait une incision cruciale dont le point d'entrecroisement répondait à l'endroit où l'on devait appliquer la couronne de trépan. Les quatre angles ainsi formés étaient relevés, ce qui mettait à nu une surface osseuse quadrilatère. L'opération terminée, on rabattait les quatre lambeaux et on laissait guérir la plaie.

Aujourd'hui cette incision cruciale est abandonnée par tous les chirurgiens qui s'occupent de chirurgie cérébrale, par cette raison que le point d'entrecroisement des deux incisions répond précisément à l'ouverture du crâne, et qu'il est très difficile de bien fermer le point central où viennent converger quatre lambeaux ; on s'expose donc à voir se former consécutivement une hernie du cerveau.

Deux autres modes d'incision sont presque exclusivement usités aujourd'hui et présentent chacun des avantages sérieux. Nous voulons parler de l'incision en T et de l'incision en fer à cheval ou demi-circulaire.

M. Lucas-Championnière emploie presque toujours l'incision en T renversé, simple ou double. Après avoir déterminé la situation du sillon de Rolando, il mène sur la ligne rolandique une incision qui sectionne toutes les parties molles jusqu'à l'os, de façon à tracer sur le crâne dénudé le sillon de Rolando. Sur le milieu de cette incision en se dirigeant en avant, ou en arrière, suivant l'endroit où il veut trépaner, il mène une deuxième incision perpendiculaire à la première, et longue environ de 4 à 5 centimètres. S'il veut découvrir toute la région des centres il mène deux incisions au lieu d'une, la première en avant, la seconde en arrière, de manière à avoir deux T renversés en sens contraire ⊣⊢ et dont les deux sommets représentent le sillon de Rolando.

Lorsque le cuir chevelu est ainsi incisé jusqu'à l'os, les lambeaux sont relevés avec le péricrâne, de telle sorte que l'os est complètement à nu, mais présente un petit trait fin très facile à voir et qui a été tracé avec la pointe du bistouri. Ce trait n'est autre que la ligne rolandique reportée sur le crâne, de sorte que l'opérateur ne peut pas s'égarer. Malgré cet avantage très sérieux, M. Lucas-Championnière reconnaît à cette incision l'inconvénient d'amener la ligne de réunion de la plaie du cuir chevelu juste au point où le crâne a été ouvert, c'est-à-dire de recouvrir la perte de substance osseuse avec la partie la moins résistante du lambeau, ce qui pourrait peut-être devenir la cause d'une hernie du cerveau. C'est pourquoi, lorsque cette complication est à craindre, comme dans les cas de trépanations pour tumeur cérébrale ou pour hydrocéphalie, se montre-t-il partisan de l'incision demi-circulaire ou en fer à cheval.

Cette dernière incision est la seule usitée par Horsley et par la plupart des chirurgiens en Angleterre. Elle doit se faire à concavité inférieure, de telle sorte que les vaisseaux nourriciers du lambeau cutané ainsi séparé, soient respectés dans le pédicule. Il est facile de comprendre qu'un semblable lambeau, remis en place après l'opération, garantisse mieux l'ouverture faite au crâne, mais lorsque ce lambeau est soulevé, l'opérateur se trouve en présence d'une vaste surface osseuse, où il n'a plus pour guide que

(1) Byrum Bramwell. *Intracranial tumours*, chap. xi ; by Hare on surgical treatment.

(2) Kœnig. *Traité de pathologie*, t. I, p. 105, trad. de M. Comte.

le point tracé sur la ligne médiane et qui lui indique l'extrémité supérieure du sillon de Rolando. Il devra donc par à peu près, en soulevant le lambeau, voir le point du crâne qui correspond à l'extrémité inférieure de la ligne rolandique. Il pourra alors, avec le bistouri, faire sur l'os un trait qui lui permette ensuite d'agir avec la même sécurité et la même précision que dans l'incision en T.

Roswell Park [de Buffalo] (1) détermine sur le cuir chevelu le point où il veut trépaner, puis il enfonce dans l'os, à travers le cuir chevelu, un petit clou sans tête. Il peut alors disséquer son lambeau et le relever en conservant sous les yeux le point où il va faire la couronne de trépan.

Ouverture du crane et exploration. — Quel que soit l'instrument employé, il faut toujours faire une ouverture dans le crâne, afin de pouvoir se rendre compte exactement de l'épaisseur des parois osseuses. Cette condition est indispensable pour découvrir avec la sécurité désirable toute la région des centres.

En général, on choisit pour appliquer cette première couronne de trépan le siège présumé de la lésion, puis on donne ensuite à l'ouverture la grandeur voulue pour permettre l'exploration du cerveau et de ses enveloppes et l'intervention consécutive. Si cette première couronne de trépan permet de reconnaître de suite la lésion et d'y remédier, l'opération se borne là.

C'est cette raison qui avait amené les chirurgiens à employer de grandes couronnes pour faire de suite une ouverture suffisante. Horsley se servait d'abord d'une couronne de 50 millimètres de diamètre. Mais les trop grandes couronnes présentent un inconvénient très sérieux, celui d'entamer irrégulièrement la boite cranienne; de telle sorte que l'instrument pénètre déjà à l'intérieur du crâne en certains points, tandis qu'en d'autres endroits la rondelle n'est pas encore séparée. On s'expose donc à blesser les méninges. C'est sans doute pour ces raisons que Horsley a, pour ainsi dire, abandonné sa grande couronne et n'emploie plus, pour ouvrir le crâne, qu'une couronne de 1 pouce de diamètre, soit environ 25 millimètres.

M. Lucas-Championnière, dès le début, s'était arrêté à des dimensions à peu près semblables (30 millimètres). Cette couronne de 30 millimètres pourrait encore encourir le même reproche; cependant, avec de l'habitude et en allant doucement, on peut arriver à détacher la rondelle sans blesser les méninges. Voyons maintenant comment on peut arriver à ce résultat.

Après avoir déterminé le point exact où l'on veut appliquer la couronne de trépan, on place en ce point l'extrémité de la pyramide, puis on entame l'os comme on le ferait avec un perforateur. Lorsque la table externe est percée, on fait descendre la couronne jusque sur l'os et on continue le mouvement de rotation de l'instrument, si on se sert du vilebrequin; on les mouvemente de va et vient, si c'est une tréphine. A ce moment, pyramide et couronne travaillent ensemble, la première servant à guider la seconde. Dès que celle-ci a commencé à tracer sa voie et qu'on n'a plus à craindre qu'elle glisse par côtés, on peut la faire descendre sur la pyramide qui disparaît et cesse dès lors d'avoir un rôle actif. C'est alors que M. Lucas-Championnière a l'habitude de faire ce qu'il appelle la *voie du tire-fond*. Pour cela il enfonce à plusieurs reprises, et à la manière d'une vrille, cet instrument dans le trou qui a été fait par la pyramide. Il continue et termine la section de la rondelle avec la couronne seule. Il n'emploie pas le manchon extérieur pour limiter l'action de l'instrument, mais, avec la pointe du bistouri introduit dans le trait de scie, il se rend compte des progrès de la section osseuse. Horsley emploie dans le même but un stylet aplati à une de ses extrémités. Lorsque la rondelle osseuse paraît détachée en plusieurs points de sa circonférence, il suffit de faire une pesée sur le tire-fond pour l'enlever. Au lieu du tire-fond on peut tout aussi bien se servir d'un élévatoire, ainsi que nous l'avons vu faire à Horsley.

La première rondelle est donc enlevée, et comme la couronne de trépan a été appliquée au niveau du siège présumé de la lésion, il en résulte que cette rondelle peut elle-même constituer la lésion ou en faire partie. C'est pourquoi il faudra l'examiner avec soin, surtout à sa face profonde et à sa périphérie, on pourra ainsi découvrir une exostose ou une autre tumeur développée aux dépens de ses éléments. Cette exostose pourra, dans certains cas, se présenter sous la forme d'un simple épaississement siégeant sur un des points de la rondelle enlevée et indiquer par là-même le sens suivant lequel il faudra agrandir l'ouverture osseuse. Si la rondelle ne présente rien on peut la conserver dans des compresses humides et chaudes pour la remettre en place à l'exemple de Mac Ewen.

Le crâne est donc ouvert, on connaît l'épaisseur de ses parois; on sait si une ouverture plus grande est nécessaire pour terminer l'opération; enfin on sait dans quel sens on doit agrandir. En effet, si la rondelle enlevée indique une lésion dans une direction déterminée, il faudra agrandir dans ce sens; si au contraire, comme c'est le cas le plus fréquent, elle ne fournit aucune indication, suivant les symptômes observés, on continuera à découvrir la région des centres. Deux méthodes se trouvent en présence pour arriver à ce résultat. La plupart des chirurgiens se contentent d'appliquer une deuxième, puis une troisième couronne au-dessous les unes des autres et de faire sauter avec des pinces coupantes les ponts osseux restés entre les ouvertures. Ils obtiennent ainsi une baie aussi grande qu'ils le désirent. Horsley préfère se servir d'une scie circulaire mue par un moteur à main. Il part de l'orifice fait par la tréphine puis circonscrit avec sa scie circulaire la portion du crâne qu'il veut enlever. Il n'opère pas d'emblée la section de l'os, il modère l'action de sa scie de façon à laisser la table interne de l'os avec une portion variable du diploé. Enfin, avec des pinces de Liston, il fait sauter toute la portion circonscrite de l'os. Les pinces dont se sert Horsley se distinguent des pinces de Liston ordinaires, en ce que leurs mors sont beaucoup plus courts et l'extrémité de ces mors plus amincie, de façon à pouvoir plus facilement être introduite dans les traits de scie.

M. Lucas-Championnière emploie la pince-gouge pour faire sauter les ponts osseux et aussi pour arrondir les bords de la plaie osseuse, afin de supprimer aux méninges une cause d'irritation mécanique. Ces pinces sont d'un usage commode et très sûr. M. Lucas-Championnière en a encore étendu l'emploi récemment en s'en servant, non plus seulement pour régulariser l'ouverture du crâne, mais encore pour la terminer après l'application d'une seule couronne de trépan.

L'examen des méninges et du cerveau constitue un point extrêmement délicat de la chirurgie cérébrale. Assurément

(1) Roswell Park. *Revue de chirurgie*, janvier 1889, p. 73.

quand il s'agit d'épanchements sanguins sous les méninges, de tumeurs bien limitées, le diagnostic n'est pas difficile. Mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, les lésions peuvent siéger sous les méninges sans faire aucune saillie, elles peuvent siéger dans l'épaisseur du cerveau, etc. Le point qui nous occupe actuellement est de savoir si, après avoir ouvert le crâne il faut inciser les méninges pour poursuivre plus loin l'exploration.

D'après Horsley (1), qu'elle soit malade ou adhérente à des tumeurs, la dure-mère présente ordinairement des modifications dans sa couleur. Dans les cas d'affection récente, elle est seulement plus vasculaire qu'à l'état normal, plus tard elle prend une teinte jaunâtre et quelquefois sur sa surface profonde elle présente une coloration lie de vin caractéristique.

Lorsque la dure-mère présente quelque altération, il faut l'inciser. Pour cela on peut indifféremment employer une incision cruciale ou une incision en forme de croissant. Horsley est d'avis d'exciser toutes les portions de la dure-mère qui sont adhérentes, mais quand elle est saine il faut la respecter et après l'opération la suturer avec soin, afin d'éviter les hernies du cerveau. Nous ferons observer que ces hernies doivent reconnaître d'autres causes que celle de l'absence de dure-mère dans une étendue plus ou moins limitée. En effet, nous avons vu M. Lucas-Championnière, dans des trépanations faites pour des cas d'épilepsie jacksonnienne, laisser avec intention les méninges ouvertes, afin de permettre pendant quelque temps l'écoulement du liquide céphalo-rachidien, et jamais chez ces malades on n'a observé de hernie du cerveau.

Si les méninges ne présentent pas d'altération, il faut explorer la surface du cerveau pour reconnaître la présence d'une tumeur. Les abcès superficiels, les épanchements sanguins enkystés, etc. sont assez faciles à découvrir. Quant aux abcès profonds, Roswell Park conseille d'aller à leur recherche avec une aiguille creuse. Lorsqu'ils sont trouvés, il faut les inciser et les drainer. Les tumeurs solides doivent être énuclées. Bergmann considère comme une contre-indication à l'extirpation un volume trop considérable de la tumeur, mais Keln (de Philadelphie) a enlevé avec succès une tumeur pesant 100 grammes et Horsley une tumeur pesant 130 grammes (2).

Drainage. — Il faut distinguer le drainage de la plaie opératoire, destiné seulement à assurer le libre écoulement des liquides excrétés par les parois osseuses et du liquide céphalo-rachidien, du drainage du cerveau lui-même.

Dans le premier cas, Mac Ewen, M. Lucas-Championnière et la plupart des chirurgiens anglais pratiquent le drainage, en plaçant le drain entre le cuir chevelu et l'os. Horsley ne draine pas, il réunit toute la plaie, sauf dans une étendue de 1 pouce (25 millimètres). Les liquides peuvent ainsi, par cette solution de continuité, trouver facilement une issue, et on évite leur rétention, s'ils sont trop abondants. Pour faire ce drainage de la plaie, Mac Ewen a employé des drains en os de poulet décalcifiés ; on a aussi employé des drains en crins de cheval, en catgut, et on en est revenu au simple drain de caoutchouc.

(1) Voir Damer Harrisson. *Liverpool medico-chirurgical Journal*, p. 308.

(2) Horsley. *Revue de chirurgie*, janvier 1889, p. 74.

S'il s'agit d'une opération pendant laquelle le parenchyme cérébral a été intéressé, on peut être embarrassé sur la façon de drainer. Nous distinguerons les cas où il y a eu une simple ablation de tumeur, et ceux où on a ouvert un abcès du cerveau.

Dans le premier cas, Horsley ne draine pas, il compte sur une réunion par première intention, et traite la plaie cutanée, comme nous avons dit plus haut, en se contentant d'en laisser une portion sans suture. Roswell Park place un drain dans la plaie cérébrale, mais le retire au bout de vingt-quatre heures.

Au contraire, dans les cas d'abcès du cerveau, tous les avis sont unanimes : il faut drainer la cavité et *laisser le drain tant qu'il vient du pus*. Horsley (1) a employé, pour drainer les abcès, des tubes d'argent, mais on peut aussi bien employer des drains de caoutchouc (2). Il place le tube dans la cavité de l'abcès, puis ferme la dure-mère et le lambeau cutané tout autour du tube, en les unissant aussi entre eux, de manière à éviter une hernie du cerveau.

Greffe des rondelles. — Après une large trépanation, il est facile de voir le cuir chevelu soulevé par des mouvements rythmiques qui ne sont autres qu'une transmission aux téguments des battements du cerveau. En appliquant la main sur le point qui est le siège de ces battements, on perçoit nettement l'impulsion et on conçoit facilement que le cerveau soit exposé aux chocs, aux traumatismes de toute nature, sans compter la hernie du viscère hors de la boîte cranienne. Ces raisons ont conduit les chirurgiens à chercher à remettre en place les rondelles enlevées pendant l'opération.

Mac Ewen (3), le premier, a pratiqué ces greffes osseuses. Voici comment il les fait. Les rondelles, dès qu'elles sont détachées du crâne, sont placées dans des compresses aseptiques et chaudes, où on les laisse jusqu'au moment où on en aura besoin. Lorsque l'opération est terminée, il coupe ces rondelles en deux moitiés, avec des pinces, puis replace chaque fragment entre la dure-mère et le cuir chevelu. Il a soin de les tenir écartés l'un de l'autre, de façon à laisser entre eux un espace libre qui sera utilisé plus tard pour le drainage. Sur 11 cas de trépanations dans lesquelles toutes les rondelles furent replacées, Mac Ewen eut 9 succès complets et 2 succès partiels. Encore, dans ces deux derniers cas, la plus grande partie des rondelles avait parfaitement repris.

Tous les chirurgiens sont loin d'accepter cette manière de faire. Kœnig (4) la condamne même absolument. Il admet le fait pour des expériences tentées sur des animaux, mais annonce qu'il ne faut nullement compter sur une pareille éventualité chez l'homme. Il dit même, qu'en remettant en place la rondelle osseuse, on pourrait déterminer, en fermant l'ouverture cranienne, une rétention du pus avec ses graves conséquences. Il est certain, d'après ce qui précède, que Kœnig n'a pas eu connaissance des belles observations de Mac Ewen.

M. Lucas-Championnière ne replace pas les rondelles. D'après lui (5), lorsqu'on a obtenu une réunion par première

(1) Horsley. *Liverpool medico-chirurgical Journal*, july 1888.

(2) Damer Harrisson. Loc. cit.

(3) Mac Ewen. *Lancet*, may 1885.

(4) Kœnig. *Pathologie chirurgicale*, trad. de M. Comte, t. I, p. 160.

(5) Lucas-Championnière. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 27 juin 1888.

intention, les traces locales de la trépanation diminuent d'une façon extraordinaire. Au bout de très peu de mois, l'ouverture du crâne se bouche par un tissu très dur, et au bout d'un certain temps, des ouvertures, même très considérables, ne laissent plus percevoir le battement cérébral. Dans ces cas, la greffe des rondelles deviendrait inutile, et M. Lucas-Championnière la réserverait pour certains cas, avec tendance marquée à la hernie du cerveau ou bien perte trop grande de substance osseuse.

Sutures. — Autrefois, avant l'application de la méthode antiseptique, lorsqu'on avait pratiqué une trépanation, on se serait bien gardé de suturer la plaie. Les lambeaux étaient simplement rabattus sur la surface cruentée, puis un pansement quelconque appliqué par-dessus.

Aujourd'hui encore, quelques chirurgiens subissent l'influence de cette ancienne pratique et sont d'avis de ne pas réunir complètement [Kœnig] (1). Néanmoins, la majorité des chirurgiens ferment complètement la plaie. Pour cela, on peut employer des crins de Florence qui présentent ce grand avantage d'être tolérés indéfiniment dans les tissus.

Pansement. — Il ne présente rien de particulier. Néanmoins, comme il s'écoule habituellement beaucoup de liquide céphalo-rachidien pendant les premiers jours qui suivent l'opération, il est bon d'employer une substance absorbante et parfaitement aseptique pour éviter l'infection du pansement et consécutivement celle de la plaie. M. Lucas-Championnière atteint ce but en employant le pansement suivant : la plaie est recouverte avec de la gaze iodoformée, sur cette gaze on applique des sachets faits avec de la poudre antiseptique (2), puis par-dessus un mackintosch, et enfin une couche très épaisse d'ouate de tourbe.

V

Nous venons de passer successivement en revue tous les principaux temps de l'opération, en donnant à chacun le développement qu'il nous semblait devoir comporter. Mais la trépanation exploratrice est loin de toujours présenter une aussi grande simplicité. Comme les autres opérations, elle a ses accidents particuliers, auxquels le chirurgien doit toujours être prêt à porter remède. Le premier, et le seul redoutable de ces accidents, est l'hémorrhagie.

Celle-ci peut reconnaître pour cause l'ouverture accidentelle d'un sinus, ou bien la section du diploé, enfin l'incision des vaisseaux des méninges et de ceux du cerveau.

Tous les chirurgiens recommandent de ne pas appliquer la couronne de trépan dans les régions occupées normalement par les sinus. Mais la trépanation dans ces régions peut s'imposer, et en outre les sinus peuvent présenter une déviation dans leur trajet et, par suite, occuper une situation anomale. Il en résulte qu'on est toujours plus ou moins exposé à ouvrir un sinus, quand on fait une trépanation. Cet accident pourrait, à première vue, paraître devoir assombrir beaucoup le pronostic de l'opération, en exposant le malade non seulement à une perte de sang considérable, mais aux accidents communs, aux ouvertures des gros troncs veineux céphaliques, tels qu'entrée de l'air, phlébite avec thrombose consécutive et toutes ses conséquences, etc. Il n'en est rien cependant, si l'opérateur a sous la main du *catgut absolument aseptique*, et s'il garde son sang-froid. L'hémorrhagie, qui résulte de l'ouverture d'un sinus, peut être très troublante au premier abord. Pour arrêter le sang, on applique une éponge sur l'orifice du sinus, puis, comme l'a recommandé Lister, il suffit d'empiler des faisceaux de catgut sur l'orifice saignant. Le sang se répand entre les mailles formées par ces faisceaux de catgut et s'y coagule presque instantanément. L'hémorrhagie cesse rapidement. Plus tard, ce catgut empilé se résorbe parfaitement. Trois fois M. Lucas-Championnière a dû avoir recours à ce procédé, une fois entre autres pour une hémorrhagie du sinus longitudinal supérieur, il ne lui fallut pas moins de 7 mètres de gros catgut pour arrêter le sang (1). Dans ces trois cas la résorption du catgut fut extrêmement simple. Dernièrement encore, à l'hôpital Saint-Antoine, nous avons vu M. Monod arrêter de cette manière une hémorrhagie du sinus latéral, dans une trépanation de l'apophyse mastoïde, et, dans ce cas encore, le malade a parfaitement résorbé son catgut.

Les hémorrhagies provenant des vaisseaux du diploé ont préoccupé certains chirurgiens. Ce sang s'écoule quelquefois en assez grande quantité pour gêner l'opérateur. Horsley emploie contre cette hémorrhagie une sorte de mastic antiseptique, avec lequel il bouche tous les orifices béants des os sectionnés. Ce mastic a la formule suivante :

Paraffine . . . . . . } *ââ* 50 grammes.
Vaseline . . . . . . }
Acide phénique. . . . . . 5 —

Avant l'opération, on le fait bouillir dans un tube en verre, dans lequel on le prend quand on en a besoin. Pour s'en servir, il suffit de l'étaler avec le doigt sur la surface de section de l'os. Cette précaution nous paraît presque superflue, car, chaque fois que le diploé fournissait beaucoup de sang, nous avons toujours vu M. Lucas-Championnière l'arrêter, en maintenant, pendant quelques instants, une éponge appliquée sur l'os.

Nous n'avons rien de particulier à dire sur les hémorrhagies occasionnées par la section des vaisseaux des méninges ou du cerveau. Chaque fois qu'on le pourra, il faudra lier le vaisseau ; dans les autres cas, on se contentera d'une douce compression exercée avec une éponge. Enfin il ne faudra jamais perdre de vue que l'hémorrhagie, provenant de la substance cérébrale ou des méninges, sera beaucoup moins à craindre lorsque le malade sera sous l'influence de la morphine, d'où le précepte de faire au malade, comme le recommande Horsley, une injection hypodermique un peu avant l'opération.

VI

Les suites opératoires d'une trépanation exploratrice sont habituellement très simples, si la méthode antiseptique a été appliquée dans toute sa rigueur ; *mais à cette condition seulement*. Il en est, en effet, de cette opération comme de la plupart des opérations de chirurgie moderne, elle ne porte pas en elle-même la cause de la mort, et si celle-ci est observée, elle ne doit pas constituer un argument contre

(1) Kœnig. Loc. cit.

(2) Cette poudre n'est qu'un mélange, à parties égales, de poudre d'iodoforme, de poudre de benjoin, de magnésie calcinée et de poudre de quinquina, le tout aromatisé avec de l'essence d'eucalyptus

(1) Lucas-Championnière. *Bulletin de la Société de chirurgie*, série de 20 trépanations, Obs. VI.

l'opération, mais une véritable accusation contre l'opérateur. Une réserve doit cependant être faite pour les cas où la trépanation exploratrice a été suivie d'une extirpation de tumeur volumineuse ou de l'ouverture d'un abcès du cerveau; dans ces cas, la mort peut résulter du choc opératoire ou de la lésion pour laquelle on est intervenu. Nous ne chercherons donc pas à établir, par une étude aride des statistiques publiées, le pronostic de l'opération, mais nous nous contenterons d'exposer au lecteur les résultats de M. Lucas-Championnière.

Habituellement, le soir de l'opération, le malade a un peu d'agitation, quelquefois il vomit, présente quelques dixièmes d'élévation de température, sans que celle-ci dépasse jamais 38 degrés. D'autres fois, il est prostré et a une tendance invincible au sommeil. Mais, dès le lendemain, tous les symptômes s'amendent et finissent bientôt par disparaître complètement. On peut être obligé de changer le pansement dès le lendemain de l'opération, s'il a été traversé par du liquide céphalo-rachidien. S'il n'est pas traversé, il vaut mieux attendre le quatrième ou le cinquième jour. A ce moment on peut enlever le drain. Le deuxième pansement se fait vers le dixième jour; alors, la plaie est complètement cicatrisée, on peut, si on veut, retirer les crins de Florence et se contenter de protéger la cicatrice avec un morceau de lint boriqué, enduit de vaseline boriquée au cinquième.

Telle est la marche que nous avons toujours invariablement observée chez les malades que nous avons suivis dans le service de M. Lucas-Championnière. Nous avons donc été amené à considérer cette opération comme absolument bénigne, *à la condition toutefois d'observer une antisepsie rigoureuse et absolue.* Nous appuierons cette manière de voir d'un seul fait : M. Lucas-Championnière a fait vingt-cinq fois cette opération. Non seulement il n'a pas perdu un malade, mais encore il n'a jamais eu à déplorer le moindre incident pendant la guérison. D'autre part, Roswell Park, qui a relevé 63 cas de trépanations pour affections cérébrales, signale 5 cas de mort, sur 17 observés, causés par l'opération elle-même. Ceci porterait la mortalité de la trépanation exploratrice à près de 8 p. 100.

VII

Ce travail nous permettra de tirer les conclusions générales suivantes :

1° La trépanation exploratrice, bien que pratiquée très anciennement, n'a pris que de nos jours un caractère scientifique basé sur l'étude des localisations cérébrales.

2° Broca a fait la première trépanation en se guidant sur un symptôme de localisation cérébrale : l'aphasie.

3° M. Lucas-Championnière a étendu la méthode aux centres moteurs et est intervenu avec succès dans des cas de traumatisme avec fractures non apparentes du crâne. Mac Ewen a fait la première trépanation exploratrice, puis M. Lucas-Championnière quelques mois après lui. Enfin, un peu après, Horsley.

4° Ces trois chirurgiens règlent l'opération de la façon suivante :

a. Tracé sur le crâne de la ligne rolandique, soit par le procédé très simple et très suffisant des mesures fixes, préconisé par M. Lucas-Championnière, soit par le procédé beaucoup plus compliqué des mesures proportionnelles ;

b. Incision des téguments en demi-circonférence comme Horsley, ou en T comme M. Championnière ;

c. Ouverture large du crâne dans la région des centres, soit par des couronnes successives de trépan (M. Lucas-Championnière), de tréphine (Mac Ewen), ou par la scie circulaire (Horsley) ;

d. Exploration des os, des méninges, du cerveau, puis intervention suivant les cas ;

e. Drainage du cerveau (Horsley), de la plaie du crâne (Lucas-Championnière et Mac Ewen);

f. Greffe des rondelles (Mac Ewen);

g. Sutures et pansement de la plaie.

5° Le seul accident de l'opération est l'hémorrhagie qui peut reconnaître pour cause l'ouverture d'un sinus, les vaisseaux béants du diploé, et les vaisseaux de la dure-mère et du cerveau.

6° La trépanation exploratrice est une opération absolument bénigne, si les règles de la méthode antiseptique sont suivies dans toute leur rigueur. La statistique de M. Lucas-Championnière le prouve.

DES CAUSES
DE L'IRRÉDUCTIBILITÉ DES LUXATIONS ANCIENNES DE LA HANCHE

Par M. Ch. Nélaton, chirurgien des hôpitaux.

Conclusions. — L'irréductibilité des luxations anciennes de la hanche est due : à des déformations de la cavité cotyloïde ; à des modifications de la capsule articulaire; au raccourcissement des muscles (fessiers, adducteurs).

Les déformations du cotyle, plus ou moins prononcées, peuvent être regardées comme constantes lorsque la luxation date d'un an.

Les obstacles capsulaires sont : l'interposition de la capsule entre la tête et la cavité; le rétrécissement cicatriciel de la déchirure capsulaire qui a donné issue à la tête; la présence d'un rideau fibreux adhérent au bourrelet cotyloïdien qui masque le cotyle et qui est formé par la capsule déshabitée.

L'obstacle musculaire est dû à la rétraction des adducteurs et des fessiers.

L'étude des réductions tardivement obtenues nous apprend qu'une luxation de la hanche ne se réduit pas après un an ; qu'une semblable luxation se réduit, en général, dans les deux premiers mois qui suivent l'accident; mais que, passé ce délai, les exemples de réduction, bien qu'il en existe jusqu'à neuf mois, sont de plus en plus rares.

La réduction des luxations anciennes de la hanche par les manœuvres non sanglantes comporte l'emploi de la force.

Lorsque les manœuvres non sanglantes n'ont pu réduire la luxation, le chirurgien peut recourir à l'arthrotomie. Il devra faire cette arthrotomie rapidement avant que trois mois ne soient écoulés depuis l'accident, et la pratiquer par la voie antérieure.

Si les circonstances ne lui ont pas permis d'intervenir à l'époque que nous venons d'indiquer, il devra recourir d'emblée à la résection de la tête fémorale.

L'ostéotomie paraît devoir être réservée aux cas qui s'accompagnent de flexion extrême du membre et d'immobilité de la tête luxée. (*Arch. de méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 avril 1889. — Présidence de M. Horteloup.

COMMUNICATION

Ectopie testiculaire simple ou compliquée de hernie congénitale; traitement par la célorrhaphie. — M. Monod, à propos du rapport de M. Lucas-Championnière, sur le traitement de l'ectopie testiculaire par la fixation de l'organe au fond des

bourses, rappelle une opération de ce genre qu'il a pratiquée, sur un jeune homme de dix-neuf ans. Chez ce malade, le testicule était tellement flottant qu'on pouvait à peine le saisir et l'empêcher de disparaître dans l'abdomen; il a dû le transpercer avec un fil de catgut pour le maintenir abaissé, et lui creuser une sorte de loge dans la bourse; l'opération a été suivie de succès; M. Monod ajoute que, si M. Lucas-Championnière a été le premier à exécuter cette opération, en France, il est juste de rappeler qu'il en existe de nombreux cas à l'étranger, dus à Cook, à Wood, à Max Schüller, Nicoladoni, Belfield (en Amérique), Hardy (en Angleterre). Il ne veut parler que de l'ectopie inguino-abdominale, c'est-à-dire de ces cas de cryptorchidie, dans lesquels le testicule n'est pas totalement caché, mais au moins apparaît assez, par instants, pour pouvoir être saisi. Il n'est pas partisan de l'opération chez les jeunes enfants et surtout chez les très jeunes, comme l'a fait M. Tuffier, pour cette raison qu'il est fréquent de constater la descente du testicule, vers l'âge de cinq, dix et quinze ans. Il faut donc attendre cet âge pour tenter la fixation du testicule, et il croit aussi qu'il est bon de ne pas l'entreprendre après l'âge de vingt ans, car les altérations du testicule sont d'autant plus prononcées qu'on vieillit davantage, et que ce qu'il y a de mieux à faire c'est la castration.

Il est pourtant une circonstance qui peut autoriser à être plus hardi, c'est l'existence simultanée de l'ectopie testiculaire et d'une hernie congénitale. Quelques-unes de ces hernies peuvent être guéries par le port d'un bandage facilement supporté, pendant que le testicule descend peu à peu, mais très souvent le bandage est inapplicable, ou ne peut être toléré. Que faire en pareil cas? S'abstenir, attendre que le testicule et la hernie soient descendus dans les bourses, et alors à ce moment refouler la hernie; ou bien refouler de bonne heure les deux organes dans l'abdomen. Ce sont là deux manières d'agir, que n'approuve pas M. Monod; le mieux est, lorsque l'enfant a dépassé le premier âge, et s'il n'est pas possible d'appliquer un bandage, de pratiquer la cure radicale de la hernie et de faire la fixation du testicule. Pareille conduite est encore et plus indiquée, si l'on a affaire à une ectopie bilatérale.

DISCUSSION

M. BERGER trouve dans la statistique de cure radicale des hernies de Wood la relation de six opérations de hernies compliquées d'ectopie; chez deux enfants en particulier, Wood a rencontré, pour faire descendre le testicule, de réelles difficultés déterminées par la brièveté du cordon. Pour allonger ce cordon, il a détaché l'épididyme et le canal déférent, et a pu ainsi amener le testicule au fond des bourses.

Les faits d'évolution retardée de la descente du testicule n'étant pas rares, il est légitime d'attendre avant d'opérer; chez certains enfants, le testicule a bien franchi l'anneau externe après la naissance; mais, au lieu de continuer à descendre, il est remonté plus ou moins haut dans le canal inguinal ou la cavité abdominale.

S'il s'agit d'ectopie testiculaire compliquée de hernie congénitale, on peut avoir affaire à une hernie interstitielle et, dans ce cas, il est très difficile d'appliquer un bandage, qui ne comprime pas en même temps le testicule. Si, au contraire, la hernie occupe l'anneau externe, le bandage peut être très utile, tout en ne s'opposant pas à la descente du testicule.

M. RECLUS a pratiqué deux fois la fixation du testicule; dans un cas, il s'agissait d'un homme portant une double ectopie testiculaire inguinale, douloureuse d'un côté. Après avoir repoussé le testicule au fond des bourses, M. Reclus l'a fixé avec un crin de Florence, espérant ainsi obtenir une traction suffisante. Pendant quelque temps, les douleurs ont disparu et l'organe ne pénétrait plus dans le canal; mais deux mois plus tard le scrotum avait cédé et s'était retourné en doigt de gant.

Chez le second malade, il a fait la cure radicale d'une hernie, et, bien que le testicule fût atrophié, il l'a fixé aux bourses.

M. QUÉNU a opéré un jeune homme de dix-neuf ans, qui était atteint d'une hernie congénitale, d'une ectopie testiculaire et d'une hydrocèle. Après avoir appliqué la cure radicale à l'hydrocèle et à la hernie, il a fixé le testicule au fond du scrotum; au lieu de traverser la tunique albuginée, il a fait passer ses fils à travers les ailes de la vaginale et a pu ainsi fixer solidement le testicule; il ne lui paraît pas nécessaire de toucher à l'albuginée.

M. SCHWARTZ a fait deux fois cette fixation du testicule. Chez un malade, porteur en même temps d'un varicocèle, le testicule douloureux était retenu à l'anneau externe; il l'a attaché au fond du scrotum, et, deux mois plus tard, il a constaté que la guérison s'était bien maintenue.

Dans l'autre cas, le testicule occupait l'anneau externe, il existait, en même temps, une hydrocèle, qui envoyait un prolongement dans le canal inguinal. Pensant qu'elle pouvait être provoquée par une irritation due au testicule ectopié, il a d'abord attiré cet organe en bas et l'a fixé. L'hydrocèle n'ayant pas disparu, et les attaches du testicule ayant cédé, il a eu plus tard recours à la cure radicale; l'organe a été suturé au fond du scrotum, et la guérison a été définitive.

M. JALAGUIER a pratiqué, chez deux enfants atteints de hernie et d'ectopie, la cure radicale et la fixation. Chez un de ces malades, des tentatives de tractions et de massage restèrent vaines pour faire descendre le testicule, ce qui était dû à l'existence d'une membrane transversale qui n'était autre que le ligament suspenseur des bourses; cette membrane empêchait toute descente du testicule, et ce ne fut qu'après l'avoir perforée qu'il fut possible de terminer la fixation.

M. ROUTIER a observé, chez un homme de vingt-sept ans, une hernie congénitale du côté droit, et une ectopie testiculaire du côté gauche; ayant échoué par le massage, il a attiré le testicule en bas et a fixé, au fond des bourses, la vaginale qu'il avait mise simplement à nu, sans l'inciser; trois semaines après l'opération, il est apparu, au niveau d'un des points de suture, un petit abcès resté fistuleux.

M. TERRILLON n'a pas encore fait de fixation du testicule, et il croit qu'il faut être très circonspect à l'égard de cette opération. Sur une quinzaine d'enfants, chez lesquels le testicule descendait difficilement, il a obtenu des guérisons en n'utilisant que le massage et le bandage bien fait avec fourche.

M. SEGOND rappelle qu'en présence d'une hernie compliquée d'ectopie testiculaire, les malades sont exposés à divers dangers, et s'il y a quelquefois indication de la testiculorrhaphie, il est des cas où, passé un certain âge, la seule intervention est la castration. C'est ainsi qu'il a agi chez deux vieux hernieux, dont le bandage causait de vives douleurs, après avoir pratiqué la cure radicale de la hernie.

M. TRÉLAT, bien qu'il n'ait jamais fait cette opération, n'y est nullement opposé dans certains cas bien déterminés. Deux fois chez des sujets âgés, il a fait la cure radicale de la hernie, en conservant les testicules, et le résultat a été bon. Dans un troisième cas, chez un jeune homme de vingt-deux ans, ayant eu affaire à un sac herniaire inguinal compliqué d'ectopie, après avoir traité le premier par la cure radicale, il s'est borné à faire la résection d'une portion de la vaginale et avec le reste à emprisonner le testicule à la partie inférieure. Peu à peu le testicule est remonté, et, après la cicatrisation de la plaie, il a été forcé de faire porter un bandage avec fourche; à l'avenir, en pareil cas, il n'hésiterait pas à pratiquer la fixation.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, comme M. Monod, croit qu'il faut beaucoup tenir compte du jeune âge et ne pas opérer trop tôt, car la descente spontanée a souvent lieu. De même que M. Jalaguier, il a rencontré des trousseaux fibreux qui s'opposaient à la descente de l'organe. Dans ces cas, ainsi que cela a dû se présenter pour les malades de M. Terrillon, on réussit bien par le massage et les tractions, sans avoir recours à l'opération.

Taille; suture complète de la vessie; drainage prévésical. — **M. SCHWARTZ**, à propos de la communication de M. Pozzi dans la dernière séance, relate le fait suivant : Il s'agit

d'un homme de quarante-deux ans, chez lequel un calcul s'était formé autour d'un morceau de sonde en plomb, qui s'était brisée dans la vessie, lors d'un cathétérisme. Il a fait la taille hypogastrique avec le secours du ballon de Petersen. Ayant constaté que l'urine était claire, limpide, et que la muqueuse vésicale n'était pas malade, il a réuni les lèvres de la vessie par deux plans de suture faite avec des fils de soie, a placé un drain prévésical et fait la suture abdominale, sauf dans le point qui donnait passage au drain; une sonde à demeure est restée cinq jours; la guérison a été très rapide.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait, il y a un an, une pareille suture. Deux fois déjà, dans le cours d'une cure radicale de hernie, ayant déchiré la vessie, il avait eu l'occasion de réunir les lèvres de la plaie par trois plans de suture; la réunion avait eu lieu sans aucun incident fâcheux.

Chez un malade prétendant s'être introduit un corps étranger dans la vessie, bien que le cathétérisme n'eût rien fait découvrir, il a ouvert la vessie. Aucun corps étranger ne s'y trouvait. Comme l'organe était entièrement sain, il n'hésita pas à réunir les lèvres de la plaie vésicale par trois plans de suture, plaça un drain prévésical et ne mit point de sonde à demeure, car il considère cette pratique comme mauvaise, si l'on veut obtenir une réunion par première intention. Un seul cathétérisme fut nécessaire; le lendemain le malade se levait; le sixième jour, le drain était enlevé, et le vingtième jour le malade sortait entièrement guéri.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Par M. le docteur PASSANT.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1889.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	14	14	3	31
2e	16	19	2	37
3e	20	47	11	78
4e	29	50	15	94
5e	15	35	8	58
6e	19	22	5	46
7e	22	22	6	50
8e	7	11	0	18
9e	16	17	3	36
10e	22	41	11	74
11e	85	128	58	271
12e	34	54	16	104
13e	46	75	38	159
14e	35	77	26	138
15e	35	73	22	130
16e	10	12	3	25
17e	42	76	22	140
18e	50	109	43	202
19e	42	78	33	153
20e	67	147	45	259
	626	1107	370	2103

La moyenne des visites par nuit est de 22,83. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 22,81.

Visites du premier trimestre de 1888	2 076
Visites du premier trimestre de 1889	2 103
Différence en plus	27

Les hommes entrent dans la proportion de 33 p. 100.
Les femmes — — 53 —
Les enfants au-dessous de trois ans 14 —

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites.	132
Croup.	40
Coqueluche.	10
Ophthalmie.	2
Corps étranger de l'œsophe.	3
B. Asthme.	65
Affections du cœur.	70
Bronchites aiguës et chroniques.	136
Pleuro-pneumonie.	116
Congestion pulmonaire.	28
C. Affections et troubles gastro-intestinaux.	91
Cholérine.	38
Dysentérie	2
Athrepsie.	34
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	71
Hernie étranglée.	27
Rétention d'urine.	21
Orchite	6
D. Métrite, métro-péritonite	56
Métrorrhagie.	40
Fausse couche.	78
Accouchement, délivrance.	216
Accouchement non terminé.	26
E. Affections cérébrales.	92
Convulsions, éclampsies	87
Catalepsie	1
Névralgie.	36
Névroses.	96
Epilepsie.	24
Aliénation mentale.	3
Alcoolisme, delirium tremens.	23
F. Rhumatisme.	22
Affections éruptives.	90
Fièvre intermittente.	1
Fièvre typhoïde.	26
Hémorrhagies de causes internes et externes.	81
G. Plaies, contusions.	106
Fractures, luxations, entorses.	23
Brûlures.	6
Empoisonnements.	14
Asphyxie par le charbon.	9
— submersion.	3
Suicide.	3
H. Mort à l'arrivée du médecin.	49
Total	2103

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 avril 1889, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — MM. les pharmaciens auxiliaires de deuxième classe Mengin et Geoffroy, pharmaciens universitaires de première classe.

— Par décision ministérielle, en date du 12 avril 1889, le ministre de la Guerre accorde un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à :

MM. les docteurs Saudermont, à Vitry; Thobois, à Masnières; Desprez, à Pont-à-Marcq; Caffeau, à Aniche; Moucher, à Lieurey; Desmasures, à la Délivrande; Rident, à Elbeuf; Rigot, à Craon; Eltchaninoff, à Saint-Calais; Gierszinski, à Ouarville; Pagès, à La Roche-Gaudon; Goupil des Fallières, à Sergines: Michalski, à Charny; Houdart, à Pontarlier; Causard, à Bourbonne-les-Bains; Flamarion, à Nogent-le-Roi; Grisez, à La Chapelle; Daviot, à Saint-Léger-sur-d'Heune; Paillard, à Varzy; Bonnet, à Lignières; Gagey, à Pouilly-en-Auxois; Le Coniat, à Paimpol; Cailleteau, à Saint-Philbert-de-Grandlieu; Gascon, à Redon; Duportal, à Ruffec; Olier, à Espalion; Fabre, à Graissessac; Malabouche, à Gignac; Ducassé, à Lectoure; Couyba, à Sainte-Livrade; Dheur, au Mas-d'Agenais; Donnezan, à Mazères; Chabrely, à La Bastide; Darrieux, à Saint-Jean-Pied-de-Port; Girandier, à Castelnau; Auboin, à Saint-Genis; Pastureau, à Monségur; Beynet, à Lourmel; Millet, à Montmorency; Desfossey, à Taverny; Delaunay, à Rosny-sous-Bois; Guéneau, à Levallois-Perret; Marcel, à Épinay; Aubry, à Saint-Louis (Réunion), et Nesty, au Moule (Guadeloupe).

MM. les officiers de santé Chonnaux-Dubisson, à Villers-Bocage; Rémoussin, à Ouville-la-Rivière; Jacquelin, à Quincampoix; Guyon, à Vaire-le-Grand; Le Feuvrié, à Merdrignac, et Poirier, à Saint-Mars-la-Jaille.

— Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 20 mai 1889, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat

de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 11 mai 1889 inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1889; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1892.

— Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 27 mai 1889, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 29 avril au samedi 18 mai 1889 inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1889; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1893.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Dépéret-Muret (de Limoges); Fabre (de Baye); Poirier (de Reims).

— M. Berthelot, professeur au Collège de France, commencera le cours de chimie organique, le lundi 29 avril, à dix heures et demie, dans la salle n° 1, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Il traitera des gaz et de leur analyse.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Edmond Becquerel commencera le cours de physique appliquée aux sciences naturelles, le lundi 29 avril, à une heure, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. — Le professeur traitera de la lumière dans ses rapports avec les phénomènes physiques et naturels, et s'occupera notamment de la phosphorescence, de l'absorption, ainsi que des actions chimiques et physiologiques de la lumière.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT.

Association sans fusion de l'hystérie avec les maladies organiques : tabes et sclérose en plaques.

(Leçon recueillie par M. le docteur BERBEZ, chef de clinique adjoint de la Faculté.)

Je vous présente aujourd'hui une femme atteinte de deux affections, de nature bien différente, et je vais, en m'appuyant sur une analyse clinique, aussi délicate que possible, tenter de vous convaincre de ce fait, qu'il n'y a pas d'hybride en nosologie et qu'il est possible de faire le départ de l'une et de l'autre maladie. Nous aurons recours à l'ophthalmologie pour établir nos diagnostics et vous comprendrez, chemin faisant, de quelle utilité sont, pour le clinicien, les données fournies par ce mode d'investigation.

Cette femme a cinquante-huit ans ; elle est malade depuis douze ans. L'affection dont elle est atteinte n'est pas cependant une affection sénile; on la voit, en effet, fréquemment chez des sujets jeunes.

Quoi qu'il en soit, nous avons peu de renseignements sur les antécédents héréditaires de notre malade. Elle a été abandonnée par ses parents à Valogne ; on l'a élevée dans un hospice, puis on l'a envoyée servir différents maîtres. Nous pouvons seulement inférer de l'abandon de l'enfant, que les parents devaient être des dégénérés quelconques pour jeter de côté, comme ils l'ont fait, au mépris des lois de la nature, un de leurs enfants.

L'enfant urina au lit jusqu'à seize ans ; à partir de cet âge, elle a, pendant longtemps, joui d'une bonne santé et a pu se marier avec un marin du Havre, qui ne lui a pas rendu la vie dure.

Outre son incontinence nocturne d'urine, la malade était d'une extrême impressionnabilité ; mal armée par là pour la lutte quotidienne, elle dut beaucoup souffrir d'une foule d'événements qui auraient à peine impressionné un sujet plus fortement trempé. Elle ne pouvait voir sans pleurer une cérémonie religieuse ; un enterrement lui arrachait des larmes.

Vous voyez donc qu'en cherchant bien, ce passé obscur de notre malade se révèle cependant par certains caractères très tranchés.

Il y a douze ans, cette femme éprouva dans le dos, pendant quatre jours et quatre nuits, des douleurs lancinantes très vives, accompagnées d'une horrible hyperesthésie de la peau ; cette hyperesthésie était telle que le moindre frôlement était fort péniblement enduré. A cette époque déjà et sur ce seul indice, on aurait pu faire le diagnostic que chacun de vous doit commencer à entrevoir.

La malade dit qu'elle éprouvait dans le dos la sensation d'un vésicatoire à vif et que la pression exercée en ce point, d'une façon un peu brutale, était plus facilement tolérée qu'un simple frôlement.

A partir de cette époque, c'est-à-dire quelques semaines après le début des douleurs lancinantes, des douleurs en ceinture s'installèrent presque définitivement.

Remarquez le début solennel de cette affection, dont le développement suit d'une manière régulière : les douleurs fulgurantes dans les jambes, parcourent, à l'instar d'une fusillade, les membres inférieurs. Les crises douloureuses durent quatre ou cinq jours de suite, la nuit et le jour ; quelquefois, elles durent huit jours.

A partir de ce moment le tabes, puisqu'il faut l'appeler par son nom, prend l'aspect le plus classique. Après les jambes, les bras, les avant-bras, sont atteints ; les douleurs prédominent sur le trajet du cubital, ainsi que les fourmillements, l'engourdissement, l'anesthésie.

Quelques années après le début du mal, cette femme est prise pendant deux ou trois jours, huit jours, des crises gastriques habituelles du tabes. Les matières qu'elle vomit ne sont pas alimentaires, mais glaireuses : « C'était gris et amer », dit-elle. Parfois, il se mêlait aux vomissements un peu de bile.

Quand on consulte l'almanach sur lequel la malade marquait ses crises, on constate une sorte de régularité dans le retour des crises. On doit ne pas oublier que les crises gastriques peuvent être un phénomène du début ; pendant longtemps, on soigne ces malades pour des gastralgies et ce n'est que plus tard qu'on fait un diagnostic plus juste.

Il y a deux ans, la marche a commencé à devenir difficile. Depuis cette époque, la marche n'a fait que s'abîmer davantage. Aujourd'hui, elle a l'attitude classique des tabétiques.

Ses réflexes rotuliens sont absents. Elle a de la gêne pour uriner. Je vous arrête là pour vous rappeler combien sont nombreux ces faux urinaires, comme les appelle M. Guyon, qui vont se faire sonder croyant à une affection organique de l'appareil urinaire. Les chirurgiens les connaissent bien et ont l'habitude de faire leur diagnostic sur ce seul symptôme, comme les oculistes le font à la vue d'une papille présentant les lésions figurées dans nos dessins.

Le tabes a cela de particulier, qu'avec un nombre restreint de symptômes, vingt-cinq environ en tout, il donne lieu aux combinaisons les plus imprévues, analogues à celles qu'on pourrait obtenir en mettant sur vingt-cinq morceaux de papier jetés au hasard dans un chapeau les vingt-cinq symptômes du tabes. Toutes les combinaisons fournies par une semblable loterie peuvent se trouver réalisées par la clinique, et c'est précisément là ce qui me faisait dire autrefois à Duchenne (de Boulogne) : Votre mot ataxie est mauvais, car il n'est pas besoin le moins du monde d'être atteint d'incoordination, pour être ataxique... dans le sens général où je l'entends : une atrophie papillaire semblable à celle que vous voyez figurée ici, suffit ; joignez-y quelques troubles vésicaux, ou bien des crises laryngées, et le diagnostic est aussi solidement établi que si le malade présentait la titubation à laquelle votre dénomination semble attacher une importance prépondérante.

On peut être tabétique toute sa vie sans être jamais ataxique.

Ces troubles oculaires, dont je vous parlais il n'y a qu'un instant, existent chez notre malade. Elle a le signe d'Argyll Robertson, ce symptôme curieux qui ne se trouve que dans le tabes et la paralysie générale. Ses pupilles, inégales du reste, *ne se contractent pas sous l'influence de la lumière et se contractent pour l'accommodation.*

Il y a quatre ans, cette femme entra à Beaujon ; on examina le fond de l'œil et l'on découvrit une atrophie papillaire qui nous a paru faire défaut. Aujourd'hui elle n'en présente aucune trace.

La malade présente, outre le signe d'Argyll Robertson, un rétrécissement inégal du champ visuel à l'endroit des couleurs. Qu'on s'imagine dans le fond de l'œil une série de cercles concentriques : de dedans en dehors, nous trouvons dans l'œil normal, le violet, le vert, le rouge, le jaune et le bleu.

L'ataxique ou mieux le tabétique, dont l'atrophie va du centre à la périphérie, doit perdre et perd en effet, dans l'ordre ci-dessus, les différentes couleurs. Or, cette femme a perdu la vue de presque toutes les couleurs, *à l'exception du rouge.* Comment se fait-il qu'elle ait gardé la notion du rouge, couleur dont le siège est noyé, pour ainsi dire, au milieu des autres ? D'un autre côté, cette femme a un rétrécissement *concentrique régulier* du champ visuel. Nous avons dit qu'elle n'a pas d'atrophie tabétique. Comment comprendre ces différentes contradictions ?

Bien simplement quand nous dirons que cette malade joint l'hystérie au tabes et que les troubles oculaires qu'elle présente *sont de nature hystérique* : elle a, comme beaucoup d'hystériques, une transposition du rouge rejeté au centre. Continuons-nous l'analyse : elle a des crises de petite hystérie depuis six ans ; elle a une hémi-anesthésie, des crises de sanglots, des points hystérogènes. Il s'agit dans l'espèce d'une cohabitation, sans fusion aucune, des deux maladies : hystérie et tabes. C'est si vrai, qu'à l'inspection seule de l'œil, un clinicien exercé pourrait faire le diagnostic des deux affections : ataxique par la pupille, cette femme, à l'examen du champ visuel, se révèle hystérique.

La question d'âge ne peut plus vous faire hésiter à accepter le diagnostic : hystérie. Vous connaissez, tous, les deux doyennes de l'hystérie à la Salpêtrière : l'une est morte vers soixante-dix ans, toujours hystérique, l'autre vit encore et garde son hémi-anesthésie ; les crises seules ont disparu.

Voilà maintenant une seconde malade : c'est une jeune fille. Regardez ses yeux et vous remarquerez le vague de son regard qui ne peut parvenir à se fixer ; elle a même de la diplopie transitoire, par défaut de parallélisme dans les axes des yeux. De plus, elle a du nystagmus. Nous trouvons donc, dès maintenant, une grande différence avec le tabes.

Examine-t-on la pupille, on trouve un myosis sthénique, une sorte de convulsion.

Chez certains sujets atteints de la maladie que présente cette jeune fille, c'est-à-dire de *sclérose en plaques*, on voit souvent des amblyopies et des cécités plus ou moins passagères : cela est dû à une décoloration de la papille, qui prend l'aspect nacré.

On devient rarement aveugle dans la sclérose en plaques, on le devient fatalement dans l'atrophie tabétique. Pour la première maladie, il faut cependant prévoir le cas où il survient de la névrite optique, véritable inflammation avec exsudat, qui peut parfaitement amener la cécité. Dans l'examen du fond de l'œil, nous trouvons donc encore une grande différence avec le tabes.

Sous sa sclérose en plaques, la jeune fille que voilà cache aussi l'hystérie. Elle a vingt et un ans et est sourde. Son père était gravelleux, un oncle maternel goutteux, sa mère hystérique.

Elle-même a eu, dans l'enfance, des crises de colère et des tics nerveux dans la face, la tête et le cou. A dix-huit ans, elle a eu de la diplopie passagère, des vertiges, de la titubation. Tout cela paraît s'être arrangé.

Il y a deux ans, l'hystérie se déclare, la jeune fille a de l'ovarie, le cou serré, des battements dans les tempes. Aujourd'hui, elle a de l'hémi-anesthésie gauche et une ovarie, des crises, etc., en voilà assez pour faire le diagnostic d'hystérie. Nous étions donc tranquilles à l'abri de ce diagnostic, quand on examina le fond de l'œil et quand on trouva un rétrécissement inégal du champ visuel, absolument dû à une névrite optique : cela n'avait rien d'hystérique. Transposition du rouge, seule couleur qui reste, ça, c'est hystérique. Nous avons donc là la preuve de la concomitance de deux affections : lésion organique et hystérie.

Si nous rappelons les signes du début, nous trouvons : regard vague, diplopie passagère du fait du trouble de l'innervation musculaire, difficulté de fixer, vue affaiblie, rétrécissement inégal du champ visuel, strabisme léger, etc.

Ajoutons : la démarche titubante, les vertiges assez forts pour provoquer la chute, le tremblement dans les mouvements intentionnels.

Insistons sur les rémissions si fréquentes dans la sclérose en plaques, rémissions qui n'ont pas manqué chez notre malade, et nous verrons qu'il s'agit bien là d'une nouvelle association, sans fusion, des deux affections sclérose en plaques et hystérie, comparable en tous points à l'association tabes-hystérie, décrite au début de cette leçon.

SUR UN CAS DE MALADIE DE MORVAN

SUIVI D'AUTOPSIE.

Par M. le docteur GOMBAULT, médecin à l'hôpital Beaujon.

Si la forme morbide, décrite par M. le docteur Morvan (panaris analgésique, paréso-analgésie des extrémités supérieures), a fait l'objet de travaux de clinique importants, en revanche, on a dû se contenter jusqu'ici d'hypothèses quant au siège précis et à l'étendue des lésions qui lui correspondent. L'existence d'une névrite périphérique a seule été démontrée, et encore dans un seul cas, sur un doigt atteint de panaris et amputé, mais on ignorait jusqu'où s'étendait cette névrite et si la moelle participait ou non au complexus anatomique de la maladie.

Or, grâce à l'obligeance de M. le docteur Prouff (de Morlaix) et de M. le docteur Morvan, j'ai pu pratiquer, avec mon interne, M. Reboul, l'autopsie complète d'une malade soignée à l'hôpital de Morlaix par M. Prouff et chez laquelle M. Morvan avait fait lui-même le diagnostic de la maladie qui porte son nom.

Il s'agit, en substance, d'une femme chez laquelle, à l'âge de douze ans, en même temps que s'établissait une scoliose, apparaissait un premier panaris. Puis, à des intervalles variables, les panaris se succédèrent, produisant sur les doigts des deux mains des mutilations profondes. Il faut joindre à ces premiers symptômes l'existence de troubles trophiques portant sur la peau des mains et sur les muscles des éminences thénar; les troubles de la sensibilité (analgésie, thermo-anesthésie) occupant les mains et les avant-bras; la perte de la notion de position dans les membres supérieurs. A noter, enfin, la marche progressive des accidents, leur localisation exclusive aux membres supérieurs et l'évolution très lente de la maladie qui n'a amené la mort qu'à cinquante-six ans et accidentellement, par le fait d'une infection purulente, survenue à la suite d'un des panaris.

Au point de vue anatomique, les deux faits les plus importants sont : 1° la coexistence de lésions portant à la fois sur les nerfs périphériques et sur la moelle épinière; 2° la prédominance très marquée, pour ne pas dire la présence exclusive, des lésions dans le renflement cervical de la moelle et dans les nerfs des membres supérieurs, c'est-à-dire dans les parties du système nerveux correspondant aux régions du corps où les symptômes avaient été plus précoces et plus marqués pendant la vie.

La lésion des nerfs consiste dans une production exubérante de tissu conjonctif s'accompagnant de la dégénérescence et, en fin de compte, de la disparition d'un grand nombre de tubes nerveux.

Ces lésions se distribuent de telle sorte que, présentant leur maximum de développement à la périphérie, elles s'atténuent progressivement au fur et à mesure qu'on se rapproche de la racine des membres. Elles offrent donc le mode de disposition assigné à la névrite ascendante. Ainsi se trouvent confirmés les résultats qui avaient été constatés dans le premier et seul cas connu jusqu'ici, à savoir l'existence d'une névrite périphérique, avec ce complément de renseignements que la névrite est beaucoup plus prononcée dans le nerf correspondant aux parties les plus malades, et que loin d'atteindre la totalité des troncs nerveux elle ne remonte pas très haut, même sur le nerf le plus malade.

Dans la moelle épinière, il y avait un développement anomal de tissu interstitiel occupant le cordon postérieur, les cornes postérieures, et probablement aussi la substance grise centrale. Cette sclérose s'accompagnait d'un épaississement des parois vasculaires allant, sur certains points, jusqu'à l'oblitération presque complète de la lumière du vaisseau.

Nulle part la sclérose n'affectait le mode de disposition d'une tumeur isolée ou isolable. Partout, il y avait mélange intime des deux substances, nerveuse et conjonctive.

La question de savoir s'il n'existait pas, au sein de la substance grise centrale, des cavités accidentelles analogues à celles qui caractérisent la syringo-myélie, cette question est plus difficile à trancher, parce que la moelle avait été, sur bien des points, très contusionnée pendant les manœuvres d'extraction. Néanmoins, je ne crois pas qu'il y eût syringo-myélie.

En effet, les déformations constatées étaient identiques, comme disposition, à celles qui résultent des coups de marteau, et les cavités n'étaient nulle part limitées par une membrane, ni même par une condensation manifeste du tissu conjonctif. Enfin, le contenu de ces cavités était formé par des débris de tubes nerveux, nettement reconnaissables.

Nous ne nous croyons pas autorisés à trancher la question de savoir si la lésion médullaire a déterminé celle des nerfs périphériques, ou si, au contraire, elle n'en est pas la conséquence. Le fait de la double localisation des lésions dans les nerfs et dans la moelle nous paraît, pour le moment, devoir seul être retenu.

DES EFFETS PRODUITS SUR L'OREILLE

PAR LA DÉTONATION DES ARMES A FEU

Par M. NIMIER, médecin à l'hôpital du Val-de-Grâce.

La détonation des armes à feu est un bruit complexe auquel donnent naissance : 1° les vibrations du canon de l'arme provoquées par le passage du projectile ; 2° celles qui résultent de la transmission du mouvement aux parties accessoires et aux objets voisins de la pièce ; 3° celles dont est animé le projectile lui-même au moment de sa sortie du canon où il a été frotté; 4° enfin, les ondes aériennes déterminées et par le projectile en marche et par les gaz dus à la déflagration de la charge.

Les effets, produits sur l'oreille par le tir des armes à feu, résultent, pour la grande majorité des cas, non du choc sur le tympan du courant gazeux résultant de la déflagration de la charge, mais bien de l'action des ondes sonores transmises à cette membrane et à tout l'appareil acoustique.

Ces effets, indépendamment de la rupture du tympan, consistent dans des troubles fonctionnels auditifs (surdité et bruits subjectifs) et troubles fonctionnels d'ordre réflexe par rayonnement du noyau de l'acoustique aux noyaux voisins dans le bulbe (pâleur du visage, nausées, céphalalgie, vertiges, syncopes, grimaces, salivation, sensation douloureuse dans les dents).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 avril 1889. — Présidence de M. CADET DE GASSICOURT.

COMMUNICATIONS

Emphysème sous-cutané dans le cours d'une pneumonie franche. — M. HUCHARD a eu l'occasion d'observer un emphysème sous-cutané dans le cours d'une pneumonie franche, chez un petit garçon de cinq ans. Cet emphysème occupait la partie supérieure et antérieure du cou, les parties latérales de la face, et enfin la partie antérieure de la poitrine, jusqu'au-dessous du mamelon. Peu à peu, il gagna la partie postérieure du tronc, l'épigastre et les hypochondres.

Le petit malade n'avait jamais eu d'emphysème pulmonaire, ni de ces quintes de toux qui peuvent déterminer la rupture d'une vésicule pulmonaire.

Les irrégularités de la température, la mobilité des symptômes stéthoscopiques, la production d'une seconde pneumonie firent penser à M. Cadet de Gassicourt et à M. Huchard, qu'il pouvait y avoir de l'impaludisme sous les manifestations de la pneumonie. En effet, l'année précédente, les trois enfants de la maison avaient été pris de fièvres intermittentes dans leur pays d'origine. La dose du quinine fut portée à 60 centigrammes par jour.

Au dixième jour de la maladie, M. Huchard proposa l'administration de la quinine, non plus par la voie gastrique, mais en injections sous-cutanées, d'après la formule suivante indiquée par MM. Villejean et de Beurmann : Acide chlorhydrique pur (à

1043 de densité), chlorhydrate neutre de quinine, *ââ* 5 grammes. Ce qui représente 75 centigrammes de sel de quinine par seringue de Pravaz.

Une amélioration considérable de l'élément pneumonique se manifesta les jours suivants. L'emphysème sous-cutané, qui avait provoqué une dyspnée intense, diminua lui aussi peu à peu. Finalement, vingt et un jours après le début des accidents, la guérison était assurée et définitive.

Cette observation est intéressante :

1° En raison de l'impaludisme, qui a eu certainement une influence, non pas sur la première pneumonie, qui siégeait à gauche, mais sur son évolution ultérieure et sur la production de la seconde pneumonie congestive du côté opposé ;

2° Et surtout, en raison de cet accident extrêmement rare et à peine signalé dans le cours d'une pneumonie : l'emphysème sous-cutané.

L'emphysème sous-cutané complique assez fréquemment les lésions laryngées profondes, s'observe encore dans la coqueluche, l'adénopathie trachéo-bronchique, la tuberculose, la phthisie aiguë, le croup, l'emphysème pulmonaire, etc.; mais il n'y avait rien de semblable dans ce cas. Il n'a été rencontré que quatre fois au cours de la pneumonie franche. Dans ces cas il s'agissait de jeunes sujets, et trois fois sur quatre la maladie se termina par la mort. Celle-ci n'est pas toujours due à la complication d'emphysème, mais bien plutôt à la maladie primitive.

L'emphysème sous-cutané, qui se manifeste dans le cours des affections broncho-pulmonaires, a un siège triple : pulmonaire, médiastinique et sous-cutané. C'est en cela qu'il diffère de l'emphysème consécutif à un traumatisme de la paroi thoracique ou de la région cervicale.

Cette complication a donc été seulement observée dans les pneumonies infantiles. Peut-être cela tient-il à la délicatesse des parois vésiculaires et à la fréquence de la toux convulsive chez les enfants. Chez son petit malade, M. Huchard explique l'emphysème par l'existence d'un noyau pneumonique à la superficie du poumon et la rupture consécutive d'une ou de plusieurs vésicules pulmonaires.

Sur un cas de maladie de Morvan suivi d'autopsie. — M. GOMBAULT fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 459.)

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 avril 1889. — Présidence de M. NICAISE.

RAPPORTS

Effets produits sur l'oreille par la détonation des armes à feu. — M. CHAUVEL fait un rapport sur un travail de M. Nimier relatif à cette question. (Voir plus haut, p. 459.)

Résection ostéoplastique du pied; opération de Wladimiroff-Mickuliez. — M. BERGER fait un rapport sur une observation adressée par M. Chaput. Cette opération a été pratiquée assez fréquemment à l'étranger.

D'après Wladimiroff d'abord, puis Mickuliez, qui l'ont exécutée les premiers, l'opération consiste dans la résection des parties molles postérieures de l'extrémité inférieure de la jambe, du talon et de l'arrière-pied ; dans deux sections transversales, portant l'une sur le tarse, soit postérieur, soit antérieur, suivant le cas, et l'autre sur l'extrémité inférieure du tibia et du péroné. On enlève de la sorte l'extrémité inférieure des os de la jambe, le calcanéum et l'astragale, et quelquefois, une portion du tarse antérieur. Les os sont ensuite réunis par une suture et placés bout à bout ; ce qui reste des os du pied, prenant une direction verticale au lieu de la direction horizontale normale, il en résulte une colonne de sustentation, formée de ce qui reste des os de la jambe et du pied, ce dernier reposant sur la partie désignée sous le nom de talon antérieur, c'est-à-dire sur l'extrémité antérieure des métatarsiens.

Quant aux orteils, ils se recourbent à angle droit en hyperextension. En pratiquant cette résection, on a pour but de faire l'ablation de toutes les parties malades du tarse et, au point de vue fonctionnel, de tenter une restauration qui place le malade dans la situation des animaux digitigrades.

Sur 34 observations, rapportées dans la thèse de M. Simon, 20 ont donné un résultat assez satisfaisant, 14 d'entre elles ont été presque irréprochables.

Mais à côté de ces cas, on a noté quelques insuccès et des récidives assez nombreuses, puisqu'on en compte 6 sur 34, dont 8 à la suite de tumeurs blanches et 1 consécutive à l'ablation d'un sarcome mélanique. Pour éviter, autant que possible, ces récidives et se mettre à l'abri des suppurations et des trajets fistuleux, il est indiqué d'avoir recours à la résection la plus étendue.

Parmi les accidents consécutifs à cette opération il y a un cas de gangrène, qui a nécessité l'amputation, et quelquefois des troubles trophiques légers. Enfin, une imperfection notée dans deux autres observations, c'est l'absence de consolidation.

Cette opération de Wladimiroff-Mickuliez a été faite, dans la plupart des cas, pour des lésions tuberculeuses intéressant les régions tarsienne et métatarsienne ; c'est là sa principale indication ; elle a encore été pratiquée à la suite de traumatisme et peut-être ne devrait-elle pas être rejetée en présence de tumeurs du calcanéum.

Cette résection rentre dans le groupe des opérations conservatrices, appliquées aux altérations du cou-de-pied, opérations auxquelles on préférait autrefois l'amputation. Depuis quelques années un revirement s'est produit à cet égard dans l'esprit des chirurgiens, et pour sa part, grâce à l'ischémie et à l'antisepsie, M. Berger a obtenu d'excellents résultats soit avec l'opération de Pasquier-Le Fort, soit avec des résections partielles. Aussi, malgré la possibilité d'une récidive, et comme, d'autre part, les suites sont aussi bonnes, pour quelques malades, avec ces opérations partielles qu'avec les amputations sus-malléolaires ou au tiers inférieur de la jambe, M. Berger estime qu'on ne doit pas les rejeter.

En faveur de l'opération de Mickuliez, comparée aux précédentes, il faut noter l'absence de raccourcissement, l'absence de raideur, et le bon résultat au point de vue fonctionnel. Toutefois, l'opération n'est pas applicable à toutes les tumeurs blanches tarsiennes ; elle semble particulièrement indiquée toutes les fois que les lésions sont étendues, que le calcanéum est malade et que la région antérieure du métatarse est saine ; toutes les fois, en un mot, qu'on ne peut faire appel aux résections partielles limitées et à l'opération de Pasquier-Le Fort.

Wladimiroff et Mickuliez pratiquent sur les téguments deux incisions latérales parallèles, passant derrière les malléoles, et deux incisions transversales, jambière et plantaire, en intéressant toute l'épaisseur des tissus. Comme ils enlèvent ensuite toutes les parties molles comprises dans le quadrilatère limité par les incisions, on fait un sacrifice énorme de tissus (muscles, tendons, vaisseaux et nerfs tibiaux postérieurs et plantaires), qu'il y aurait intérêt à ménager pour la nutrition des parties restantes. Aussi, convaincu que la région antérieure, la seule conservée, est souvent insuffisante pour assurer la nutrition de l'avant-pied et que, d'un autre côté, on peut être amené, durant le cours de l'opération, à modifier le plan opératoire primitivement conçu, M. Berger pense qu'il est préférable d'aborder les parties profondes par une incision courbe unique, longeant le bord externe de la jambe et du pied. Il est ainsi facile de mettre à nu les surfaces malades et de terminer, suivant les cas, soit par un Wladimiroff-Mickuliez, soit par un Pasquier-Le Fort, soit par toute autre résection : on aura ainsi conservé dans nombre de cas les tissus de la région postérieure.

Lorsque les sections osseuses ont été pratiquées, au lieu de placer simplement le membre dans un appareil immobilisateur

sans réunir les os, il vaut mieux les fixer de façon à bien assurer leur juxtaposition et à éviter toute interposition de parties molles ; pour cela il n'est pas nécessaire d'employer des fils d'argent ; de gros fils de catgut sont suffisants. Un pansement iodoformé et un appareil inamovible seront ensuite appliqués et laissés aussi longtemps que possible.

M. Berger se résume en disant : l'opération de Wladimiroff-Mickuliez est une bonne opération conservatrice, préférable à l'amputation de la jambe dans beaucoup de cas, et applicable dans certaines circonstances où toute autre opération moins étendue doit être rejetée. On doit toujours commencer par une incision tégumentaire externe unique, afin de s'assurer s'il n'est pas possible de se contenter d'une résection moins étendue que ne le comporte le procédé de Wladimiroff-type : des sutures osseuses doivent être faites. On doit, bien entendu, opérer antiseptiquement.

DISCUSSION

M. **SEGOND** fait observer que les divers procédés opératoires dont vient de parler M. Berger sont des opérations partielles ; or, quand il s'agit d'affections tuberculeuses, M. Segond est partisan d'interventions totales, attendu qu'après toutes ces opérations partielles, raclage, résections, etc., on est presque toujours obligé d'y revenir pour combattre les récidives qui ne se font pas attendre. Le plus grand service à rendre, selon lui, à un malade atteint d'ostéopathie tuberculeuse, c'est de la traiter par l'intervention la plus large et la plus radicale.

M. **CHAUVEL** pense également que l'amputation de la jambe, dans les affections tuberculeuses du pied, donne des résultats définitifs beaucoup plus satisfaisants que les opérations partielles. Mais l'opération de Wladimiroff-Mickuliez, si elle est généralement insuffisante dans ces cas, est une bonne opération dans les cas d'origine traumatique ; chez les tuberculeux, il est bien rare qu'il n'y ait pas de récidives après l'une de ces opérations partielles. Mieux vaut, dans ces cas, recourir à l'amputation.

M. **PONCET** (de Lyon) rappelle que le procédé opératoire de l'incision latérale unique a déjà été signalé, à quelques différences minimes près, dans le *Lyon médical*, par M. Jaboulet et un autre chirurgien lyonnais. Ces auteurs ont poursuivi la même idée : conserver, dans la résection de Wladimiroff, les vaisseaux et les nerfs de la région postérieure, de façon à mieux assurer la vitalité des parties restantes.

M. Poncet n'a jamais pratiqué l'opération de Wladimiroff, mais il la croit surtout indiquée dans les cas traumatiques. Pour les affections tuberculeuses, il a toujours eu recours avec avantage aux résections plus ou moins étendues, et dans la très grande majorité des cas, les résultats ont été excellents, nullement inférieurs à ce que peut donner la résection de Wladimiroff-Mickuliez. Toutefois ces résections partielles ne doivent être pratiquées qu'au-dessous de vingt ans : passé cet âge elles peuvent donner lieu à des insuccès.

M. **SCHWARTZ**, dans son dernier voyage à l'étranger, a eu l'occasion de voir cinq jeunes opérés à la suite de l'opération de Mickuliez. Les résultats étaient excellents.

M. **PRENGRUEBER**, il y a quelque temps, a pratiqué l'opération dont il s'agit pour une ostéo-arthrite tuberculeuse du cou-de-pied. Malgré l'énorme étendue de la résection osseuse, il n'a pu dépasser les limites du mal et a dû, séance tenante, faire l'amputation de la jambe. Et, cependant, avant l'opération, on pouvait croire que le cas dont il s'agit était favorable, en ce sens que les lésions ne paraissaient pas par trop étendues : il n'y avait pas de fistule, le membre n'était pas très volumineux, il n'y avait aucune de ces mobilités anomales du pied, indices d'une destruction étendue des tissus.

Ce fait, rapproché des nombreuses récidives signalées par M. Berger, montre que les résultats obtenus par l'opération de Wladimiroff ne sont guère favorables en cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse, lorsque la maladie est déjà assez avancée, et l'on peut, dès lors, se demander si les brillants résultats constatés par M. Schwartz ne se rapportent pas à des malades opérés de très bonne heure, c'est-à-dire à une période où l'on peut espérer la guérison à l'aide de moyens plus anodins.

M. **DESPRÉS** s'élève contre l'abus qu'on fait, dans les ostéo-arthrites, des opérations partielles et, en particulier, du grattage. On gratte et l'on cure, et l'on croit avoir guéri ; puis, quelques semaines ou quelques mois plus tard, réapparaît l'affection souvent plus intense qu'auparavant.

Pour son compte, il se contente de l'ancien traitement, compression et immobilité.

Quant à l'opération de Wladimiroff, il ne la croit guère capable de permettre une marche sérieuse. Ces opérés ressemblent à une danseuse quelconque ; or, il n'y a pas de danseuse qui puisse prolonger indéfiniment une phrase de ballet.

M. **POLAILLON** fait observer que l'incision externe, que M. Berger préconise, a été depuis assez longtemps indiquée par J. Hilton, pour l'ablation du calcanéum, et, dans une discussion antérieure, on s'est déjà prononcé, lorsqu'on se trouve en présence d'une nécrose de cet os avec trajet fistuleux, pour son ablation chez les femmes ou les jeunes sujets, et pour l'amputation de la jambe chez les hommes.

M. **BERGER** tient à rappeler, relativement à la comparaison possible entre les résultats de la chirurgie conservatrice et de l'amputation, qu'autrefois, il a émis la même opinion que soutient actuellement M. Segond. Aujourd'hui, les succès de la chirurgie conservatrice lui font défendre une thèse opposée.

Sauf pour le calcanéum, où l'évidement est de bonne chirurgie, il n'est que peu partisan du grattage ; cependant, il croit les résections partielles utiles et favorables dans un certain nombre de cas, et il est toujours temps plus tard de s'adresser à l'amputation, si la récidive survient. Il estime donc que l'opération de Wladimiroff-Mickuliez a des indications nettes, et que la meilleure incision est l'incision courbe externe.

La séance est levée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Liste des prix de la Faculté pour l'année 1887-1888.

La Faculté avait à décerner, pour l'année scolaire 1887-1888.

1° Les prix provenant des libéralités de MM. : le baron Barbier, de la valeur de 2000 francs ; la comtesse de Chateauvillard, 2000 francs ; Corvisart, une médaille de vermeil et 400 francs ; de Montyon, une somme de 700 francs ; Lacaze (Phthisie), 11 500 francs ; Jeunesse (Hygiène), 1 500 francs ;

2° Les prix pour les thèses les plus remarquables soutenues devant elle pendant l'année ;

3° Elle avait, en outre, à attribuer le legs Trémont dans les conditions indiquées par le testateur.

Le Conseil de la Faculté, après avoir entendu les rapports des Commissions chargées d'examiner les titres de chacun des candidats, a dressé la liste des lauréats. Cette liste a été approuvée par M. le ministre de l'Instruction publique.

1° LEGS TRÉMONT (Commission : MM. Brouardel, doyen, président ; Regnauld, Jaccoud, Damaschino, Straus). — Le legs, de la valeur de 1 000 francs, a été partagé entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

2° PRIX BARBIER (Commission : MM. Trélat, président, Le Fort, Guyon, Duplay, Tarnier). — Douze appareils ou instruments ont été présentés. La Faculté a décidé : 1° qu'une somme de 500 francs serait attribuée, à titre d'encouragement, à M. le docteur Auvard, pour ses divers « instruments » ; 2° que la somme de 1 500 francs, reliquat du prix, serait attribuée à la bibliothèque de la Faculté.

3° PRIX CHATEAUVILLARD (Commission : MM. Brouardel, doyen, président ; Baillon, Verneuil, Laboulbène, Damaschino). — Quatre ouvrages ont été présentés. Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 1 000 francs à M. le docteur Gilles de la Tourette, pour son ouvrage intitulé : « L'Hypnotisme » ; 2° 500 francs à M. le docteur

Petit, pour son ouvrage intitulé : « Œuvres complètes de Jean Méry » ; 3° 500 francs à M. le docteur Blondel, pour son ouvrage intitulé : « Les Strophantus du commerce. »

4° Prix Corvisart (Commission : MM. G. Sée, président, Potain, Jaccoud, Peter, Dieulafoy). — Le prix, qui consiste en une médaille d'or et 400 francs, a été décerné à M. Morau, externe des hôpitaux.

La Faculté a décidé que le sujet du concours, pour l'année 1889, serait : « Complications du rhumatisme articulaire aigu. »

5° Prix Montyon. — Le prix n'a pas été décerné cette année, faute de concurrents.

6° Prix Jeunesse [*Hygiène*] (Commission : MM. Brouardel, doyen, président ; Cornil, Gautier, Proust, Straus). — Cinq ouvrages ont été présentés. Le prix a été partagé également entre les deux concurrents, savoir : 750 francs à M. le docteur Martin, pour son « Etude sur la création du Musée d'hygiène, » et son mémoire sur la « Désinfection des chiffons » ; — 750 francs à M. le docteur Thoinot, pour ses manuscrits : « Etude sur la fièvre typhoïde. » — « Etude sur la généralisation de la progression de la diphthérie. » — « Etude critique sur quelques points de la suette miliaire. »

7° Prix Lacaze [*Phthisie*] (Commission : MM. Brouardel, doyen, président, Potain, Jaccoud, Grancher, Dieulafoy, Straus). — La Faculté a décidé que le prix serait décerné à M. le docteur Malassez, pour ses travaux sur la Tuberculose.

8° Thèses récompensées (Commission : MM. Trélat, président, Potain, Guyon, Panas, Laboulbène, Cornil, Damaschino, Tarnier, Gautier, Fournier).

Médailles d'argent. — MM. Berlioz : Etudes cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans le sang. — Blocq : Des contractures. — Bourdillon : Psoriasis et arthropathies. — Demoulin : Ostéomyélite chronique d'emblée. — Fugairon : Topographie médicale du canton d'Ax. — Guérard : L'hôpital Lariboisière ; L'Enclos Saint-Lazare. — Guillet : Tumeurs malignes du rein. — Marty : Lupus du larynx. — Potocki. : Des méthodes d'embryotomie. — Vassaux : Développement de l'œil.

Médailles de bronze. — MM. Bécavin : L'Ecole de Salerne et les Salernitains. — Bosselut : De la méningite tuberculeuse chez les enfants âgés de moins de 2 ans. — Colin : De la nature infectieuse du tétanos. — Foubert : Variations passagères du volume du cœur. — Hervé : La circonvolution de Broca. — Joubin : Recherches sur la morphologie comparée des glandes salivaires. — Labruhe : Etude chimique du liquide amniotique de la femme. — Lejars : Du gros rein polykystique de l'adulte. — Lepage (Gabriel) : Application du forceps au détroit supérieur. — Marage : Sympathique des oiseaux. — Marguet : Kystes hydatiques des muscles volontaires. — Martin de Gimard : Purpura hémorrhagique. — Monprofit : Salpingites et ovarites. — Pavlidès : Arthropathie tabétique du pied. — Polguère : Infections secondaires. — Patein : De l'albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques. — Pozzi : Traitement du cancer de l'utérus. — Raymond : L'urticaire pigmentée. — Riocreux : Syphilis ; Hérédité paternelle. — Riomme : Etude de l'acétonurie et du coma diabétique. — Secheyron : De l'hystérectomie vaginale. — Varnier : Des détroits inférieurs du bassin obstétrical. — Yersin : Etudes sur le développement du tubercule expérimental.

Mentions honorables. — MM. Belin : Adénophaties externes. — Boisvert : Étude clinique des formes atténuées de la paralysie alcoolique. — Budor : Oblitérations des artères cardiaques. — Demelin : Segment inférieur de l'utérus. — Dubar : Sarcome ostéoïde. — Dumont : Étude sur les bactéries des eaux minérales de Bohême. — Durel : Essai sur la maladie de Dupuytren. — Engelbach : Tumeurs de la prostate. — Évrain : De la suppuration des épanchements sanguins dans les plèvres. — Girode : Contribution à l'étude de l'intestin des tuberculeux. — Guèmes : De l'hémato-salpingite. — Jeanselme : Dermites et éléphantiasis. — Jeanton : Albuminurie dans la maladie de Bright. — Jouliard : Du cancer de la glande sous-maxillaire. — Lancial : Thrombose des sinus veineux de la dure-mère. — Leflaive : Rhino-bronchite annuelle. — Le Page (Charles) : Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques. — Luquet : Contribution à l'étude des corps jaunes. — Ninovici : De la mort subite à la suite de coups reçus sur l'abdomen et le larynx. — Mirassou-Nouqué : Sur quelques dispositions du placenta dans son insertion vicieuse. — Nivière : Perte des réflexes tendineux dans le diabète sucré. — Odriozola : Lésions du cœur consécutives à l'athérome des coronaires. — Perez : Exploration des uretères. — Rendon : De la fièvre de surmenage. — Roulland : Quelques faits de paralysie des nouveau-nés. — Saint-Hilaire : Influence de la température organique sur l'action de quelques substances toxiques. — Semelaigne : Philippe Pinel et son œuvre. — Mme Sollier : De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. — Vanneufville : Étude clinique et expérimentale sur la néphrorrhaphie. — Villemin : De l'action de quelques agents chimiques sur le développement du bacille de la tuberculose. — Wissard : De l'intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires après l'avortement. — Ywanovitch : Entomologie appliquée à la médecine légale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 25 avril 1889, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Le Cuziat, ancien médecin de deuxième classe de la marine, docteur en médecine.

— Par décret, en date du 25 avril 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Nicolin, Robinot, Duroselle, Vilon, Naudin, Tristelin, Ramond, Pignol, Del Hamaide, Pessez, Issaurat, Martin de Gimard, Robillard, Jeanselme, Chuquet, Séguinard, Tauzin, Lamoureux, Demoulin, Doat et Lamare.

— *Concours d'agrégation (chirurgie).* — Épreuve orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.

Séance du lundi 29 avril : M. Picqué : « Accidents éloignés des plaies de la tête. » — M. Ricard : « Causes, nature et variétés de l'ostéomyélite. »

Séance du mardi 30 : M. Barette : « Étiologie et pathogénie des gangrènes chirurgicales. » — M. Gangolphe : « Des greffes en chirurgie. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — Par décision de la commission scolaire, en date du 12 avril 1889, MM. les candidats ajournés avant le 9 juin 1889 sont informés que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 17 juin) ;

2° Les épreuves orales seront renouvelées :

A partir du 17 juin pour les candidats ayant échoué avant le 15 mai ;

A partir du 1er juillet pour ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

— Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront jusqu'au 4 juin inclusivement, dernier délai.

Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 9 juin consigneront jusqu'au 18 juin 1889 inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

— La seconde série des travaux pratiques d'histologie du semestre d'été, commencera le mardi 30 avril. MM. les étudiants de deuxième année sont convoqués individuellement par une lettre spéciale.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Rondot, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique médicale des maladies des enfants.

M. Puech est maintenu, jusqu'au prochain concours, dans les fonctions de chef de clinique ophthalmologique.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Bédart est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bastide (de Largentière); Navarre, médecin principal de première classe, en retraite, et N. Thevenod (de Paris).

— Pour raison de santé, M. le docteur Brouardel ne reprendra son cours qu'à une date qui sera ultérieurement annoncée.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz commencera ses conférences de clinique thérapeutique, le mercredi 1er mai, à dix heures, à l'hôpital Cochin, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Il traitera cette année des nouveaux médicaments et des nouvelles médications.

Le lundi, M. le docteur Bardet traitera de la photographie appliquée à la médecine. M. le docteur Dubief des microbes pathogènes et M. Égasse des connaissances pharmaceutiques indispensables au médecin.

Le vendredi, M. Alcindor s'occupera du parasitisme au point de vue thérapeutique, et M. Courtois-Suffit, de la séméiologie de quelques affections du système nerveux.

— *Collège de France.* — M. Balbiani, professeur, commencera le cours d'embryologie comparée le mercredi 1er mai à une heure et demie, dans la salle n° 5 et le continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera de la spermatogénèse.

M. d'Arsonval, suppléant M. Brown-Séquard, professeur, commencera le cours de médecine le mercredi 1er mai à 3 heures dans la salle n° 6 et le continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera des gaz de la respiration.

M. Ranvier, professeur, commencera le cours d'anatomie générale le mercredi 1er mai à cinq heures dans la salle n° 2 et le continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera des éléments et des tissus du système conjonctif.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — En l'absence de M. Albert Gaudry, professeur, M. le docteur Fischer, aide-naturaliste, commencera le cours de paléontologie le mercredi 1er mai, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera des mollusques fossiles et de leur répartition dans les différentes couches géologiques. Il s'occupera surtout des espèces les plus utiles pour la détermination des terrains.

Les lundis, à trois heures et demie, M. le docteur Fischer fera une conférence pratique, soit dans le laboratoire de paléontologie, soit dans les galeries publiques. Une affiche particulière fera connaître l'endroit où cette conférence aura lieu.

— Le poste de médecin sanitaire de France à Suez est vacant. Le traitement est de 10 000 francs. Pour tous renseignements s'adresser à MM. les professeurs Brouardel ou Proust, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité complet d'ophthalmologie, par les docteurs L. de Wecker et E. Landolt. *Anatomie microscopique*, par les professeurs A. Iwanoff, G. Schwalbe et W. Waldezer.

Cet ouvrage remplace la 3e édition du *Traité* de Wecker (prix Chateauvillard). Tome IV, IIIe fascicule (complétant l'ouvrage : *Maladies de l'orbite et des voies lacrymales*, par L. de Wecker). 1 vol. in-8° avec 41 figures intercalées dans le texte (gratis pour les souscripteurs). — Prix du tome IV, 1 vol. in-8° avec 240 fig. dans le texte : 20 francs; — Prix de l'ouvrage complet, 4 forts volumes in-8° raisin, avec 886 figures intercalées dans le texte et 2 planches : 80 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 51. — JEUDI 2 MAI 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 2 MAI 1889. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'opinion de M. Verneuil, sur les origines du tétanos, a rencontré trois nouveaux adversaires en MM. Trasbot, Laborde et Lagneau.

M. Trasbot, basant son opinion sur les nombreux faits cliniques qu'il a pu observer depuis vingt-six ans à l'École d'Alfort, arrive à cette conclusion : que la contagion du tétanos est une rareté qui ne justifie pas l'application d'une législation sanitaire et que son origine équine n'est nullement démontrée.

M. Laborde, se plaçant, comme toujours, sur le terrain de la physiologie expérimentale, a rappelé avec raison que le phénomène fondamental du tétanos, le phénomène convulsif, se montre dans deux conditions expérimentales différentes : sous l'influence d'une excitation mécanique dont le courant électrique est le type, ou sous l'influence d'un agent chimique, tel que la strychnine. C'est à cette seconde variété que doit être rapporté le tétanos microbien. Mais il résulte de ces faits que l'origine microbienne du tétanos ne saurait être seule invoquée.

Enfin, M. Lagneau a recherché, dans les statistiques de M. Bertillon, les décès par tétanos pendant ces neuf dernières années, et il a constaté, en consultant la profession de ces décédés, qu'il n'y en avait qu'un petit nombre ayant approché les chevaux.

M. Dujardin-Beaumetz a fait un important rapport sur une question essentiellement délicate, la dénomination des nouveaux médicaments. Il a apporté dans l'examen de cette question une sage réserve, et nous ne pouvons, comme l'Académie tout entière, qu'approuver complètement ses conclusions qu'on trouvera reproduites au compte rendu.

Signalons encore deux lectures, l'une de M. Bœckel (de Strasbourg), sur un traitement radical des abcès du sein, et l'autre de M. Reynier, sur un moyen de traitement ingénieux et pratique de la scoliose et de la cyphose.

Nous signalerons également, parmi les présentations, celle qu'a faite M. Bergeron, du dernier fascicule du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. En faisant cette présentation, M. le secrétaire perpétuel n'a pas manqué de rappeler la part si considérable qui revient au regretté Dechambre dans l'accomplissement de cette œuvre monumentale commencée en 1864, et de rendre justice à son digne successeur, M. Lereboullet, qui a su tenir la promesse qu'avait faite son maître que le *Dictionnaire encyclopédique* serait achevé pour l'Exposition universelle de 1889.

Nous nous associons de tout cœur aux félicitations de M. Bergeron.

HOTEL-DIEU. — M. GERMAIN SÉE.

De l'estomac cardiaque (1).

Parmi les phénomènes d'ordre extrinsèque dans les maladies du cœur, il faut citer, par ordre de date souvent et d'importance toujours, les troubles gastriques. Ils se manifestent sous forme d'avertissements ou de symptômes dans les cardiopathies. Ce sera l'*estomac cardiaque*.

1° GASTRICISME INITIAL. — Il arrive bien souvent que les maladies du cœur se révèlent au malade par des perturbations des fonctions digestives; l'état du cœur est masqué parfois par une dyspepsie permanente et vraie, ou bien, ce qui est plus fréquent, par une atonie de l'estomac avec ou sans dilatation.

Que de fois un malade vient se plaindre de lenteur de la digestion avec production de gaz, constipation, malaise à la fin de la digestion stomacale ; si on l'examine, on constate une distension ou une dilatation de l'estomac avec ou sans clapotement, en un mot une atonie de l'estomac. Si le diagnostic s'arrête là, le malade est compromis. Si, en vertu de ce diagnostic privé de sens, on prescrit les pepsiques ou les peptones, les absorbants ou les purgatifs, les amers ou les toniques, l'hydrothérapie ou les eaux minérales, le danger va se dessiner bientôt, et s'accentuer jusqu'à ce qu'un médecin plus attentif et prévenu de ces fallacieuses éventualités reconnaisse la cause de ces désordres gastriques, c'est-à-dire l'affection du cœur qui en est effectivement le point de départ.

Le malade est entré gastrique dans votre cabinet de consultation, il en sort cardiaque.

(1) Cette leçon est extraite du *Traité des maladies du cœur*, dont le tome Ier doit paraître incessamment.

D'où provient l'erreur souvent si longtemps prolongée au détriment du malade ? A la suite des atonies stomacales, il se fait souvent une accumulation de gaz tellement marquée qu'il en résulte un refoulement du diaphragme vers la cavité thoracique et, par conséquent, une gêne plus ou moins marquée de la respiration ; c'est cette oppression mécanique qui est trompeuse, car il s'agit d'une dyspnée de travail, d'une dyspnée cardiaque.

Comment reconnaître cette origine de la dyspnée ? Comment retrouver le cœur malade au milieu de ces troubles de l'estomac ? Dans la plupart des cas, rien n'est plus facile ; il s'agit d'avoir le soin d'examiner attentivement le cœur pour trouver la lésion originelle. En effet, il s'agit alors, ordinairement de lésions aortiques, ou, pour être plus précis, de rétrécissements ou d'*insuffisances aortiques*, qu'il est impossible de méconnaître. Dans un travail anglais, publié en 1867, Leared (*Med. Times*) annonce que, sur huit observations, sept fois il existait une lésion aortique, rétrécissement ou insuffisance ; dans une seule observation, le malade était atteint d'une lésion mitrale. Or, notez que souvent les malades sortaient de l'hôpital sans avoir été auscultés. Leared raconte l'histoire d'un cocher d'omnibus qui, après avoir été traité pour une dyspepsie douloureuse, sortit de l'hôpital, et tomba mort de son siège ; l'autopsie révéla une insuffisance aortique et un estomac parfaitement sain. M. Huchard rapporte l'observation d'un homme atteint d'*insuffisance aortique*, chez lequel la lésion cardiaque ne s'est révélée pendant longtemps que par des troubles violents de l'estomac ; ici du moins la maladie du cœur fut reconnue avant la mort qui eut lieu à la suite d'accès d'angine de poitrine provenant de la lésion aortique et coronaire. Nous verrons la légende de ces angines de poitrine dites d'origine gastrique où il s'agit simplement de rétablir l'ordre de succession, et de reconnaître, si c'est possible, l'angine sclérocoronaire qui mène à la mort sous prétexte de gastricisme, et ne diffère, en réalité, en rien des angines coronaires vraies. Sans anticiper sur cet enchaînement des symptômes gastriques et cardiaques, nous avons à répéter avec insistance qu'il s'agit, dans la grande majorité des gastricismes cardiaques, d'une lésion facilement accessible à nos moyens d'investigation et trop souvent méconnue par suite d'une coupable ignorance ou négligence ; souvenons-nous de ces insuffisances aortiques foudroyantes, et mentionnons aussi les anévrysmes aortiques qui ne se révèlent que par le gastricisme ; un malade de Broadbent est mort à la suite de la rupture d'un anévrysme ; le médecin avait oublié l'auscultation.

Il n'y a de difficulté réelle que pour les *myocardites scléreuses* ou fibro-graisseuses qui, elles aussi, se dessinent au début des atonies de l'estomac, souvent aussi par des dyspepsies chimiques, sans se révéler par des signes palpables. — Ces myocardies se relient presque toujours aux artério-scléroses soit des artères en général, soit spécialement des artères coronaires ; leur phénoménalité est toujours obscure et on comprend, en pareil cas, une méprise sur l'origine du gastricisme ; mais n'oublions pas le phénomène dominant, et tout aussi précoce que la gastro-atonie, je veux parler de la *dyspnée du travail* à laquelle se joint bientôt l'*arythmie ;* ces deux symptômes ne sont pas à négliger.

Le diagnostic étiologique de l'atonie simple ou dyspeptique est un peu plus facile si on la considère dans les *hypertrophies* cardiaques, qui résultent aussi bien souvent des artério-scléroses ; ici du moins l'examen physique, la percussion surtout, peut fournir d'utiles renseignements sur l'état du cœur, par conséquent sur l'origine des troubles gastriques.

Il est bien remarquable que tous ces phénomènes digestifs se rattachent directement ou indirectement à une cardiopathie artérielle, sans qu'on puisse en fournir l'interprétation. Il est du moins certain que la lésion cardiaque aortique influence le développement des dyspepsies simples ou atoniques, sans qu'on puisse les rattacher à un trouble de circulation de la muqueuse de l'estomac. Les Allemands attribuent à une hyperhémie passive tous les phénomènes rétroactifs vers l'estomac ou les organes abdominaux ; s'il en est ainsi, d'où vient donc l'immunité de l'estomac dans les affections mitrales à leur début, dont on connaît le fâcheux privilège de provoquer des stases dans les organes abdominaux. — L'hyperhémie n'explique pas la dilatation atonique, ni même les dyspepsies chimiques, qui d'ailleurs ne s'observent qu'à une période avancée des maladies cardiaques.

Avant de se prononcer sur la pathogénie des affections gastriques d'origine cardiaque, il faudra être fixé sur la nature des gastro-atonies. Sont-elles accompagnées d'hyperchlorhydrie, ce qui est douteux, ou d'une acidité normale, ainsi que je l'ai constaté chez un certain nombre de cardiaques qui paraissaient jouir d'une bonne santé générale, ou bien existe-t-il une dyspepsie chimique avec anachlorhydrie, ainsi que je l'ai observé chez les cardiaques frappés depuis longtemps déjà ? Ces questions préliminaires ont besoin d'être résolues avant qu'on ait le droit de juger le mode de production des atonies diverses ; l'influence de la gêne circulatoire et même de la composition du sang sur les sécrétions gastriques n'est pas encore connue.

Il est toutefois une loi de physiologie qui se vérifierait dans ce cas et s'y appliquerait ; c'est que les sécrétions sont maintenues chaque fois qu'il y a augmentation de pression dans le système artériel général et dans celui des glandes en particulier. — Dans les cardiopathies artérielles, la sécrétion est normale, ainsi que dans toutes les lésions aortiques compensées par l'hypertrophie du cœur ; elle manque dans les dilatations du cœur et les dégénérescences du myocarde ; n'est-ce pas ainsi qu'on peut s'expliquer la rareté des atonies dyspeptiques dans les insuffisances du muscle et les insuffisances de la valvule mitrale ? N'est-ce pas là la cause des affections gastriques chez les artério-scléreux ? Si l'observation ultérieure confirme les données relatives à la chlorhydrie régulière de ces artériques, l'interprétation sera exacte. — Voici des faits intéressants à l'appui. — Dans le dernier numéro du *Zeitschrift für klinische Medizin*, Grossmann produit des recherches intéressantes démontrant que, dans les cardiopathies avec stases du sang, les aliments présentent des diversités au point de vue de leur résorption. — Les fécules se résorbent comme d'ordinaire, même quand la bile et le suc pancréatique manquent (Muller) ; c'est cette absorption des fécules qui souffre le moins. Les albuminoïdes sont moins indemnes ; la graisse ne s'absorbe plus, elle se perd trois fois plus qu'à l'état normal (18 p. 100 au lieu de 5). La conclusion est facile à tirer au point de vue du régime. Au point de vue doctrinal elle confirme nos prévisions.

2° Gastricisme tardif. — Dans les périodes avancées ou troublées des cardiopathies l'estomac reste rarement indemne et, cette fois, par l'effet des stases abdominales ; il

survient de l'anorexie, des douleurs stomacales pendant la digestion ; l'absorption des produits de la digestion semble être enrayée ; les malades pâlissent, maigrissent et tombent dans cet état qu'on a appelé *cachexie cardiaque* sur laquelle MM. Gendrin et Peter ont tant insisté, en l'invoquant même comme la cause des hydropisies. Mais ce n'est pas là qu'est le danger ; ce n'est pas là la cause des infiltrations ; l'appauvrissement du sang et son état hydrémique supposé ne sauraient produire le moindre œdème sans le secours des obstacles circulatoires ; c'est l'inanition générale, le dépérissement de tous les tissus qui compromet le fonctionnement des organes ; l'état cachectique n'est que le degré le plus avancé de cette déchéance ; il s'établit là un cercle vicieux ; l'estomac cesse de digérer et l'inanition qui en résulte provoque à son tour son impuissance fonctionnelle.

3° Crises gastriques des ataxiques cardiaques. — Nous devons signaler à l'occasion de l'estomac cardiaque une autre série d'accidents gastriques, qui, sous le nom de *crises gastriques*, s'observent chez les tabétiques cardiaques. On connaît maintenant la coïncidence des lésions du cœur et surtout de l'orifice aortique avec l'ataxie locomotrice, mais sans connaître le trait d'union de ces affections si distinctes par leur siège et leur nature, comme le sont d'une part les lésions endocardiques, et, d'autre part, les lésions médullaires, ou plutôt, d'après les recherches modernes, les névrites périphériques caractérisant le tabès ; nous discuterons ces singulières rencontres. Ici nous n'avons qu'à signaler les crises gastriques qui arrivent chez les tabétiques cardiaques ni plus ni moins souvent que chez les ataxiques dont le cœur est indemne. Ici encore, c'est l'aortie qui domine ; le trouble gastrique, dont l'origine est dans le système nerveux central ou périphérique, est souvent caractérisé par une hyperchlorhydrie très accentuée qui provoque, ou du moins qui accompagne ces violentes crises douloureuses avec ou sans vomissements.

PLANS BI-INCLINÉS ET DÉCUBITUS CONTRE LA SCOLIOSE ET LA CYPHOSE

Par M. le docteur J.-B. Reynier.

Résumé. — 1° Décubitus contre la scoliose commune, c'est-à-dire à convexité dorsale tournée à droite, à convexité lombaire tournée à gauche :

A. *Décubitus latéral droit.* — Mettre le corps en convexité générale tournée à droite et en bas, en plaçant sur le parquet ou sur un canapé deux gros dictionnaires ou deux oreillers sous la tête et deux gros dictionnaires ou deux oreillers sous les jambes ; la courbure lombaire et la courbure cérébro-dorsale sont ainsi redressées. Si l'enfant est tout jeune, on ne met qu'un dictionnaire ou qu'un oreiller.

B. *Décubitus latéral gauche.* — Mettre le corps en convexité générale tournée à droite et en haut en plaçant deux gros dictionnaires sous le bassin (côté gauche) et un gros dictionnaire ou un oreiller sous la tête (côté gauche). Régler l'épaisseur des dictionnaires et de l'oreiller selon la taille du sujet. Les courbures lombaire et cérébro-dorsale sont ainsi redressées ; la courbure dorsale s'atténue par compensation.

2° Décubitus dorsal convexe contre la scoliose et contre la cyphose dorsale : Dans l'attitude debout, il importe que le point le plus reculé du dos se trouve à peu près sur le même plan vertical que le sacrum ou même un peu en arrière de lui ; c'est là une condition favorable à l'attitude très droite ; elle se trouve réalisée dans le décubitus dorsal convexe. Le soulèvement du bassin dans le décubitus dorsal donne un résultat excellent et supérieur au résultat produit par la pression du dos sur le billot préconisé par le docteur Pravaz et appliqué directement sous la cyphose dorsale ; l'application des dictionnaires sous les fesses paraîtrait, en faisant se déjeter le tronc en arrière, devoir augmenter l'ensellure lombaire et, par compensation, la cyphose dorsale. C'est le contraire qui a lieu, car l'attitude qui porte le sacrum plus avant que le dos favorise la rectitude du rachis. Dans le décubitus dorsal convexe, le point le plus reculé du dos est en arrière du sacrum et les membres inférieurs, par le fait de leur inclinaison en arrière, se trouvent en extension sur le bassin et réciproquement.

Il est très important de mettre sous le dos, au niveau de la cyphose dorsale, une épaisseur de livres égale à peu près aux deux tiers de l'épaisseur des deux dictionnaires placés sous les fesses. La tête se renverse en arrière dans une extension très prononcée.

Il est très facile de construire sur ces principes deux plans bi-inclinés : 1° un plan bi-incliné creux ou rentrant pour le décubitus droit ; 2° un plan bi-incliné saillant pour le décubitus gauche. Les deux plans de chaque appareil sont réunis par une forte charnière à une planche médiane horizontale large de 20 centimètres environ, qui donne appui au bassin ou règle l'inclinaison des plans en plaçant, sous chacune de leurs extrémités libres, un objet plus ou moins épais pour le décubitus latéral droit ; pour le décubitus dorsal et pour le décubitus latéral gauche, on place deux dictionnaires sous la planche médiane ou un objet d'égale épaisseur.

Ces diverses espèces de décubitus, et, en particulier, le décubitus dorsal convexe, donnent un excellent résultat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 avril 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend un pli cacheté de M. le docteur Salomon, qui contient le résultat de recherches et expériences faites avec MM. Laborde et Netter, ayant pour but la vulgarisation et l'emploi sans danger du sublimé comme désinfectant.

RAPPORT

Sur la dénomination des nouveaux médicaments. — M. Dujardin-Beaumetz, au nom d'une Commission composée de MM. C. Paul, Bourgoin, A. Gautier, Laborde et Dujardin-Beaumetz, fait un rapport sur cette question.

Il rappelle que, dans la séance du 1er mai de l'année dernière, M. Bourgoin proposait de substituer au nom d'antipyrine celui d'analgésine, et cela, devant les prétentions élevées par des industriels, qui soutenaient que, seuls, ils avaient le droit de fabriquer la diméthyloxyquinizine sous le nom d'antipyrine. A la suite de la courte discussion qui s'éleva à ce propos, l'Académie chargea une commission d'examiner cette question de la dénomination des médicaments nouveaux.

Dans ces dernières années, la thérapeutique s'est enrichie d'un nombre, toujours croissant, de nouveaux médicaments, presque tous tirés de la série aromatique. La chimie, tenant avec rigueur à ce que l'appellation des nouveaux corps qu'elle crée rappelle à l'idée la constitution atomique de ce corps, s'est vue contrainte de constituer des mots d'une longueur démesurée, impraticable.

Aussi a-t-on adopté, avec empressement, les noms d'antipyrine, d'antifébrine, de phénacétine, de sulfonal. La plupart de ces corps avaient été découverts et signalés déjà sous leurs noms scientifiques, bien avant leur introduction dans la thérapeutique. Les prétentions des fabricants allemands, d'appliquer à ces nouvelles appellations fantaisistes les attributs d'une marque de fabrique, ont vivement ému les industriels français qui s'occupent de cette fabrication.

Y a-t-il un remède à cet état de choses?

A cette question, la Commission a fourni la réponse que voici :

Il y avait d'abord à savoir si ces noms ainsi créés, en dehors des règles scientifiques, pour caractériser une substance déjà connue, constituaient une marque de fabrique. Pour M. Pouillet, dont la compétence en matière de droit commercial est incontestée, les appellations d'antipyrine, d'antifébrine, etc., constituent des marques de fabrique que notre loi française pourrait protéger. Ce point une fois établi, l'Académie pouvait-elle, dans le but de lutter contre ce monopole abusif, attribuer, à ces nouvelles substances, au moment de leur apparition, une appellation qui appartiendrait alors au domaine public ?

Mais d'autres pays pourraient désigner les mêmes substances sous d'autres noms ; de là, une confusion qui gênerait les applications thérapeutiques. Cela est arrivé pour l'analgésine et l'antipyrine. La Commission a donc abandonné cette idée. Elle a pensé, suivant en cela l'opinion de M. Pouillet, qu'il fallait distinguer, dans cette question, la partie scientifique de la partie commerciale. Le médecin, quand il prescrit un médicament, peut employer la dénomination usuelle et vulgaire de ce médicament, sans se servir de son appellation chimique ; il ne fait pas acte commercial ; tandis qu'au contraire, le pharmacien peut utiliser la substance soit sous nom vulgaire, soit sous le nom qui lui est attribué par la nomenclature chimique. Dans le premier cas, il devra s'adresser à l'industriel breveté ; dans le second cas, il pourra le demander à n'importe quel fabricant. Il semble que, si l'on adoptait ce procédé, on sauvegarderait à la fois les intérêts de la science et ceux de notre industrie. D'ailleurs, l'Académie ne peut qu'émettre un avis à ce sujet.

En résumé, la Commission propose :

1° Conformément à la doctrine qui sépare la question scientifique de la question commerciale, le médecin peut, dans ses ordonnances, prescrire ce médicament sous le nom vulgaire, et le pharmacien peut le délivrer et le signaler sur ses registres sous la synonymie scientifique ;

2° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de reviser la législation de la pharmacie.

Traitement de l'abcès du sein par l'évidement méthodique de la glande. — M. JULES BŒCKEL (de Strasbourg), pour empêcher la répétition des abcès du sein, se demande pourquoi on ne pratiquerait pas l'évidement de la glande, tout comme on fait l'évidement d'un os atteint d'ostéomyélite?

La méthode antiseptique autorise à agir ainsi aujourd'hui, et permet de faire la réunion immédiate d'une plaie ainsi transformée, rendue aseptique par les précautions que l'antisepsie aura permis de réaliser. M. Bœckel a appliqué cette méthode à une femme de quarante ans, atteinte depuis quinze jours d'un abcès volumineux et profond du sein.

Après avoir fait une longue incision, il a enlevé avec le bistouri plusieurs tranches du sein en voie de suppuration, et ne s'est arrêté qu'au niveau des tissus sains.

Il a ensuite réuni *hermétiquement* la plaie bien désinfectée, sans y placer de drainage. Il a adopté systématiquement cette pratique depuis plusieurs années et la croit applicable à la suite des opérations graves les plus variées.

Chez la malade qui fait l'objet de cette note, la guérison a été complète le huitième jour ; l'opérée a pu quitter l'hôpital le douzième jour.

DISCUSSION SUR LE TÉTANOS

M. TRASBOT n'admet pas avec M. Verneuil l'origine équine du tétanos et sa transmissibilité. Dans tous les cas que M. Verneuil a cités on retrouve souvent un cheval, mais il y a généralement à côté d'autres animaux, leurs excrétions et le milieu (sol, air), qui peut également recéler le germe de la maladie. Il ne voit donc pas pourquoi ce serait exclusivement le cheval qui exercerait une action nocive sur l'homme. Il est vrai que le tétanos est plus fréquent chez le cheval que chez les autres animaux, ce qu'on peut expliquer par ce fait qu'il est plus exposé que les autres animaux aux refroidissements, blessures, opérations, etc., en un mot à toutes les causes du tétanos.

D'ailleurs les faits d'observation clinique ne révèlent pas une prédisposition plus accusée pour le tétanos chez le cheval, et les recherches expérimentales ne décèlent pas davantage cette prédisposition. Les expériences que M. Trasbot a faites lui permettent de porter seulement les conclusions suivantes :

1° Chez les animaux morts de tétanos, le tissu d'une plaie contient quelquefois, mais pas toujours, le germe de la maladie ;

2° Ce germe peut être inoculé à des lapins dans un bon nombre de cas ;

3° Il s'épuise par un seul, deux ou trois passages.

Il semble résulter aussi que son inoculation est plus difficile à réaliser sur le cheval que sur le lapin, ce qui n'est pas en faveur d'une prédisposition du premier. Et jamais, chez lui, on est parvenu à le reproduire seulement jusqu'à la troisième génération.

M. Trasbot admet donc que le tétanos puisse être inoculé expérimentalement, mais qu'il se propage accidentellement avec la facilité qu'a fait entrevoir M. Verneuil, il ne le croit pas. Il n'a jamais vu de cas de contagion se produire à l'école d'Alfort ; sans doute il y a des chevaux pris de tétanos après des opérations et M. Verneuil pourra attribuer la cause de la maladie aux murs, au sol, aux mangeoires, qui sont infectés d'après lui. Mais ces cas sont peu nombreux ; la contagion est donc une rareté, aussi elle ne justifie pas l'application d'une législation sanitaire ayant pour but de prévenir la transmission du tétanos au cheval, quand il y a tant d'autres maladies dont la contagion n'est pas discutable, qu'on n'ose pas inscrire dans la loi, parce que des raisons économiques en rendraient l'application impossible.

La réglementation ne paraît pas davantage justifiée par le danger qui menace l'homme. Depuis vingt-six ans que M. Trasbot est à Alfort, jamais un cas de tétanos n'a été observé chez les élèves qui soignent les chevaux malades.

M. LABORDE établit, au point de vue de la pathogénie du tétanos, une distinction préalable, relative au phénomène fondamental du tétanos : le phénomène convulsif à caractère tonique ou tétanique.

Or, ce phénomène se montre dans deux conditions expérimentales différentes.

La première condition est la suivante :

Une excitation mécanique, portée sur une surface sensitive périphérique, ou sur un nerf sensitif, ou sur le centre excito-moteur, provoque le phénomène tétanique ; le courant électrique constitue l'excitant type de ce genre, et le tétanos électrique est donc le type du tétanos expérimental.

La seconde condition est la suivante :

Le phénomène tétanique, au lieu d'être provoqué par un agent mécanique, peut être provoqué par un agent chimique. La strychnine est le type des agents de ce genre.

C'est à cette seconde variété que doit être rapporté le tétanos microbien, surtout si l'on admet la doctrine qui tend à s'accréditer de plus en plus de l'action pathogénique des poisons solubles sécrétés par les microbes.

Dès lors on peut admettre que la détermination du tétanos est subordonnée à deux ordres de causes distinctes :

1° Conditions mécaniques ou physiques auxquelles ressortissent les cas de traumatisme accidentel ;

2° Conditions d'ordre chimique ou toxique, dans lesquelles rentreraient les cas de tétanos par intoxication microbienne, soit que le poison agisse au niveau de la porte d'entrée, et conséquemment par le mécanisme réflexe, soit qu'il se répande par absorption dans l'organisme et qu'il exerce directement son action sur les centres excito-moteurs.

De ces diverses considérations, il résulte que l'origine microbienne du tétanos ne saurait être seule et exclusivement invoquée, à supposer même que son intervention et son rôle fussent définitivement démontrés.

M. LAGNEAU a recherché les renseignements que pouvait fournir la statistique, relativement à la pathogénie du tétanos.

Durant les neuf dernières années, dans le département de la Seine, le tétanos a fait périr une moyenne annuelle de trente-quatre personnes. Les femmes entrent pour près d'un quart dans le nombre des malades. Or, il semble difficile d'admettre, pour la plupart de ces femmes, l'étiologie équine, de même que pour certains hommes (polisseurs, tourneurs, imprimeurs, cordonniers, sommeliers, marchands de vin, fruitiers).

Le tétanos est exceptionnel dans la plupart des arrondissements de Paris. Cependant, deux ou trois décès tétaniques ont lieu presque chaque année dans les arrondissements des Gobelins, de Montmartre et de Ménilmontant. Les tétaniques sont plus nombreux en dehors de Paris, particulièrement dans les parties est et nord des arrondissements de Sceaux et de Saint-Denis, où l'on a signalé de nombreux cas de tétanos équin.

Il est difficile de dire s'il existe quelques relations morbides entre les différents cas de tétanos qui ont été signalés dans une même localité.

LECTURES

Plans bi-inclinés et décubitus contre la scoliose et la cyphose. — M. REYNIER fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 465.)

Eaux minérales. — M. RODET lit un travail sur l'action des eaux de Vittel dans la nutrition.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (première division).

Les candidats étaient classés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Warlomont (de Bruxelles) ; en deuxième ligne, M. Semmola (de Naples) ; en troisième ligne *ex æquo*, MM. Rommelaere (de Bruxelles) et Sydney-Ringer (de Londres).

MM. Warlomont et Semmola ayant obtenu la majorité des suffrages, sont proclamés élus.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

La Faculté de médecine et l'École supérieure de pharmacie de Nancy pendant l'année scolaire 1887-1888 (1).

I

Le rapport du doyen sur la situation de la Faculté de médecine, pendant l'année scolaire 1887-88, constate les démarches réitérées, mais infructueuses, faites par les membres de la Faculté, les sénateurs et députés de la région, pour obtenir la création de l'École du service de santé militaire, ou au moins l'exécution du décret de 1883 qui partageait l'École entre les villes de Bordeaux et Nancy.

La ville de Nancy a aussi consenti un emprunt de 500 000 francs pour la construction d'un Institut chimique et d'un Institut anatomique.

La Faculté des sciences a reçu satisfaction et son magnifique Institut est presque terminé. La Faculté de médecine aura aussi, sans doute, son Institut anatomique, malgré la perte de l'École de santé militaire. Le développement devait en être plus ou moins considérable, suivant la solution donnée à cette question. Toutefois la nécessité de l'Institut anatomique a été reconnue, et les subventions des départements de Meurthe-et-Moselle et des Vosges complètent celles de l'État et la somme votée par la ville de Nancy pour la réalisation de ce projet (2).

(1) *Comptes rendus des travaux des Facultés.* — Nancy 1889, Berger-Levrault.

(2) Ces jours derniers, une loi a autorisé la ville à emprunter 500 000 francs pour la construction des deux Instituts.

Le personnel enseignant n'a pas subi de modifications dans le cours de l'année scolaire 1887-88.

Le nombre des inscriptions prises à la Faculté de médecine a été de 458, dont 450 pour le doctorat, et 8 pour le grade d'officier de santé.

L'année précédente 1886-87, ce chiffre avait été inférieur : 354, dont 340 pour le doctorat et 14 pour l'officiat, soit en 1887-88 une augmentation de 104 inscriptions.

En 1885-86 et en 1884-85, le nombre des inscriptions avait été de 343 et de 351.

Le nombre des élèves qui ont accompli des actes de scolarité pendant l'année 1887-1888 a été de 141. Pendant les deux années précédentes il avait été de 118 et 127.

Le nombre des élèves était de 37 en première année, 16 en deuxième, 26 en troisième, 31 en quatrième, plus 31 en cours d'examens.

Quant à l'origine de ces élèves, on en compte 50 d'Alsace-Lorraine, 40 de Meurthe-et-Moselle, 17 des Vosges, 12 de la Meuse, 2 de la Marne, 2 de la Haute-Marne, 14 des autres départements, 4 étrangers (Luxembourg, Suisse, Roumanie).

Six élèves ont obtenu des bourses, neuf ont obtenu des dispenses de droits d'inscription.

Le nombre des élèves militaires a été de 26 (1).

Les examens de réception ont été de 240, au lieu de 200 et 194 pendant les deux années précédentes. Les meilleures notes obtenues correspondent aux derniers examens; les premier et deuxième examens de doctorat fournissant le plus d'ajournements ou de notes inférieures. La Faculté a demandé une modification dans la nature et dans l'ordre des examens, dont la disposition actuelle a l'inconvénient de retarder le moment où les études médicales pratiques doivent être le but principal de l'étudiant.

Quatorze sages-femmes, dont 3 pour la première classe, ont obtenu leur diplôme.

Seize thèses ont été soutenues, 10 par des élèves civils, 6 par des élèves militaires.

Les notes obtenues ont été : 6 très bien, 6 bien, 1 assez bien, 3 passable. Le rapport sur le prix de thèse signale que cette épreuve s'est maintenue au niveau élevé qu'elle a toujours eu à la Faculté de Nancy.

Le service d'anatomie a disposé, à l'amphithéâtre de dissection, de 179 cadavres en 1887, et de 184 en 1888.

Le chiffre des non-réclamés a été de 113 et 118. Le nombre de décès dans les divers hôpitaux, hospices, prisons, etc., de Nancy, étant de 668 (en 1886), on doit remarquer que, par une autre organisation du service d'anatomie, ce service pourrait obtenir un développement beaucoup plus considérable.

Le service des autopsies, faites à la Faculté ou à l'hôpital, a continué à progresser de 351 à 356, puis 413, et enfin 424 autopsies en 1887.

Il est très important de noter ici, à propos des ressources anatomiques dont la Faculté pourrait éventuellement disposer, que, en prévision de l'accroissement du nombre des élèves pour l'École militaire, la Faculté s'était assuré des ressources anatomiques dans les établissements voisins de la région qui auraient contribué à son approvisionnement anatomique, dans les mêmes conditions que l'asile de Maréville actuellement. La Faculté disposerait alors (*en sus* de ses ressources actuelles) de *près de* 300 individus non réclamés dans cinq établissements de la région avec lesquels on aurait pu traiter.

— Les cliniques ont présenté le mouvement suivant : l'hôpital civil (médecine et chirurgie) a reçu 2 659 malades en 1886 (dont 316 décédés) et 2 794 en 1887 (dont 301 décédés).

La clinique ophthalmologique a reçu 900 à 1 000 consultants ; 66 opérations de cataracte y ont été pratiquées.

La Maison de secours a fourni les chiffres suivants : 1 374 ma-

(1) Cinq de ces élèves sont entrés à l'École de Lyon depuis le mois de janvier 1889.

lades traités en 1885; 1523 en 1886; 1341 en 1887. Ce chiffre se répartit ainsi qu'il suit : 1° la clinique obstétricale a reçu 267 femmes et 240 nouveau-nés, avec une mortalité de 7 femmes, 18 mort-nés et 7 enfants décédés; 2° la clinique des maladies syphilitiques et cutanées a reçu 251 malades dont 113 hommes et 138 femmes; 3° la clinique des maladies des enfants a reçu 171 malades, dont 82 garçons et 89 filles; 4° le service des maladies chroniques a reçu 295 malades, dont 169 hommes et 126 femmes, et a compté 44 décès.

La clinique des maladies mentales possède d'importantes ressources d'enseignement à l'asile de Maréville, où sont traités, chaque année, environ 1900 malades.

La bibliothèque comptait, en 1887, environ 15000 volumes, et 57 publications périodiques.

Le rapport se termine par l'expression des vœux suivants :

1° En ce qui concerne l'École du service de santé militaire, l'exécution du décret de 1883, ou le maintien de la situation actuelle;

2° La construction de l'Institut anatomique dans un délai aussi rapproché que possible, à l'emplacement désigné et d'après les plans convenus;

3° L'organisation d'un service spécial pour les enfants à l'hôpital civil.

— On espère que les deux derniers auront une solution plus favorable que le vœu concernant l'École de santé du service militaire.

II

Le nombre des étudiants, à l'École supérieure de pharmacie de Nancy, a été de 79, dont 24 ont été reçus pharmaciens.

Quarante-neuf étudiants ont pris des inscriptions, dont 111 pour la première classe et 69 pour la deuxième classe.

Quinze candidats ont subi les examens de validation de stage.

Le nombre des étudiants en cours d'inscriptions a été de 10 en première année, dont 4 pour la première classe; 18 en deuxième année, dont 10 pour la première classe; 21 en troisième année, dont 15 pour la première classe.

Soixante-dix-neuf examens définitifs ont été subis, dont 46 pour la première classe, 33 pour la deuxième classe; 1 pour le diplôme supérieur et 2 pour la profession d'herboriste de première classe.

Une thèse de diplôme supérieur (M. Brunotte) a obtenu la note « Distinction ».

Les diplômes conférés ont été au nombre de : 1 diplôme supérieur; 17 de première classe et 6 de deuxième classe; 1 d'herboristerie de première classe. L'année précédente, l'École n'avait délivré que 13 diplômes de première et de deuxième classe.

Cinq bourses ou demi-bourses ont été accordées. Six élèves ont obtenu la gratuité d'inscriptions, mais cette faveur a été retirée à l'un d'eux, qui n'avait pas suivi avec assiduité les cours ou travaux pratiques.

III

En ce qui concerne les autres Facultés constituant l'Université nancéienne, ajoutons les renseignements suivants pour la même année scolaire 1887-1888, empruntés au Rapport sur la situation des établissements d'enseignement supérieur de l'Académie de Nancy et sur les améliorations qui pourraient y être introduites, présenté au Conseil général des Facultés par M. Bernheim, professeur à la Faculté de médecine.

Le nombre total des élèves inscrits et ayant fait acte de scolarité dans les quatre Facultés et l'École supérieure de pharmacie pendant l'année scolaire 1887-1888 a été de 615, au lieu de 672, total de l'année précédente.

On a compté 170 étudiants à la Faculté de droit au lieu de 216; 141 à la Faculté de médecine au lieu de 127; 101 à la Faculté des sciences au lieu de 109; 124 à la Faculté des lettres au lieu de 118; 79 à l'École supérieure de pharmacie au lieu de 102. La diminution du nombre des élèves a donc porté presque tout entière sur la Faculté de droit et l'École de pharmacie.

Les succès des élèves aux divers examens et concours ont continué cette année la série de ceux obtenus les années précédentes.

Le personnel enseignant a notamment été modifié par l'admission à la retraite de MM. Tourdes, doyen de la Faculté de médecine, et Campaux, professeur de littérature latine à la Faculté des lettres.

A la Faculté des sciences, M. le doyen Grandeau a quitté le décanat et est remplacé par M. le professeur Bichat.

Les Facultés expriment divers vœux relatifs à l'enseignement et à leur installation matérielle.

La Faculté de médecine insiste, depuis plusieurs années, sur la nécessité de modifier le système actuel des études et des examens.

Le régime actuel a, en effet, l'inconvénient de retarder, jusque dans le cours de la troisième année, le commencement des études médicales pratiques. Sur cinq années d'études, deux à trois seulement sont consacrées à la clinique. La partie importante du projet consiste à supprimer la première année actuelle, consacrée exclusivement aux sciences physiques et naturelles; à fractionner ces études pendant la scolarité, en les rattachant aux diverses branches de la médecine, physiologie, pathologie, thérapeutique, etc., auxquelles leurs applications se rapportent; à commencer la première année par l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie; à envoyer les élèves à l'hôpital dès la deuxième année, de façon qu'ils aient un minimum de quatre années d'études pratiques et cliniques, avant d'aborder l'exercice de leur profession.

Malgré la perte des élèves militaires pour la Faculté de médecine, il y a lieu de penser cependant que la diminution du nombre des élèves ne sera que passagère. Beaucoup des élèves de la région resteront attachés à la Faculté comme étudiants civils; l'École du service de santé, n'étant plus à la portée des familles, n'exercera plus sur elles une attraction aussi puissante. La médecine militaire perdra peut-être une partie de son meilleur recrutement, celui que fournissent nos provinces et l'Alsace-Lorraine. De sages mesures de décentralisation et le zèle apprécié de ses maîtres rendront, à la Faculté, son contingent d'élèves.

Avant-garde de la patrie française, à l'extrême frontière, voisine de l'Alsace-Lorraine, de la Suisse, de la Belgique, l'Université de Nancy a conscience de la double mission, scientifique et patriotique, qu'elle est appelée à remplir. Les familles restées françaises des provinces perdues savent qu'elle est toujours, pour leurs enfants, l'*alma mater* de Strasbourg rapatriée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés ministériels, en date des 19 et 29 avril 1889, sont nommés membres du Comité d'organisation du congrès international des œuvres d'assistance en temps de guerre :

MM. les docteurs Bouloumié, Dubrisay, baron Larrey, Léon Le Fort, J. Rochard.

— *Concours d'agrégation* (*chirurgie et accouchements*). — Épreuve orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.

Mercredi 1er mai. — M. Phocas : « Des ulcérations de la cavité buccale et de la langue. » — M. Bureau : « Diagnostic et pronostic de la grossesse extra-utérine. »

Jeudi 2 mai. — M. Auvard : « Indications et valeur comparative de l'opération césarienne ». — M. Bonnaire : « De l'influence de la grossesse sur le cœur et les poumons. »

— Le Congrès international d'hygiène et de démographie se tiendra du 4 au 11 août 1889, à la Faculté de médecine.

Questions proposées. — 1° Mesures d'ordre législatif, administratif et médical, prises dans les divers pays pour la protection de la santé et de la vie de la première enfance. (Rapporteurs : MM. Landouzy et H. Napias.)

2° De l'enlèvement et de l'utilisation des détritus solides (fumiers, boues, gadoues, débris de cuisine, etc.), dans les villes et dans les campagnes. (Rapp. : MM. Du Mesnil et Journet.)

3° Régime et distribution de la température dans l'habitation. (Rapp. : MM. Émile Trélat et Somasco.)

4° Action du sol sur les germes pathogènes. (Rapp. : MM. Grancher et Richard.)

5° Protection des cours d'eau et des nappes souterraines contre la pollution par les résidus industriels. (Rapp. : MM. J. Arnould et A.-J. Martin.)

6° De l'assainissement des ports. (Rapp. : M. A. Proust.)

7° Accidents causés par les substances alimentaires d'origine animale, contenant des alcaloïdes toxiques. (Rapp. : MM. P. Brouardel, Pouchet et Loye.)

8° De la statistique des causes de décès dans les villes. (Rapp. : M. J. Bertillon.)

— M. le docteur Péan reprendra ses leçons cliniques et les opérations chirurgicales, à l'hôpital Saint-Louis, samedi 4 mai, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— M. Hutinel, chargé du cours de clinique des maladies des enfants, à l'hôpital des Enfants-Malades, ne continuera pas ses conférences de pathologie infantile. Il commencera le cours de clinique le samedi 4 mai.

— Nous signalons à nos lecteurs le très curieux numéro que l'« Universel Illustré » vient de consacrer à « la Cour et la Ville en 1789 ». Ce numéro reproduit d'intéressants *fac-similes* des gravures de l'époque.

Ce journal paraît deux fois par mois, 12, rue des Pyramides, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** . . — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du Centenaire, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Les kystes des reins (1).

Par M. le docteur LEJARS, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

VII

Un caractère commun à toutes les variétés de kystes du rein, c'est la lenteur habituelle de leur évolution, et aussi la pénurie ordinaire des signes fonctionnels.

Nous avons dit plus haut combien le traumatisme était fréquemment inscrit dans les antécédents ; souvent il sert, à proprement parler, de révélateur à la lésion jusque-là silencieuse.

En général, le kyste reste longtemps à l'état latent, et il semble que le gros rein polykystique soit, plus que toute autre forme, prédisposé à cette marche torpide et lente, et à ces réveils soudains. Nous aurons à rappeler de nombreux cas, où la mort est survenue en quelques jours, en quelques heures, foudroyante, avec une brusquerie qui semble d'abord inexplicable : on trouve, à l'autopsie, le double rein kystique.

Aussi la tumeur date-t-elle de longtemps, quand on vient à l'observer, au moins en est-il ainsi dans la majorité des faits. Elle avait débuté neuf ans auparavant, par une douleur brusque lors d'un effort (Walter) ; elle datait de six à sept ans [Duplay] (2) ; de huit ans (Archer) ; de vingt et un ans [Czerny] (3) ; depuis vingt et un ans, le malade portait dans le côté gauche, une sorte de dureté en forme de corde, qui, depuis deux ans, grossissait beaucoup et devenait un peu douloureuse.

Il est deux signes fonctionnels d'une réelle valeur, et relativement fréquents : ce sont les douleurs lombaires persistantes et l'hématurie.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 425.
(2) DUPLAY. *Archives générales de médecine*, 1880.
(3) CZERNY. *Langenbeck's Archiv*, Bd. XXV, 1880.

La douleur lombaire revêt exceptionnellement le caractère lancinant ou térébrant, qui appartient aux tumeurs malignes ; c'est plutôt une sensation de pression continue (Strübing), de constriction pénible, qui devient, à certains moments, une douleur aiguë. C'est toujours entre la dernière côte et la crête iliaque, au niveau du rein, que la douleur locale se révèle à l'exploration ; et ces souffrances peuvent occuper le premier plan dans le tableau symptomatique : on se trouve alors en présence d'une véritable crise néphrétique. Lors de kyste hydatique, la douleur est le signal ordinaire de la rupture de la poche dans le bassinet et du passage des hydatides dans l'uretère ; elle se rencontre aussi dans les kystes simples (Obs. de Péan, etc.), dans le gros rein polykystique. Chez un malade, observé par Schachmann (1), « l'affection débuta subitement, après l'ingestion d'une grande quantité d'eau froide ; il ressentit immédiatement une douleur violente dans le flanc gauche, laquelle augmenta d'intensité jusqu'au soir ; alors il eut des vomissements en même temps que la douleur irradia dans l'aine et le testicule gauche. Les jours suivants, ces douleurs s'améliorèrent et s'aggravèrent alternativement, et de temps à autre irradièrent jusque dans l'aine et le testicule du côté correspondant. Il y a trois jours, la douleur s'étant fixée en arrière, dans la région lombaire gauche, avec une intensité extrême, le malade s'appliqua un vésicatoire sur l'endroit douloureux ; la douleur diminua un peu. Actuellement elle est intense au niveau de la région lombaire gauche et dans le flanc du même côté ; la palpation de ces régions l'exaspère d'une façon atroce ; elle irradie dans divers points de l'abdomen, particulièrement vers l'hypochondre droit. »

Peut-être, dans ces cas, a-t-on souvent affaire à une véritable colique néphrétique, la coïncidence de la lithiase rénale n'étant pas chose rare.

Mais cette prédominance de la douleur est exceptionnelle ; par contre, il est très fréquent de voir l'affection se dérouler, tout entière, indolente ; c'est par hasard que la tumeur se révèle.

Le diagnostic ne saurait non plus compter beaucoup sur l'hématurie ou les autres troubles urinaires. C'est surtout le gros rein polykystique, si voisin des tumeurs malignes, qui leur emprunte assez fréquemment ce signe : l'hématurie. Hématuries répétées, à longs intervalles quelquefois, et précédant de longtemps la première manifestation de

(1) SCHACHMANN. *Archives générales de médecine*, 1886.

l'évolution kystique ; hématuries qui éclatent assez souvent, comme une crise, après une période douloureuse ; voilà ce que l'on trouve dans plusieurs faits [Gairdner (1), Bond (2), Strübing, Michalowicz]. Elles sont beaucoup plus rares au cours des kystes hydatiques ou des kystes séreux.

Il est presque de règle, dans ces deux dernières variétés, que les troubles urinaires et les modifications de l'urine soient à peine accusés, ou complètement nuls. Peut-être la douleur serait-elle plus vive et la marche plus aiguë, dans les kystes hématiques (Lancereaux), mais on n'en saurait faire une règle : il suffit de rappeler cette malade de M. le professeur Verneuil, chez qui la tumeur kystique fut découverte par hasard, et qui succomba brusquement quelques jours plus tard, à la suite d'une ponction exploratrice.

L'albuminurie existe, dans la majorité des cas de gros rein polykystique, quelquefois en proportion notable ; une polyurie d'intensité moyenne et intermittente, l'œdème, qui était considérable chez la malade de M. Juhel-Rénoy, la céphalée, les crampes, la dyspnée, et jusqu'aux « petits signes du brightisme », à la sensation de doigt mort et à la cryesthésie (Legrand), sont notés çà et là dans les observations : on peut les trouver réunis, et rappelant encore le tableau complet du mal de Bright. Dans les grands kystes isolés, ils deviennent exceptionnels.

En somme, les signes fonctionnels n'ont de valeur que pour corroborer, quand ils existent, les résultats de l'exploration physique.

C'est à l'exploration physique, en effet, à l'emploi méthodique de ses différents procédés, tels qu'ils ont été récemment encore formulés par M. le professeur Guyon (3), à l'analyse de ses résultats, qu'il faut demander les principaux éléments du diagnostic.

Une première question se pose : quel rein est le plus fréquemment le siège des kystes, et de quel côté l'examen physique sera-t-il le plus souvent efficace ?

Les kystes hydatiques sont plus fréquents à gauche. Sur nos 27 cas de kystes séreux, 13 fois le kyste occupait le rein droit, 8 fois le rein gauche, 6 fois le siège précis de la tumeur n'est pas indiqué.

Le gros rein polykystique est bilatéral ; c'est là une règle, qu'on peut tenir pour constante, et qui impose une gravité toute spéciale à son pronostic, une réserve extrême à l'intervention opératoire. Parmi nos soixante-six observations, une seule, celle de Frerichs, n'obéit pas à cette loi : il s'agissait d'une femme de soixante-cinq ans ; le foie et le rein gauche étaient farcis de kystes ; il n'y en avait pas dans le rein droit. » Mais, fait curieux, si la tumeur est en réalité bilatérale, l'exploration ne donne, en général, de résultat que d'un seul côté. Dix-huit fois, il existait une tumeur reconnue pendant la vie, trois fois seulement, elle était accessible des deux côtés à la palpation, dans les cas de Strübing, de M. Duguet et de Chotinsky ; dans deux observations, le côté de la tumeur est indéterminé : celle de Leboucher, où il existait simplement une tuméfaction, avec résistance dans la région épigastrique, attribuée à la présence d'une tumeur abdominale, et celle de Jessé (4) qui, en palpant le ventre, sentit vers la région lombaire, une masse qui ne provoquait aucune douleur. Treize fois la tumeur polykystique ne fut appréciable que d'un seul côté : sept fois à gauche, et six fois à droite.

(1) Gairdner. *Glasgow pathol. and clin. Society*, 1880.

(2) Bond. *The British Med. Journ.*, 1880.

(3) Guyon. Examen chirurgical du rein, leçon in *Bulletin médical*, mars 1889.

(4) Jessé. Société anatomique, 1854.

Retenons donc que la bilatéralité de la tumeur perçue serait un signe de haute valeur ; mais que, presque toujours, c'est d'un seul côté que l'on trouvera la tumeur kystique.

Ces grands kystes, qui tant de fois en ont imposé pour des kystes de l'ovaire, sont quelquefois de volume énorme, soulèvent la paroi abdominale, qui fait relief d'un côté, refoulent les côtes et l'appendice xiphoïde, et descendent à une distance variable vers le petit bassin. C'est « une tuméfaction notable, occupant l'hypogastre et la moitié droite du ventre » (Duplay) ; « le volume du ventre était si considérable que l'ombilic dépassait de quatre travers de doigt le plan sternal », chez le malade de Frænkel (1), « une saillie notable faisant pointe, écrit Bœckel dans l'observation de sa malade, et bombant fortement dans la région du flanc gauche, me permit de reconnaître que j'étais en présence d'une tumeur ; elle s'étendait à partir de deux travers de doigt du pubis, dans la fosse iliaque et le flanc, jusque sous les fausses côtes gauches, occupant par conséquent toute la moitié gauche de l'abdomen ; elle dépassait la ligne blanche, et empiétait de deux travers de doigt sur la moitié droite de l'abdomen. »

Un relief arrondi, occupant l'hypochondre et le flanc, et se prolongeant vers l'ombilic et la fosse iliaque : voilà ce que l'on constate à première vue ; Rathery signale « que les veines de la paroi abdominale étaient plus apparentes que normalement ».

Au palper, la masse est arrondie ou ovoïde, nettement limitée sur toute sa périphérie, ou sur l'un de ses bords ; « on pouvait la saisir par en bas, mais non du côté du rebord costal » (Czerny). Elle est fluctuante dans un grand nombre de cas ; mais il n'est pas rare que cette fluctuation soit obscure, malaisément appréciable ; ou bien même le kyste, trop tendu, rempli de caillots ou d'un liquide épais, est « lisse, solide, et donne une sensation obscure d'élasticité » (Walter). Ici, se place la question du frémissement hydatique ; il n'a été noté qu'une seule fois dans les vingt et un cas analysés par Bœckel (Obs. de Brodbury) ; il n'est pas mentionné dans les quelques autres observations qu'on peut retrouver : en somme, là encore, c'est un signe rare.

Deux points doivent arrêter surtout l'attention : la mobilité de la tumeur, les résultats de la percussion.

VIII

Et d'abord le kyste du rein est-il susceptible de se mobiliser spontanément, de se déplacer sous l'influence des mouvements respiratoires, comme les tumeurs du foie ou de la rate ? Non, dans la majorité des faits ; et cette absence de mobilité a été donnée, depuis Simon, comme l'un des meilleurs signes des tumeurs rétro-péritonéales. On y insiste dans plusieurs observations, elle a servi quelquefois d'élément principal au diagnostic. Ainsi, dans le fait si intéressant, à un autre point de vue, de M. le professeur Lannelongue : « Une enfant de huit ans entra à Sainte-Eugénie pour une tumeur du flanc gauche qui soulevait les fausses côtes et la paroi abdominale. On crut d'abord à un kyste du foie, et l'on fit une ponction qui donna un demi-litre d'un liquide verdâtre, contenant de nombreux leucocytes,

(1) Frænkel. *Charité's Annalen*, 1884.

mais sans crochets. M. Lannelongue, se fondant sur la fixité de la tumeur, sur l'étendue considérable de la matité en arrière, sur l'absence de déplacement dans les mouvements du diaphragme, posa le diagnostic de kyste du rein »; diagnostic qui fut vérifié plus tard, comme nous le dirons. Mais, de cette absence de mobilité il ne faudrait pas faire un signe pathognomonique.

Il est dit dans l'observation de M. le professeur Duplay, que « la tumeur suivait les mouvements du diaphragme »; chez le malade de Hinckeldeyn, le kyste hydatique « se déplaçait en bas pendant l'inspiration ». Et le fait n'a rien qui doive surprendre, si l'on songe aux rapports étroits qu'une grosse tumeur du rein acquiert avec le diaphragme, soit directement, à gauche, soit par l'intermédiaire du foie refoulé, à droite. Tout récemment, Israël insiste de nouveau sur cette mobilité spéciale des tumeurs du rein (1) : « J'ai pu observer dans un assez grand nombre de cas, écrit-il, l'abaissement du rein à chaque inspiration, et je l'ai montré surtout fort nettement à tous les assistants dans une opération, une fois le rein découvert; de même, cette mobilité m'a souvent gêné pour ponctionner ou inciser un point précis de l'organe. Cette mobilité est naturellement limitée, ou manque totalement quand, à la suite d'une suppuration ou d'une affection tuberculeuse, l'organe se trouve soudé avec la région ambiante. Il suit de ces constatations que l'existence d'un mouvement inspiratoire, dans une tumeur abdominale, ne prouve rien contre son caractère de tumeur du rein. »

A la main, la masse kystique est souvent mobile, sinon dans le sens vertical, au moins latéralement; on peut même quelquefois enfoncer les doigts au-dessous des fausses côtes et la refouler en bas (Duplay). Assez bornée ordinairement, cette mobilité du kyste rénal peut s'accroître et devenir extrême : il se produit souvent, par le fait même de la tumeur et de son poids, une sorte de glissement en bas du rein dans sa loge celluleuse, et ce glissement en a fait quelquefois un rein flottant. C'était un rein flottant kystique, dans le cas de Walter : « La tumeur, sphéroïde, grosse comme trois fois l'organe normal, très mobile, se laissait aisément refouler de l'autre côté de la ligne médiane jusque dans l'hypochondre gauche, et en haut jusque sous le foie. » Bergmann avait pris, pour un rein flottant cancéreux, un gros rein polykystique : « A travers la paroi relâchée, on sentait nettement une tumeur, faisant un relief arrondi; facile à palper; elle est dure, du volume d'une tête d'enfant. Elle est très mobile, se laisse refouler sous les fausses côtes, et, par la pression sur la partie antérieure, refouler si loin en arrière, que l'on peut la sentir nettement sur le bord du grand dorsal, entre la dernière côte et la crête iliaque, et la prendre entre les deux mains. La surface de la tumeur, dure, est fortement bombée ; on peut sentir à côté les unes des autres de petites et de grosses bosselures. » La mobilité est d'ordinaire plus restreinte. Ajoutons que le ballottement rénal devrait être aujourd'hui soigneusement recherché.

Nous signalions tout à l'heure, dans l'observation de M. Lannelongue, une étendue considérable de la matité en arrière; c'est là un fait de haute importance, quand on le trouve : à lire les observations, il semble qu'on l'ait rarement rencontré.

En avant, il en est tout autrement, et nous abordons là une seconde caractéristique des tumeurs rétro-péritonéales et spécialement de celles du rein. La tumeur est longée, sur sa face antérieure, par les colons ascendant ou descendant : d'où une bande plus ou moins large de sonorité qui ne se déplace pas, même quand le malade se couche du côté opposé, et que le tympanisme de l'intestin grêle n'est plus en cause. Il faut dire tout de suite que le colon est assez souvent vide; que, dans ces conditions, on a pu encore quelquefois le sentir sous la forme d'un ruban épais, adhérent au kyste, le fait est exceptionnel. Aussi a-t-on proposé de le dilater par une injection gazeuse, pour permettre une appréciation exacte de sa situation et de ses rapports. Spencer Wells, le premier, fit une injection d'air dans le colon; Simon, qui préconise à son tour cet artifice de diagnostic, dans les grosses tumeurs qui compriment le colon et l'empêchent de se distendre, retire d'abord par la ponction un peu de leur contenu, puis pratique l'injection d'air ou de liquide. Dans le même but, Ziemssen a proposé d'utiliser l'acide carbonique; avec une canule longue d'environ 15 centimètres et un simple appareil injecteur, il introduit dans l'intestin 20 centimètres cubes de bicarbonate de soude et 15 de solution d'acide tartrique; pour que la production du gaz ne se fasse pas trop brusquement, on introduit la solution par doses fractionnées, à intervalles de quelques minutes, en trois ou quatre fois, et on fait suivre chaque injection d'environ 100 grammes d'eau, pour empêcher que le dégagement du gaz ne se produise dans le tube injecteur (Kœnig).

Kœnig, qui relate ces procédés, fait observer qu'ils ne sauraient servir dans les cas de rein flottant. Mais il y a plus; ces rapports des colons avec les tumeurs rénales ne sont rien moins que constants; Spencer Wells, Nélaton avaient déjà insisté sur ce fait. A mesure que la tumeur rénale grossit, elle refoule le colon en avant d'abord, puis en dedans, et, le rejetant sur son bord interne, elle le déborde de plus en plus, et tend même à le recouvrir. Aussi, dans plusieurs cas, la matité est-elle totale sur le devant de la tumeur. « Les rapports des intestins avec le kyste sont variables, note Bœckel; tantôt les intestins se placent au-devant de lui, tantôt ils le côtoient de chaque côté; tantôt enfin la tumeur semble située au-devant des intestins; le colon descendant tout particulièrement paraît être placé derrière la tumeur, la percussion tout au moins n'en révèle pas la présence en son lieu habituel. » Il n'y avait pas de sonorité au-devant du kyste, et les intestins étaient refoulés à gauche (1). La matité était complète; seule, une zone de sonorité peu étendue persistait au-dessous des fausses côtes (Duplay). On retrouve, dans l'observation de Béraud (2), cette zone sonore, intermédiaire à la matité de la tumeur et à celle du foie, et qui répond au colon transverse : c'est grâce à sa présence que l'on pose le diagnostic de kyste du rein. Quoi qu'il en soit, les résultats de la percussion sont ordinairement assez importants pour qu'elle soit faite avec un soin extrême, et l'on ne saurait trop recommander la méthode indiquée par Strübing; il percute suivant une série de lignes verticales, lignes médio-sternale, mamillaire, axillaire antérieure, axillaire moyenne, axillaire postérieure, scapulaire, et d'avant en arrière, de la ligne blanche au rachis. Il faut ajouter que la matité de la tumeur ne se déplace pas suivant le décubitus, et que la

(1) Israel *Berlin. Klin. Wochens.*, 30 avril 1888.

(1) Hawkins. *Medico-chir. Transact.*, 1833.

(2) Béraud. In Thèse de Fontan, 1875, Obs. II.

sonorité intestinale n'existe jamais, quelle que soit la position, du côté où le kyste est fixé à la paroi. D'autres tumeurs, il est vrai, les kystes de l'ovaire, par exemple, peuvent acquérir secondairement des adhérences, qui donnent lieu au même phénomène.

C'est ici le lieu de rappeler les caractères physiques si nettement accusés du gros rein polykystique, dans les faits où une exploration complète a été pratiquée. Ces faits sont rares; l'observation de M. le docteur Duguet est, sans contredit, la plus remarquable : par deux fois, à un an d'intervalle, une exploration minutieuse permit de faire, en toute assurance, le diagnostic de rein polykystique : « La tumeur était bilatérale, et chaque tumeur, saisie entre une main placée à plat et l'autre appliquée en avant, occupait presque en totalité la région du flanc. Elles étaient indolentes à la pression, et aussi presque indolentes spontanément. La palpation faisait reconnaître sur leur face antérieure, plus facilement accessible, une grande quantité de bosselures fermes et élastiques, qui donnaient à cette face une forme irrégulièrement arrondie. » La bilatéralité de la tumeur, sa surface bosselée, sa consistance semi-fluctuante : tels sont ses caractères principaux. Quant au foie kystique, fréquemment associé, comme nous l'avons vu, au gros rein polykystique, il a donné quelquefois la sensation d'une tumeur « à surface inégale et bosselée, avec nodosités fluctuantes » (Courbis).

IX

Nous en avons fini avec l'histoire symptomatique des kystes du rein. Que deviennent-ils? Quelles sont leur marche et leurs terminaisons?

Leur évolution, si lente ordinairement, est accidentée parfois de quelques complications, ou encore leur volume s'accroît tout d'un coup, et leur présence se révèle par des phénomènes inattendus. Le gros rein polykystique, surtout, est coutumier de ces brusques débuts, nous allons y revenir. M. Lancereaux signale aussi, pour les kystes hématiques, un accroissement progressif ou intermittent : « Après être restés stationnaires, pendant un temps plus ou moins long, ils présentent tout à coup une augmentation de volume considérable. » C'est quelquefois le fait d'un traumatisme : le malade de Lapersonne était « un jeune homme de vingt-six ans, déjà traité pour un kyste hydatique du rein gauche, qu'on avait pris pour un kyste du foie, et ponctionné comme tel; deux mois plus tard, il tombe de la hauteur d'un premier étage, l'abdomen porte sur le bord d'un trottoir, il meurt quarante-huit heures après, de péritonite aiguë. Toute l'extrémité inférieure du rein gauche était déchirée, et la déchirure s'ouvrait dans la cavité du kyste, et dans le tissu cellulaire extra-rénal, qui était plein de caillots. »

Une complication relativement fréquente, c'est la suppuration du kyste. Des frissons, de la fièvre, un accès douloureux en sont les indices ordinaires. Dans un des faits de Laveran, un frisson violent éclate, portant la température à 41 degrés, pour l'y laisser jusqu'à la mort; il y avait suppuration de l'un des grands kystes du rein gauche. Ailleurs, la suppuration se fait lentement : le liquide, foncé et louche à une première ponction, devient nettement purulent à la seconde. On a vu des gaz se produire dans ces cavités suppurées et faire naître, par leur présence, une série de symptômes extrêmement curieux. Le fait relaté par M. Lannelongue à la Société de chirurgie (1877), et que nous avons cité plus haut, en est un fort bel exemple : « A la deuxième ponction on obtient 200 grammes d'un liquide très louche, contenant de nombreux globules de pus et des crochets; quelques jours plus tard, la tumeur était le siège d'un bruit de succussion très net; en avant, la sonorité avait remplacé la matité qu'on trouvait antérieurement; le son mat persistait en arrière. Pas de pus dans les selles, par suite, pas de communication du kyste avec l'intestin. A la troisième ponction, on retire encore le même liquide, et un peu de gaz. Liquide et gaz se reproduisent très vite. Enfin, le kyste s'ouvrit dans le bassinet, un verre de pus fétide fut éliminé avec l'urine; quelques jours après, le petit malade succombait dans le coma, après une attaque apoplectiforme. Il existait un kyste de la partie supérieure du rein droit, à cavité unique, incomplètement cloisonné par des fausses membranes; sa face interne, recouverte de ces feuillets néoformés, était mamelonnée comme l'estomac des ruminants; il y avait une large communication avec le bassinet. Les gaz étaient composés d'oxygène 8, d'acide carbonique 1, d'azote 7, pour 16 centimètres cubes de gaz. Ils pouvaient provenir soit de l'intestin par transsudation, soit des principes de l'urine épanchés dans le kyste et altérés. » Ce fait n'est pas unique. En 1883, Kehrer (1) rapportait une observation d'hydronéphrose à contenu gazeux, chez une femme de trente-deux ans : quelques jours après l'entrée de la malade à la clinique gynécologique de Heidelberg, on constatait à la percussion une sonorité métallique occupant toute la tumeur; cette sonorité n'était pas due à la présence des intestins que l'on sentait et repoussait facilement à travers les parois très minces de l'abdomen. La tumeur fut enlevée par la laparotomie; elle contenait 3 litres de liquide; la guérison était complète vingt-cinq jours après. L'auteur suppose que le gaz qui avait donné lieu à la sonorité observée avant l'opération était de l'acide carbonique, il se fonde sur ce que l'addition d'acide acétique dans le contenu du kyste donnait lieu à un développement abondant de gaz.

Le kyste suppuré ou l'une des poches kystiques suppurées peut s'ouvrir dans le tissu cellulaire péri-rénal, et produire un phlegmon périnéphrétique. M. Blachez en citait un cas à la Société anatomique en 1857; nous en avons rapporté un second, chez un malade qui provenait encore de son service : « On constatait dans le flanc droit une tumeur volumineuse occupant la région du rein, vaguement délimitée, mais nettement fluctuante entre l'une des mains placée sur la paroi abdominale, et l'autre sur la région lombaire. En arrière, la tumeur faisait à peine relief, mais la peau était un peu rouge et œdématiée. Une incision verticale de 10 centimètres de long fut pratiquée le long du bord externe de la masse sacro-lombaire; il sortit un flot de pus; au fond du foyer le chirurgien sent une seconde poche tendue qui saille surtout lorsqu'on refoule le flanc à sa partie antérieure : il la déchire avec le doigt, et il sort encore du pus. » Cette seconde poche, c'était une des bosselures du gros rein polykystique, autour duquel s'était développé l'abcès.

Mais un autre résultat de la suppuration, sans qu'elle en soit pourtant la condition nécessaire, c'est la rupture du kyste dans les organes creux voisins. Dans un fait de M. Teissier, il s'était spontanément ouvert dans la vessie; ailleurs (Laveran), et bien plus souvent c'est dans le bas-

(1) Kehrer. *Arch. f. Gynækol.*, 1883.

sinet que la rupture a lieu. Le grand kyste séreux, observé par Murchison, communiquait avec le bassinet par trois ouvertures obliques et valvulaires, mais assez larges pour admettre un cathéter de fort calibre. Les kystes hydatiques ont une prédisposition spéciale à ces ruptures : sur 64 cas analysés par Béraud, elle s'était produite 48 fois, presque toujours dans le bassinet, plus rarement dans les intestins (4 fois, 1 mort) ; dans les aponévroses du dos (3 fois, 3 guérisons) ; dans les poumons (2 fois, 2 morts) ; l'ouverture dans le péritoine n'est signalée ni par M. Béraud ni par M. Simon. Un signe capital de la rupture du kyste dans le bassinet, c'est l'émission des hydatides avec l'urine, et aussi les coliques néphrétiques, que détermine souvent le passage des vésicules dans l'uretère. Un malade de Barker rendit par l'urèthre 70 à 80 vésicules dans l'espace d'un an ; un autre de Weitenkampf en rendait 50 à 60, à chaque nouvel accès néphrétique. On avait admis autrefois que cette évacuation par l'urine était un gage assuré de guérison ; sur 29 cas, M. Béraud n'a constaté que 6 guérisons bien confirmés, 6 cas de non-guérison, 7 sans renseignements, 10 cas de mort ; ce qui modifie singulièrement le pronostic.

Si les ruptures ne se voient pas dans le gros rein polykystique, il est d'autres complications qui lui sont propres ; je veux parler de celles du mal de Bright et des accidents urémiques, qui reconnaissent ici le même mécanisme que dans tous les cas d'insuffisance rénale. On a signalé l'ascite (Courbis), la pleurésie qui était double et fort abondante, dans le fait de M. Juhel-Rénoy, les accidents graves broncho-pulmonaires, etc., enfin, les diverses formes de l'urémie complètent assez souvent la scène.

La maladie se juge très vite, ordinairement, dans le gros rein polykystique ; et, trop souvent, l'observation clinique se borne à ces quelques mots laconiques : « Le malade, bien portant jusqu'alors, est apporté à l'hôpital dans le coma, il meurt. Double rein polykystique. » Voici les chiffres que donne le relevé des causes immédiates de la mort, dans les faits de gros rein polykystique, que nous avons recueillis : urémie, 26 cas ; hémorrhagie cérébrale, 4 cas ; marasme, 3 cas ; pneumonie, 3 cas ; bronchite généralisée, 2 cas ; phthisie, 4 cas. C'est donc à l'urémie, à l'urémie cérébrale surtout, que la mort succède le plus fréquemment.

A l'urémie aiguë doivent se rapporter encore, sans doute, les faits étranges comme celui que nous rappelions plus haut : « Une femme de quarante-huit ans entre dans le service de M. le professeur Verneuil ; depuis dix-huit mois, elle souffrait d'élancements dans l'hypochondre et le flanc gauche ; à la palpation, on sentait aisément une volumineuse tumeur, arrondie, obscurément fluctuante, très peu mobilisable dans le sens transversal. Aucun trouble urinaire. On pense tout d'abord à un néoplasme splénique, lorsque surviennent des accès de dyspnée paroxystique allant jusqu'à l'orthopnée et s'accompagnant d'un léger degré d'hypothermie ; en même temps, un bruit de galop bien marqué devient manifeste à l'auscultation cardiaque. Une fois cette crise passée, on pratique une ponction exploratrice, qui ne ramène qu'une petite quantité de sang ; le lendemain matin, sans qu'il soit survenu aucun accident pendant l'opération, ni dans les heures qui suivirent, la malade meurt subitement. Gros kyste hématique du rein gauche. » Ajoutons que le rein du côté opposé était en dégénérescence amyloïde.

Et, en effet, dans la pathogénie des accidents mortels, une large part doit être faite à l'état de l'autre rein. Nous verrons plus loin combien il serait nécessaire d'en avoir une notion précise, quand se pose la question de la néphrectomie, et combien aussi une exploration complète présente de difficultés.

Quant aux kystes séreux, sur 27 observations, nous trouvons 11 guérisons consécutives à divers modes de traitement, qui nous resteront à analyser : l'urémie, la septicémie à la suite de la suppuration et de l'ouverture du kyste, les complications cérébrales : telles sont les causes les plus fréquentes de la mort. Les 21 faits de kystes hydatiques relatés par Bœckel lui ont fourni 14 guérisons et 7 morts, toutes dues à des causes analogues.

X

Il est aisé de dégager le pronostic de ces différentes variétés de kystes du rein.

La plus redoutable de toutes, c'est, sans contredit, le gros rein polykystique, affection bilatérale, dont l'aboutissant fatal est l'insuffisance urinaire et l'urémie, et qui n'offre aucune prise aux tentatives opératoires ; mais c'est aussi une affection à longue échéance. A voir ces grappes polykystiques, où n'existe plus, semble-t-il, aucune trace de parenchyme sécréteur, on s'étonne de ces survies prolongées, en équilibre instable, pour ainsi dire, et que la moindre atteinte suffit à rompre brusquement.

Les autres formes, les grands kystes isolés, séreux, hydatiques ou sanguins, sont d'un avenir moins sombre, et cela surtout, en présence des ressources de l'intervention chirurgicale.

XI

La rareté relative des grands kystes du rein, leur marche silencieuse, leurs analogies, quand ils sont très gros, avec les autres tumeurs kystiques de l'abdomen, expliquent les difficultés de leur diagnostic. Il est intéressant de rechercher combien de fois ce diagnostic a été posé, et quelles ont été les erreurs cliniques les plus fréquentes.

Sur les 21 cas de kystes hydatiques, traités, qu'il a recueillis, Bœckel remarque que le diagnostic n'a été fait que 4 fois, par Heussner, MM. Péan, Simon, et par lui-même, et encore n'a-t-il été fait qu'à titre de probabilité. Ce qui étonne, à première vue, c'est que l'hydronéphrose n'ait été confondue qu'une seule fois avec les kystes hydatiques des reins. Dans un fait curieux, présenté par M. le docteur Dumontpallier, à la Société médicale des hôpitaux, en mars 1874, un énorme kyste hydatique du rein gauche avait fait croire à une inversion générale des viscères : « Le cœur ne battait pas à gauche ; à droite, par contre, l'oreille retrouvait le maximum d'intensité des bruits. Il semblait donc y avoir déplacement du cœur. Pas de matité appréciable dans l'hypochondre droit, mais, à gauche, on trouvait une tumeur plus grosse que la tête d'un adulte, de consistance inégale, avec des parties dures et cartilagineuses et d'autres plus molles. La tumeur avait déterminé une voussure très marquée de la région lombaire et du flanc gauches. M. Dumontpallier crut que ce malade offrait un exemple d'inversion des organes, il admit aussi qu'un kyste hydatique considérable s'était développé dans le foie, situé à gauche. »

Nos 27 observations de kystes séreux nous fournissent, de leur côté, le relevé suivant : 8 fois, le diagnostic a été posé, soit d'emblée, soit plus souvent à la suite d'une ponction (Péan, Pye-Smith, Duplay, Frænkel, Béraud, Culling-

worth (1), Jowers (2), Lannelongue); 6 fois, l'on crut à un kyste de l'ovaire, 3 fois à un kyste du foie, ou encore à une affection maligne de l'épiploon (Walter), à un kyste hydatique de l'hypochondre gauche (Giraldès, Obs. de Rathery), à un abcès du foie [Obédénare] (3), à un épanchement enkysté du péritoine, d'abord, puis, après la ponction, comme il restait une masse solide, à un fongus hématode du rein (Hawkins), 6 fois le diagnostic ne fut pas posé; dans aucun cas, le kyste rénal ne fut confondu avec l'hydronéphrose. Quant au gros rein polykystique de l'adulte, une seule fois il fut reconnu pendant la vie : dans l'observation de M. Duguet, où tous les caractères distinctifs de la tumeur kystique purent être longuement analysés et interprétés; mais l'étude des autres faits démontre bien qu'une étude attentive permettrait sans doute plus souvent un diagnostic exact.

Il y a peu de fonds à faire sur les signes fonctionnels, le silence symptomatique étant presque la règle. Les douleurs lombaires, les hématuries répétées, les autres indices de l'insuffisance rénale ne peuvent servir qu'à attirer l'attention du côté des reins, sans fournir aucune donnée précise; il en est de même de la brusquerie des accidents, dans le gros rein polykystique, qui est chose commune dans les affections destructives des reins.

Il est surtout deux conditions où le diagnostic peut errer : 1° la tumeur rénale se dérobe à l'exploration, ou ne fournit que des données vagues et incomplètes; et le fait se présente assez souvent dans le rein polykystique, qu'il tienne à une insuffisance de l'exploration, ou à des difficultés spéciales, à l'épaisseur de la paroi, au météorisme, etc.; 2° dans les grands kytes, leur volume même devient une cause d'erreur; ils abandonnent leur lieu d'origine, ils s'étendent dans le reste de l'abdomen, et ils peuvent simuler ainsi les autres tumeurs fluctuantes.

Nous y avons insisté plus haut : une tumeur finement bosselée, semi-fluctuante, perçue à la palpation rénale, doit éveiller l'idée du gros rein polykystique; si elle est bilatérale, les probabilités se changent presque en certitude. Seules, les tumeurs malignes du rein, bosselées aussi, pourraient en imposer; mais leur consistance, leur surface moins finement mamelonnée, les hématuries, les douleurs, la cachexie bien plus accusées, seront les bases du diagnostic différentiel.

C'est surtout avec les kystes de l'ovaire, ou les kystes du foie, que la confusion a été faite, pour les grands kystes séreux. En 1869, dans un article de la *British and foreign medico chirurgical Review*, Spencer Wells posait les éléments du diagnostic différentiel des tumeurs du rein et de l'ovaire : la présence au-devant de la tumeur d'une bande sonore, ou d'un bourrelet épais, vertical, perceptible au palper : le colon — l'immobilité de la tumeur — son relief dans l'espace costo-iliaque, ou la matité étendue constatée dans la région lombaire : tels sont les caractères fondamentaux, sur lesquels nous nous sommes déjà appesanti. Mais ils peuvent tous manquer : le colon est déjeté en dedans ou en arrière, et M. Tillaux (4) signale ce fait que « le mésocolon droit étant, en général, plus développé que le gauche, une tumeur du rein droit peut rejeter de côté le colon ascendant, tandis qu'une tumeur du rein gauche reste beaucoup plus souvent en rapport avec le colon gauche ». Le signe le plus important des tumeurs rétro-péritonéales fait alors défaut. La ponction exploratrice est précieuse, nous allons y revenir. Il est de ces cas, où le diagnostic est réellement impraticable, et ne se fait qu'une fois le ventre ouvert. Et encore, même après l'ablation du kyste, Czerny ne put déterminer son origine précise; il se demande si la tumeur s'est développée dans les ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux, ou s'il s'agit d'un kyste du rein; la dernière hypothèse est de beaucoup la plus probable.

On trouve signalée dans quelques observations une zone de sonorité entre la partie culminante de la tumeur et le rebord inférieur du foie, ou encore la possibilité de plonger les doigts au-dessus d'elle et de la refouler par en bas; mais, en règle, la matité hépatique et la matité rénale se continuent sans ligne de démarcation. La tumeur du foie est mobile dans les mouvements respiratoires; c'est là un signe distinctif, mais on sait aujourd'hui que le kyste rénal peut le devenir aussi. Enfin, si, d'ordinaire, la tumeur du rein, développée dans l'un des flancs, descend plus bas et ne remonte pas aussi haut que le kyste hydatique du foie, il est aussi de ces tumeurs qui se développent tout entières par en haut, dans l'hypochondre ou l'épigastre. Siègent-elles à gauche, c'est aux tumeurs spléniques que l'on peut songer. Quant aux néoplasmes du mésentère ou de l'utérus, ils sont mobiles et médians [Augagneur (1) et Tillaux] : double caractère que peuvent affecter aussi certains kystes rénaux.

En somme, dans les cas douteux, et ils ne sont pas rares, c'est à la ponction exploratrice que l'on a recours. Est-elle innocente ? Fournit-elle des résultats précis ?

Il est presque inutile de dire que la présence ordinaire du colon au-devant de la tumeur impose des précautions spéciales, la recherche attentive de l'intestin, et le choix d'un point saillant, en dehors de lui. De plus, et Bœckel y insiste, on a vu quelquefois la ponction, surtout dans les kystes à échinocoques, les abcès, l'hydronéphrose, les kystes ovariques suppurés, c'est-à-dire dans tous les cas douteux, où elle est précisément de mise, provoquer des péritonites mortelles (2). Ce sont des faits très rares, en réalité; et il n'y a pas là, semble-t-il, de raisons suffisantes, pour se priver d'un moyen de diagnostic quelquefois indispensable.

Le liquide ainsi extrait sera-t-il susceptible de fournir des indications sur le siège de la tumeur ? Oui, s'il contient les principes de l'urine, et surtout l'urée, en quantité notable ; en effet, dans le liquide des kystes de l'ovaire, dans celui de l'ascite, l'urée peut se rencontrer, mais en proportion toujours minime. Même dans les kystes du rein, même alors que le parenchyme n'est pas totalement altéré, l'urée manque assez souvent; les matières extractives, l'acide urique, la créatinine auraient alors une certaine importance. Le liquide des kystes de l'ovaire est généralement trouble, brun jaunâtre ou verdâtre, il contient de l'épithélium cylindrique, celui des kystes du ligament large, clair et transparent, renferme de la paralbumine (Neisser).

C'est surtout au diagnostic des différentes variétés de kystes du rein que sert la ponction exploratrice. La présence des crochets, pour les kystes hydatiques; le liquide rouge foncé, épais, riche en cholestérine et en détritus san-

(1) Cullingworth. *Brit. Med. Journ.*, 1882, vol. II.

(2) J. Jowers. *The Lancet*, 5 janvier 1884.

(3) Obédénare. Société anatomique, 1865.

(4) Tillaux. *Traité de chirurgie clinique.*

(1) Augagneur. *Tumeurs du mésentère*, Thèse d'agrégation, 1886.

(2) P. Wagner. Loc. cit.

guins, pour le kyste hématique; le liquide albumineux du kyste séreux, se distinguent entre eux, et diffèrent aussi du liquide de l'hydronéphrose, plus riche en matières urinaires.

J'indique seulement un autre procédé de diagnostic, qui ne s'est pas acclimaté en France : le palper rectal par le procédé de Simon.

Une fois établi le diagnostic du siège, il reste encore à séparer le kyste rénal des autres tumeurs fluctuantes du rein, de l'hydronéphrose ou de la pyonéphrose, et aussi à reconnaître la variété du kyste en présence duquel on se trouve.

La forme du sac hydronéphrotique, plus allongé en bas sur l'uretère, et, au contraire, la masse plus arrondie du kyste proprement dit ne sauraient être regardés comme un signe de valeur. C'est à l'existence antérieure de coliques néphrétiques, à l'émission de graviers, aux caractères du liquide, etc., qu'il faudra surtout recourir. Ici se place encore un autre procédé diagnostique, le cathétérisme de l'uretère, introduit dans la technique chirurgicale par Pawlick, aujourd'hui professeur de gynécologie à la Faculté tchèque de Prague. Nous avons vu Pawlick pratiquer chez la femme le cathétérisme des uretères, et la simplicité réelle de l'opération ne permettrait pas de négliger, dans un cas difficile, ce précieux appoint à l'exploration extérieure.

Quant à la pyonéphrose, les choses se présentent tout autrement; la pyurie, les alternatives de tuméfaction et d'affaissement de la tumeur rénale, la libre perméabilité de l'uretère constituent autant de signes différentiels.

Il est inutile d'insister à nouveau sur la surface bosselée, fluctuante, et la bilatéralité du gros rein polykystique. Les complications sont d'un diagnostic facile : en présence d'un abcès périnéphrétique, il faut ranger désormais, au nombre de ses causes possibles, le gros rein polykystique ou le kyste suppuré.

Un complément nécessaire au diagnostic, c'est l'exploration de l'autre rein, et la notion, aussi exacte que possible, de son état et de son fonctionnement; la douleur rénale est un des premiers éléments de ce diagnostic, mais qui manque très souvent; c'est alors aux différents procédés qui permettent de recueillir l'urine de ce rein supposé sain, qu'il faut recourir; le cathétérisme de l'uretère, la compression de l'uretère, procédés pour lesquels nous renvoyons à l'excellente thèse de notre collègue et ami M. Hallé (1), et qui sont loin d'avoir fait leurs preuves.

XII

Le traitement chirurgical des kystes du rein s'est modifié sous les mêmes influences que celui des tumeurs malignes. En 1877, M. Chappuis, dans sa thèse (2), rapportait à trois méthodes les différents procédés d'intervention active : 1° l'ablation du rein, dont il ne trouvait encore que trois observations, celles de Meadow et de Campbell, pour les kystes séreux, et celle de Spiegelberg, pour un kyste hydatique ; 2° l'oblitération du kyste obtenue par la ponction simple ou par l'ouverture à l'air libre ; 3° la formation d'une fistule rénale. La néphrectomie ne sembla pas d'abord susceptible de brillants résultats. M. Quénu, dans une revue critique sur la néphrectomie, en 1882, analysait 7 cas où la néphrectomie avait été faite pour de grands kystes du rein : 5 morts et 2 guérisons ; 5 fois le diagnostic porté avait été celui de kyste de l'ovaire, 2 fois seulement, la néphrectomie avait été intentionnellement faite ; et M. Quénu ajoute que « les difficultés insurmontables du diagnostic différentiel et l'identité des accidents qu'ils occasionnent, autorisent, semble-t-il, à assimiler, au point de vue des indications opératoires, les grands kystes séreux ou séro-albumineux à l'hydronéphrose ». A son tour, dans un article du *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* (1886), Wagner insiste sur ce fait que « dans les kystes, l'hydronéphrose, la pyonéphrose, il ne faut faire la néphrectomie que dans les cas fort compliqués, et après avoir tenté d'autres moyens, en particulier, la néphrotomie ». Kœnig, dans son livre, M. Brodeur, dans sa thèse, enfin Bœckel, plus récemment, reprennent à leur tour et développent la question.

Il faut, avant tout, établir une démarcation tranchée entre les différentes variétés de kystes du rein.

L'intervention chirurgicale n'est nullement applicable au gros rein polykystique ; il y a plus, elle serait mortelle. Témoin l'observation de Bergmann : « La tumeur bosselée, mobile, est prise pour un rein flottant cancéreux ; on l'enlève par la néphrectomie, la malade meurt d'urémie le troisième jour : l'autre rein était, lui aussi, polykystique. » C'est précisément ce danger imminent qui rend si importante l'exploration de l'autre rein. Bœckel y insiste : « Ne sait-on pas, écrit-il, que la dégénérescence kystique congénitale (et elle l'est le plus souvent) porte généralement sur les deux reins. En raison de cette généralisation, le pronostic est d'une gravité extrême, et certes, dans les cas de ce genre, je me rallierais très franchement à l'opinion de M. Brodeur, qui condamne ici formellement la néphrectomie... Le peu de substance rénale que l'on conserve par la néphrotomie, suffira donc à l'uropoièse, tandis que les accidents les plus graves surviendront, après la néphrectomie, si le rein laissé en place est dégénéré comme c'est le cas le plus fréquent. »

C'est pour cela encore qu'il faut séparer nettement les kystes séreux et hématiques des kystes hydatiques. L'hydatide est un accident tout local ; le kyste séreux, qui résulte souvent d'un processus néphritique, s'accompagne fréquemment aussi d'altérations de même ordre du rein opposé ; les indications ne sauraient être identiques.

Bœckel, analysant 21 faits de kystes hydatiques traités, dont une observation personnelle, arrive aux résultats suivants :

A. Les méthodes sous-cutanées : électrolyse, ponction simple, ponction avec injection iodée, mises en pratique dans trois cas, se sont trois fois montrées impuissantes, la tumeur s'est constamment reproduite.

B. La méthode à ciel ouvert comprend : les ponctions répétées et le drainage (1 mort) ; le drainage par la méthode de Récamier (2 cas : 1 guérison, 1 mort) ; le procédé de Simon [ponction en deux points du kyste, à quelques jours d'intervalle, puis incision du pont intermédiaire] (5 cas : 2 guérisons, 3 morts) ; le procédé de Péan-Volkmann, c'est-à-dire la méthode employée par Volkmann pour les kystes hydatiques du foie, et dont M. Péan a fait, le premier, l'application à un kyste hydatique du rein (9 cas : 9 guérisons). Il semble que cette dernière méthode soit devenue la méthode de choix : d'emblée, on incise la paroi abdominale, on ponctionne le kyste, on excise un segment de sa paroi, et l'on suture ses bords aux lèvres cutanées : c'est l'opération

(1) Hallé. *Urétérites et pyélites*, Thèse de doctorat, 1887.

(2) Chappuis. *Du traitement chirurgical des tumeurs fluctuantes du rein*, 1877.

en un temps ; ou bien, l'on fait d'abord l'incision abdominale jusque sur la tumeur, et l'on bourre la plaie de gaze iodoformée, et, dans un deuxième temps, quand les adhérences se sont établies, la poche est incisée et drainée. L'incision a été transpéritonéale 1 fois, lombaire 2 fois, latérale ou parapéritonéale 3 fois ; dans trois faits, la néphrectomie a été l'opération de nécessité, au cours d'une laparotomie. En somme, les procédés à ciel ouvert ont donné, sur 17 cas, 12 guérisons et 5 morts, soit une mortalité de 29,4 p. 100. Il y a loin de ce chiffre à celui de 75 p. 100, qui représente encore la mortalité de la néphrectomie ; mais elle n'a été faite que 4 fois (Spiegelberg, mort en trois heures : Hinckeldeyn, mort en vingt-six heures ; Vogt, mort en quarante-huit heures) ; l'observation de Bœckel est le premier cas de guérison. Quand le rein est déplacé et mobile, que son parenchyme est fort altéré, la néphrectomie, entourée de toutes les précautions antiseptiques, lui semble appelée à un succès rapide.

A notre tour, nous allons chercher à classer les observations de kystes simples ou hématiques du rein, qui ont fait l'objet d'une intervention chirurgicale. Nous en avons recueilli vingt-six cas. Les procédés mis en usage ont été : la ponction simple, la ponction suivie d'injection iodée, la néphrotomie, la néphrectomie.

Sept observations relèvent de la ponction simple ; elles ont fourni 3 guérisons et 4 morts. Deux malades guérirent après une seule ponction aspiratrice (Duplay, Frænkel) ; le malade de M. Teissier fut sauvé d'un énorme kyste non hydatique du rein, suppuré et ouvert dans la vessie, par trois ponctions successives. Il faut rappeler ici l'observation si remarquable de M. le professeur Dieulafoy (1), qui guérit, après quarante-sept aspirations simples, une vaste poche hydronéphrétique suppurée. La mort fut causée par la septicémie, après suppuration du kyste (Pye-Smith), par l'urémie (Murchison, Hawkins), par une attaque apoplectiforme due à des thromboses veineuses cérébrales et à des suffusions sanguines dans les pédoncules cérébraux (Lannelongue).

La ponction suivie d'injection iodée a été désastreuse : trois fois, elle a été pratiquée et, dans les trois faits, les malades sont morts en treize jours, de péritonite (Bérard) ; en quinze jours, d'infection purulente (Maisonneuve) ; en quatorze jours, de septicémie (Béraud).

Si la ponction simple est encore applicable dans quelques cas déterminés, où le diagnostic reste obscur, et surtout à titre explorateur, la ponction avec injection iodée doit être, semble-t-il, totalement proscrite.

Deux fois seulement la néphrotomie fut pratiquée. Dans l'observation de Rathery, quatre ponctions successives ayant échoué, la poche kystique fut incisée et lavée à la solution de permanganate de potasse ; mais il survint des accidents subaigus de péritonite, qui emportèrent le petit malade. Le second fait est un succès, il est dû à M. Péan ; il s'agissait d'un kyste purulent du rein gauche, chez une femme de trente-sept ans, la néphrotomie lombaire fut faite, et rapidement suivie de guérison.

La néphrectomie a été pratiquée beaucoup plus fréquemment, quatorze fois, et cela, presque toujours à la suite d'une erreur de diagnostic ; deux fois seulement, le diagnostic de kyste du rein avait été posé, et l'intervention faite de propos délibéré (Cullingworth, Jowers). Dans le nombre, on trouve 7 morts et 9 guérisons, soit une mortalité de 50 p. 100. La terminaison fatale s'est faite, par péritonite [Ollier (1), Peaslee (2), Jowers], par infection purulente (Czerny), par choc, douze heures après l'opération (Cullingworth), par urémie (Meadow). La guérison fut lente, et se fit après suppuration, dans le cas de Keeling ; les autres guérisons furent rapides. Plusieurs fois, l'opération semble avoir été fort simple ; mais les adhérences, la difficulté de l'isolement du pédicule, sont signalées aussi : « De nombreuses adhérences durent être sectionnées, écrit M. Archer ; la tumeur apparut comme un kyste siégeant dans le rein droit, et, après ligature et non sans une hémorrhagie importante, elle fut enlevée. » Ailleurs (cas de Jowers), en déchirant les adhérences avec les doigts, il se produisit une rupture du kyste, et l'écoulement d'une matière floconneuse qui ressemblait à la fibrine d'une vieille hématocèle. Czerny, chez sa seconde malade, eut beaucoup de peine à isoler le pédicule en arrière, en haut, en dedans, adhérent à l'aorte ; il dut le lier en deux portions. Mais il faut dire que ces opérations laborieuses semblent l'exception.

Le chiffre de la mortalité et l'étude des observations permettent donc de réhabiliter la néphrectomie, jusqu'à un certain point, dans les kystes des reins. Mais il reste toujours un point inconnu ou douteux, l'état de l'autre rein ; aussi les indications de la néphrectomie seront-elles toujours bornées. La néphrotomie, par la méthode de Péan-Volkmann, qui donne de si brillants résultats dans les kystes hydatiques, doit être aussi, semble-t-il, la méthode de choix pour les kystes séreux. Nous ne saurions, du reste, mieux faire que de transcrire, en les étendant à cette seconde variété de kystes, les conclusions de Bœckel.

« Le traitement peut être formulé comme il suit :

A. Lorsque la tumeur fait saillie à la région lombaire, faire la néphrotomie lombaire (opération de Péan-Volkmann) ;

Dans le cas où elle siège dans l'hypochondre ou le flanc, choisir la néphrotomie latérale ou para-péritonéale.

Ces deux opérations (néphrotomie lombaire ou latérale) pourront ultérieurement, si le cas l'exige, être transformées en néphrectomie.

Ces deux méthodes trouvent leur indication, lorsque la tumeur est petite ou moyenne.

B. Lorsque le kyste est volumineux, qu'il fait saillie à l'abdomen, faire la néphrotomie antérieure ou la néphrotomie parapéritonéale.

Si le rein est déplacé ou compromis dans son fonctionnement, faire, séance tenante, soit la néphrectomie transpéritonéale de M. Le Dentu, soit la néphrectomie parapéritonéale de M. Trélat.

Dans les cas douteux enfin, faire la laparotomie, puis la ponction exploratrice ; agir ensuite suivant les circonstances : si la néphrectomie est jugée impraticable ou trop périlleuse, inciser largement le kyste, en exciser une portion, le cas échéant, et suturer les lèvres à la paroi abdominale. Si, au contraire, le kyste est peu ou point adhérent, si le rein est profondément altéré, si, de plus, il est — circonstance des plus favorables — mobile, faire la néphrectomie.

(1) Dieulafoy. *Gazette hebdomadaire*, 1877.

(1) Ollier. *Revue de chirurgie*, 1883, p. 898.

(2) Peaslee. Cité in Thèse de Brodeur, 1887.

Dans tous les cas, opérer de bonne heure, pour se placer dans les meilleures conditions de succès possibles.

Observer scrupuleusement les règles de l'antisepsie, quel que soit le procédé adopté.

A PROPOS DES INHUMATIONS PRÉCIPITÉES

Par M. le docteur E. Berchon,
Ancien médecin principal de première classe de la marine.

La leçon de M. Brouardel, insérée dans le numéro des 23 et 25 avril dernier, me remet en mémoire une observation des plus curieuses, que j'ai copiée, il y a déjà bien des années, dans un ouvrage intitulé : *Sur le danger des inhumations précipitées et sur la nécessité d'un règlement, pour mettre les citoyens à l'abri du malheur d'être enterrés vivants*, par Pineau, docteur en médecine, 1776. On voit que la question n'est pas nouvelle.

Voici le texte de l'observation :

« Un prisonnier anglais ayant été réputé mort à l'hôpital de Rochefort, il y a environ quinze ans, fut porté dans la salle de repos. Quelques heures après, M. Moine, élève en chirurgie, saigna cet homme à la jugulaire, dans la vue, apparemment, de s'instruire et de s'exercer à la pratique de la saignée. Le vaisseau ne fut pas plutôt ouvert que le sang en sortit impétueusement. Le soldat revint à lui, il se jeta comme un furieux sur ce jeune chirurgien, et il le serra si fortement entre ses bras, qu'il ne lui fut pas possible de s'en débarrasser.

M. Moine, effrayé, tomba par terre sans connaissance, et il entraîna, avec lui, le soldat qui, épuisé par la perte de son sang qui coulait continuellement, eut, lui-même, une syncope violente, à laquelle il aurait infailliblement succombé, sans les prompts secours qu'on lui donna et qui eurent tant d'efficacité, qu'il se rétablit parfaitement. Ceux qu'on administra au chirurgien le tirèrent aussi d'affaire.

Cette observation m'a été communiquée par M. Faure (d'Hermonville), contrôleur ambulant dans les domaines, et il la tient de M. Dumay le père, célèbre chirurgien de Rochefort et témoin oculaire. »

Je dois ajouter que l'ouvrage du docteur Pineau renferme trente-six observations, de même genre, recueillies, en grande partie, dans les anciens diocèses de Poitiers et de La Rochelle, et que sa publication avait provoqué des règlements tout spéciaux, de la part des évêques de Luçon et de Poitiers.

Ce qui prouverait que les Allemands, et particulièrement les Bavarois, n'ont encore rien inventé, sous ce rapport, par l'organisation de maisons d'attente où les personnes récemment décédées sont placées et surveillées jusqu'à l'apparition des signes certains de la mort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mai 1889. — Présidence de M. Nicaise.

COMMUNICATIONS

Opération de Wladimiroff-Mickulicz. — **M. OLLIER**, depuis quatre ans, cherche en vain l'occasion de pratiquer cette opération. Il n'a pu jusqu'ici trouver un seul cas où elle lui parût indiquée. Il a cependant pratiqué plus de quarante fois l'ablation du calcanéum, de l'astragale, de la partie postérieure du pied. Il ne comprend donc pas les indications de cette opération, qui ne lui paraît applicable qu'aux cas très rares de lésions organiques, sarcomes ou épithéliomes du talon. Il cite l'observation d'une malade à laquelle M. Vincent pratiqua l'ablation du calcanéum en 1882, et chez laquelle il dut lui-même, un an plus tard, faire l'ablation de l'astragale. Il s'agissait d'une tuberculose locale. Les accidents ayant continué après l'ablation du calcanéum, il dut, en 1883, enlever complètement l'astragale. M. Ollier a retrouvé cette malade récemment dans les Alpes, où elle fait maintenant 30 kilomètres à pied, sans chaussure spéciale ; elle va très bien et son pied est à peine déformé ; sa voûte plantaire est solide et résistante ; les mouvements du pied s'exécutent régulièrement. Voilà sept ans que cette malade a été opérée, et la guérison ne s'est pas démentie. M. Ollier pense qu'on abuse un peu des opérations conservatrices en matière de tuberculose osseuse. La première indication à remplir est d'enlever largement toutes les parties malades. C'est pourquoi l'opération de Wladimiroff-Mickulicz lui paraît trouver rarement ses indications.

Chirurgie antiseptique; suppression du drainage. — **M. BŒCKEL** (de Strasbourg) a complètement supprimé le drain dans les grandes opérations. Il donne la statistique de 33 opérations graves à la suite desquelles il a obtenu de parfaites guérisons sans avoir eu recours au drainage.

Il s'agit, dans ces cas, d'ablation de cancers du sein avec ganglions axillaires, de résections du genou, etc. Il supprime non seulement le drain, mais aussi les ligatures et même, autant que possible, les pinces hémostatiques. Il s'applique à ne faire qu'un seul pansement et a recours surtout à la compression et à l'élévation du membre opéré comme moyens hémostatiques. Sur ces 33 opérations, il n'a eu que 2 décès, l'un par méningite tuberculeuse, l'autre par pneumonie. Tous les autres opérés ont guéri en très peu de temps. Parmi ces opérées, il en est une à laquelle il a pratiqué un véritable évidement pour un abcès rebelle et étendu du sein (1). M. Bœckel propose, dans les ablations de cancer du sein avec ganglions sus-claviculaires, de réséquer la clavicule pour mieux assurer l'ablation de tous les ganglions. Il a suivi cette manière de faire et en a obtenu de bons résultats.

Les résultats satisfaisants qu'obtient M. Bœckel à la suite de ses opérations sont d'autant plus intéressants qu'il opère dans un milieu insalubre, dans de mauvaises conditions hygiéniques, dans des locaux insuffisants. Il s'applique à être aussi aseptique, aussi propre, mais en même temps aussi simple que possible. Il considère comme inutiles la plupart des appareils à désinfection, étuves ou autres ; il croit qu'on exagère beaucoup l'importance de l'antisepsie préparatoire. Il importe surtout d'être rigoureusement antiseptique dans le cours de l'opération. Il faut faire de fréquentes ablutions des mains avec de l'eau chaude, puis du sublimé. M. Bœckel ne se sert pas d'éponges. Il réunit ses plaies. Le drain est remplacé, dans les plaies anfractueuses, irrégulières, par des crayons d'iodoforme ainsi composés : iodoforme pulvérisé, gomme arabique, parties égales. Enfin, les pansements faits à l'iodoforme doivent être aussi rares que possible.

DISCUSSION

M. SEGOND félicite M. Bœckel des résultats qu'il obtient. Quant à la suppression des drains à laquelle tendent aujourd'hui beaucoup de chirurgiens, M. Segond ne partage pas complètement l'avis de M. Bœckel. Loin de considérer, avec lui, le drainage comme une erreur chirurgicale, il continue à le regarder comme une des plus belles conquêtes de la chirurgie. Toutefois, M. Segond accorde que, dans bien des cas, il peut et doit être supprimé avec avantages, et lui-même s'applique à traiter les plaies de telle façon qu'elles n'aient pas besoin d'être drainées ; mais de là à supprimer le drainage systématiquement, il y a loin. Il doit en être, à ce sujet, de la chirurgie courante comme de la chirurgie abdominale ; il y a des cas où il est de la plus haute importance de drainer, d'autres où cela devient tout à fait inutile. Ainsi M. Segond cite plusieurs opérations graves qu'il a menées à bonne fin sans drainage : des amputations de jambe, de cuisse, de sein, à la suite desquelles il a appliqué un seul pansement qu'il a laissé huit jours ; après ce laps de temps, ces opérés étaient complètement guéris. Il s'était surtout appliqué, dans ces cas, à ne rien laisser dans les plaies, à les affronter le mieux possible et à les bien comprimer. Comme M. Bœckel, M. Segond est donc par-

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 468.

tisan de la suppression du drainage dans beaucoup de cas. Mais il y a des circonstances dans lesquelles on s'expose à de cruels déboires si on ne draine pas; ces cas sont très variables. Pour supprimer le drain, il faut, pour ainsi dire, la perfection de la compressibilité de la région. Loin d'être une erreur, le drainage reste donc une ressource précieuse et indispensable dans bon nombre de cas.

M. OLLIER serait partisan de la suppression du drain dans les résections du genou; mais jusqu'ici il n'a pas osé l'adopter. Il est vrai qu'il pratique cette opération dans des cas plus avancés que ceux de M. Bœckel, et, dans ces cas quelque peu compliqués, il croirait imprudent de supprimer le drainage. Il emploie les drains résorbables qu'il laisse cinquante ou soixante jours avec le pansement sans y toucher. L'emploi de ces drains résorbables est donc un moyen terme, et il paraît à M. Ollier indispensable d'y recourir, surtout dans les cas où il y a des fusées extra-articulaires, de l'empâtement de voisinage, des abcès anciens, avec lésions graves et profondes. Dans ces cas, la suppression du drain lui paraît être une erreur. Au contraire, on peut le supprimer dans les cas traumatiques, dans les résections orthopédiques.

M. QUÉNU s'associe aux réserves de MM. Segond et Ollier relativement au drainage. Contrairement à M. Bœckel, il considère comme très importante l'antisepsie préparatoire ainsi que la stérilisation des instruments. Il lui paraît, en outre, impossible de ne pas se servir d'éponges; il faut seulement s'appliquer à les rendre aseptiques.

M. Quénu ajoute que l'évidement pour les abcès du sein, proposé par M. Bœckel, n'est pas une opération nouvelle. Quant à la résection de la clavicule dans les cas de cancers du sein avec ganglions sus-claviculaires, c'est une complication opératoire qui lui paraît être superflue, en ce sens que, quand il y a des ganglions sus et sous-claviculaires, il est tout à fait inutile d'opérer.

M. RECLUS tend à supprimer le drainage. Il a fait des amputations de cuisse, de jambe, de sein, des trépanations étendues, des cures radicales de hernies sans employer de drain, et a obtenu des résultats complètement satisfaisants; la réunion immédiate a été la règle dans ces cas. Dans un fait d'ablation de tumeur du sein, il a eu seulement un épanchement sanguin qu'il a ouvert et qui n'a entraîné aucune complication. Il s'est donc bien trouvé de la suppression des drains. Toutefois, il s'associe aux sages réserves de M. Segond. Pour supprimer le drain, il faut une compression très énergique souvent mal tolérée par les malades. Aussi, dans certains cas, y a-t-il avantage à mettre un tube pendant deux ou trois jours, comme le fait M. Lucas-Championnière. A la place du drain, M. Reclus applique souvent une pommade composée de vaseline, d'acide borique et d'antipyrine. Celle-ci a l'avantage de rendre les plaies absolument indolentes.

M. BERGER croit que la suppression du drain est l'idéal que doit poursuivre tout chirurgien. Il l'a supprimé dans certaines catégories d'opérations, mais il draine encore trop à son gré, à cause de la crainte de l'accumulation du sang ou de la sérosité dans les plaies. C'est ainsi que, s'il a supprimé le drain dans les cures radicales de hernies, il le conserve encore dans les cas de plaies anfractueuses, dans les résections du genou. Quel inconvénient, d'ailleurs, y a-t-il à drainer dans ces cas? Le drain n'empêche pas de laisser le même pansement quarante et cinquante jours, ainsi qu'il le fait dans les résections du genou. Jamais il ne trouve de suppuration au niveau du drain, et en trouverait-il qu'il se féliciterait de l'avoir laissé. En somme, le drain est, selon lui, un bien petit inconvénient qui met à l'abri de très gros inconvénients possibles.

M. MARC SÉE rappelle qu'il y a six ou sept ans qu'il a déjà montré cette tendance à la suppression du drainage. Déjà, à cette époque, il appliquait un fil sur le drain pour le retirer dès le second jour, sans avoir à défaire le pansement. Il cite plusieurs opérations graves qu'il a menées à bonne fin sans le secours du drain.

— La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie clinique (1), par M. P. Tillaux.

Pour ceux qui connaissent le *Traité d'anatomie topographique*, il n'est pas besoin de présenter le nouveau livre de M. Tillaux. C'est le même esprit qui a présidé à l'édification du *Traité de chirurgie clinique*. Même clarté, même jugement chirurgical. Le nouveau livre est frappé au même coin que l'ancien. Essentiellement pratique, il constitue pour le chirurgien un guide éclairé et méthodique dont les conseils sont mûris par la sagesse, la prudence du chirurgien expérimenté, alliées à la hardiesse légitime de l'opérateur habile.

On ne trouvera dans ce livre aucune description théorique, qui appartient au livre de pathologie pure. Mais l'auteur se place à chaque instant devant son malade et se met aux prises avec les difficultés de la pratique. C'est un livre de diagnostic, d'indications thérapeutiques et de traitement, c'est en un mot un livre de vraie clinique.

M. Tillaux a tenu à faire profiter le lecteur de sa grande expérience chirurgicale; à chaque maladie, il a décrit la méthode de choix, celle qu'il emploie dans sa pratique.

Dès la première page, on peut juger la nature du nouveau Traité; l'introduction du livre constitue, en effet, le guide parfait de l'examen d'un malade atteint d'une affection chirurgicale. Ce chapitre est complété par l'étude du pansement des plaies, de la manière d'arrêter les hémorrhagies et de pratiquer l'anesthésie.

Ces préliminaires étant posés, M. Tillaux entre dans l'étude des affections chirurgicales, et, adoptant le même ordre que dans son Traité d'anatomie topographique, il décrit successivement les maladies de huit sections distinctes : la tête, le rachis, le cou, le membre supérieur, la poitrine, l'abdomen, le bassin et le membre inférieur. Les trois premiers fascicules aujourd'hui parus s'arrêtent aux affections des organes génitaux de l'homme.

Il nous est difficile de suivre l'auteur dans ses différents chapitres et d'en donner une idée même succincte : une telle œuvre échappe à l'analyse. Nous ne pouvons que signaler l'intéressant chapitre ayant trait au traitement des traumatismes craniens et comprenant la discussion raisonnée et fort judicieuse des différentes indications et contre-indications du trépan. Nous recommanderons tout particulièrement, dans le chapitre consacré aux maladies de l'oreille, « la méthode à suivre dans l'examen des malades » ; les différents modes de traitement du bec-de-lièvre, le diagnostic et le traitement des tumeurs du cou. Le diagnostic si difficile des affections traumatiques du coude est clairement et méthodiquement exposé. Le praticien trouvera les conseils les meilleurs au sujet du diagnostic et du traitement des tumeurs de la mamelle. A cette époque de discussion passionnée sur le traitement des traumatismes de l'abdomen, il est bon de trouver, dans le livre de M. Tillaux, l'indication de la conduite qu'il convient habituellement de tenir, suivant les différents cas de blessures de l'abdomen.

Nous ne pouvons mieux faire que de conseiller la lecture attentive des pages consacrées à l'étranglement herniaire, à l'occlusion intestinale, à la cure radicale des hernies, au diagnostic si délicat, des tumeurs de l'abdomen.

L'étude des affections des voies urinaires chez l'homme et chez la femme termine la partie actuellement parue de l'œuvre de M. Tillaux.

Le lecteur arrivé au terme de ce livre verra qu'il est réellement conçu sur le plan que l'auteur s'était tracé et d'après les idées qu'il avait conçues; c'est un vrai livre de chirurgie clinique.

A. Ricard.

(1) Grand in-8°. T. I, 1er et 2e fascicule; t. II, 1er fascicule. Prix du fascicule : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date des 1er et 2 mai 1889, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les docteurs Rous et Gargam, anciens médecins de deuxième classe de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 2 mai 1889, a été nommé dans le corps de santé de la marine, à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe, M. Iman, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

— La troisième épreuve pour le Bureau central (chirurgie) aura lieu mardi prochain, à quatre heures, à la Charité.

— L'épreuve clinique pour le concours d'agrégation en chirurgie aura lieu mardi, à cinq heures, à la Charité.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ch. Labbé (de Paris) ; Ch. Rialan, médecin de la marine de première classe, vice-résident de première classe au Tonkin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Verneuil a répondu à ses contradicteurs et a soutenu, avec plus d'éloquence et plus d'énergie que jamais, ses idées sur les origines humaine, équine et tellurique du tétanos. Il n'est cependant pas arrivé à convaincre M. Goubaux, qui s'est joint à ses collègues de la section vétérinaire pour combattre la provenance équine et même la contagion du tétanos.

M. Chauvel a rapporté quatre observations intéressantes d'abcès du foie chez des soldats revenant du Tonkin ou d'Algérie et traités par l'incision, qui tend à devenir le traitement véritablement classique de cette redoutable affection.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Décret portant règlement d'administration publique déterminant les conditions applicables aux divers modes de sépulture.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'Intérieur,

Vu la loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles, notamment les articles 3 et 5, ainsi conçus :

« ART. 3. — Tout majeur ou mineur émancipé, en état de tester, peut régler les conditions de ses funérailles, notamment en ce qui concerne le caractère civil et religieux à leur donner et le mode de sa sépulture.

« Un règlement d'administration publique déterminera les conditions applicables aux divers modes de sépulture. Toute contravention aux dispositions de ce règlement sera punie des peines édictées par l'article 5 de la présente loi.

« ART. 5. — Sera punie des peines portées aux articles 199 et 200 du code pénal, sauf application de l'article 463 dudit code, toute personne qui aura donné aux funérailles un caractère contraire à la volonté du défunt ou à la décision judiciaire, lorsque l'acte constatant la volonté du défunt ou la décision du juge lui aura été dûment notifié; »

Vu le décret du 23 prairial an XII;

Vu le décret du 18 mai 1806;

Vu la loi du 5 avril 1884;

Le Conseil d'État entendu,

Décrète :

TITRE PREMIER. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

ARTICLE PREMIER. — L'officier de l'état civil peut, s'il y a urgence, notamment en cas de décès survenu à la suite d'une maladie contagieuse ou épidémique, ou en cas de décomposition rapide, prescrire, sur l'avis du médecin commis par lui, la mise en bière immédiate après la constatation officielle du décès; sans préjudice du droit d'ordonner la sépulture avant l'expiration du délai fixé par l'article 77 du code civil.

ART. 2. — Si le décès paraît résulter d'une maladie suspecte, dont la protection de la santé publique exige la vérification, le préfet peut, sur l'avis conforme écrit et motivé de deux docteurs en médecine, prescrire toutes les constatations nécessaires et même l'autopsie.

ART. 3. — Il ne peut être procédé aux opérations tendant à la conservation des cadavres par l'embaumement ou par tout autre moyen sans une autorisation du préfet de police dans le ressort de la préfecture et du maire partout ailleurs.

Pour obtenir cette autorisation, il y a lieu de produire : 1° une déclaration indiquant le mode et les substances que l'on se propose d'employer, ainsi que le lieu et l'heure de l'opération; 2° un certificat du médecin traitant affirmant que la mort est le résultat d'une cause naturelle.

La décision est prise sur le rapport d'un médecin assermenté commis pour vérifier le décès, et établi dans les formes prescrites par l'article 17.

ART. 4. — Sauf la translation à la chambre funéraire prévue à l'article suivant, le déplacement d'un cadavre ne peut s'effectuer s'il n'a été autorisé par le maire ou par le sous-préfet, selon que ce déplacement a lieu dans les limites de la commune ou de l'arrondissement; dans les autres cas, il doit être autorisé par le préfet du département où a eu lieu le décès.

L'introduction de corps en France, leur transport au lieu de sépulture sont autorisés par le ministre de l'Intérieur.

ART. 5. — Il peut être établi des chambres funéraires destinées à recevoir avant la sépulture les corps de personnes dont le décès n'a pas été causé par une maladie contagieuse.

Ces chambres funéraires sont créées, sur la demande du conseil municipal, par arrêté du préfet, qui ne peut statuer qu'après enquête *de commodo et incommodo* et avis du conseil d'hygiène.

Si une chambre funéraire présente des inconvénients graves, le préfet peut en ordonner la suppression, le conseil municipal entendu.

ART. 6. — L'admission des corps à la chambre funéraire ne peut avoir lieu que sur la production :

1° D'une demande écrite du chef de la famille ou de toute

autre personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles. Cette demande énoncera les nom, prénoms, âge, profession et domicile du décédé;

2° D'un certificat de décès dans lequel le médecin traitant doit constater que le décès n'a pas été causé par une maladie contagieuse.

A défaut de médecin traitant, l'admission à la chambre funéraire ne peut avoir lieu qu'en vertu d'une autorisation du maire ou du commissaire de police.

Dans les cas prévus par l'art. 81 du code civil, cette admission doit être autorisée par le procureur de la République.

Art. 7. — Le commissaire de police peut requérir l'admission à la chambre funéraire des corps de personnes étrangères à la commune qui décèdent sur la voie publique ou dans un lieu ouvert au public.

Art. 8. — Les corps sont transportés à la chambre funéraire dans des voitures spéciales ou des civières fermées.

Ils doivent avoir le visage découvert et les mains libres.

Art. 9. — La constatation officielle du décès peut être faite à la chambre funéraire.

Art. 10. — La sépulture dans le cimetière d'une commune est due : 1° aux personnes décédées sur son territoire, quel que soit leur domicile; 2° aux personnes domiciliées sur son territoire, alors même qu'elles seraient mortes dans une autre commune; 3° aux personnes non domiciliées dans la commune, mais y ayant droit à une sépulture de famille.

Art. 11. — A défaut de la famille, la commune est tenue de pourvoir à la sépulture des personnes décédées sur son territoire, sauf à réclamer contre qui de droit le remboursement de la dépense.

TITRE II. — Des inhumations.

Art. 12. — Les cercueils doivent être déposés dans les fosses et tranchées à une profondeur de 1m 50 au moins.

Art. 13. — Chaque fosse particulière doit avoir au minimum une largeur de 80 centimètres sur une longueur de 2 mètres. Pour l'inhumation des enfants en bas âge, les fosses peuvent être réduites à 1 mètre superficiel.

Les fosses doivent être distantes entre elles de 30 centimètres au moins.

Art. 14. — Les concessions, dans le cas où il n'y a point de caveaux de famille, ne peuvent recevoir plusieurs corps, que si cinq années au moins séparent chaque inhumation, ou si les corps ont été placés de manière que la profondeur réglementaire soit observée dans la dernière inhumation.

Art. 15. — Dans les inhumations en tranchée, les cercueils doivent être distants les uns des autres d'au moins 20 centimètres.

TITRE III. — De l'incinération.

Art. 16. — Aucun appareil crématoire ne peut être mis en usage sans une autorisation du préfet, accordé après avis du conseil d'hygiène.

Art. 17. — Toute incinération est faite sous la surveillance de l'autorité municipale. Elle doit être préalablement autorisée par l'officier de l'état civil du lieu du décès, qui ne peut donner cette autorisation que sur le vu des pièces suivantes :

1° Une demande écrite du membre de la famille ou de toute autre personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles ; cette demande indiquera le lieu où doit s'effectuer l'incinération ;

2° Un certificat du médecin traitant, affirmant que la mort est le résultat d'une cause naturelle ;

3° Le rapport d'un médecin assermenté commis par l'officier de l'état civil pour vérifier les causes du décès.

A défaut de certificat d'un médecin traitant, le médecin assermenté doit procéder à une enquête sommaire dont il consignera les résultats dans son rapport.

Dans aucun cas, l'autorisation ne peut être accordée que si le médecin assermenté certifie que la mort est due à une cause naturelle.

Art. 18. — Si l'incinération doit être faite dans une autre commune que celle où le décès a eu lieu, il doit en outre être justifié de l'autorisation de transporter le corps conformément à l'article 4.

Art. 19. — La réception du corps et son incinération sont constatées par un procès-verbal qui est transmis à l'autorité municipale.

Art. 20. — Les cendres ne peuvent être déposées, même à titre provisoire, que dans des lieux de sépulture régulièrement établis.

Toutefois, les dispositions des articles 12 à 15 ne sont pas applicables à ces dépôts.

Art. 21. — Les cendres ne peuvent être déplacées qu'en vertu d'une permission de l'autorité municipale.

Art. 22. — Toute contravention aux dispositions réglant les conditions des sépultures, et contenues dans les articles 3, 4, 8 § 2, 16, 17, 18, 20 et 21, est passible des peines prévues aux articles 3 et 5 de la loi du 15 novembre 1887.

Art. 23. — Sont abrogées toutes dispositions contraires au présent décret.

Art. 24. — Il sera pourvu, par un règlement ultérieur, au mode d'application, dans les colonies, de la loi du 15 novembre 1887.

Art. 25. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* et au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 27 avril 1889.

Carnot.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Intérieur,

Constans.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Angiome récidivant. — II. Fracture de la mâchoire inférieure, alcoolisme, infection purulente, mort.

Avant de procéder aux opérations que nous allons pratiquer tout à l'heure, je tiens à vous dire quelques mots de deux malades, dont l'un a succombé ces jours derniers et dont l'autre a été opéré la semaine dernière.

I. Ce dernier est le malade couché au n° 1 de notre salle des hommes que, me basant sur le diagnostic qui avait été émis, il y a cinq mois, par le chirurgien qui l'avait opéré pour la première fois à cette époque, j'avais considéré comme atteint d'une récidive d'un épithéliome. Or, ce n'était nullement à une affection de cette nature que sa tumeur appartenait, ainsi que nous avons pu le constater pendant le cours de l'opération.

En effet, j'avais disséqué sa tumeur avec le thermocautère sans qu'elle donnât une goutte de sang, lorsqu'en coupant le pédicule, nous fûmes inondés par une hémorrhagie considérable, que nous parvînmes à arrêter avec les plus grandes difficultés et seulement à l'aide du perchlorure de fer et de la compression. Nous vîmes, alors, que nous avions affaire à un angiome, c'est-à-dire à une tumeur formée par un réseau de vaisseaux nombreux, augmentés de volume et entrelacés.

Quatre jours après cette opération, avant-hier, une nouvelle hémorrhagie s'est produite ; elle a pu être arrêtée beaucoup plus facilement, et j'espère qu'aujourd'hui elle ne se reproduira plus, que le caillot sera assez résistant pour obtenir une oblitération complète et définitive.

II. Le second malade, qu'on amena dans les premiers jours du mois dernier, à moitié ivre dans une rixe,

avait eu la mâchoire inférieure fracturée. La fracture s'était produite au lieu d'élection, c'est-à-dire au point même où le nerf dentaire se dégage et prend le nom de nerf mentonnier. Là, en effet, l'os est plus faible qu'en tout autre point, en raison même de l'existence du canal dentaire et aussi parce que c'est à ce niveau que le bord marginal se rapproche le plus du bord alvéolaire, d'où une épaisseur moindre du maxillaire. C'est donc là que, 18 fois sur 20 au moins, se produisent les fractures de la mâchoire.

Ici la fracture avait eu lieu à droite. Elle était verticale et paraissait simple, du moins en ce sens qu'il ne paraissait y avoir aucune esquille, et les deux fragments de la mâchoire se maintenaient assez bien au contact, au moment de l'arrivée du malade.

Mais, dès la première nuit qui suivit son entrée à l'hôpital, cet homme fut pris de delirium tremens, lequel était encore plus accentué le lendemain matin. En examinant sa fracture, je constatai à l'intérieur de la bouche un suintement sanguinolent, se produisant à travers une petite déchirure du périoste. Or, c'est là un point essentiel et des plus graves dans ces sortes de fractures, car il constitue une fracture compliquée, dont le foyer va se trouver continuellement en contact avec l'air extérieur et la salive qui, comme vous le savez, renferme toujours de nombreux microbes.

Il n'y avait pas de déplacement des fragments et je pus me borner à appliquer une fronde, afin de les maintenir au contact aussi parfaitement que possible, m'empressant, d'autre part, de combattre par un traitement *ad hoc* le delirium tremens, c'est-à-dire par le vin additionné de 1 gramme de laudanum par litre. Le lendemain, le délire ayant encore augmenté, je portai la dose du laudanum à 2 grammes et j'ajoutai au traitement la potion de Todd. Ces doses amènent généralement une détente rapide, une atténuation considérable du délire, sinon même sa cessation complète. Ici il n'en a rien été, et ce n'est qu'au bout de huit jours que le délire a disparu.

C'est alors seulement que j'ai pu m'occuper réellement de la fracture du maxillaire, mais déjà les fragments s'étaient désunis, la déchirure du périoste avait augmenté, le fragment postérieur de la mâchoire avait été entraîné en haut et en arrière, tandis que l'autre fragment était tiraillé en bas par les muscles. Bref, il y avait désunion; je dus remettre les parties au contact et je cherchai à les maintenir à l'aide d'un fil d'argent passé entre les dents les plus rapprochées de ces deux fragments, ligature que je serrai davantage le lendemain matin, de façon à obtenir leur immobilité presque absolue.

Malheureusement, quelques jours plus tard, je constatai à la visite du matin, sur le bord marginal de l'os, à la partie inférieure de la fracture, une saillie, une petite tuméfaction, de laquelle par la pression je fis sortir un flot de pus. Il existait donc à ce niveau un foyer purulent et les extrémités fracturées se trouvaient en pleine suppuration. De là, nos craintes — elles n'ont été que trop justifiées — de voir survenir des accidents redoutables, car, dès ce jour, le malade avalait du pus avec ses aliments et sa salive. C'était là, comme toujours en pareil cas, un danger des plus graves. Je songeai à faire une incision sur le bord marginal et à placer un drain dans la bouche de façon à faciliter l'écoulement du pus en dehors, mais j'hésitai pendant plusieurs jours à faire une nouvelle plaie, en raison de l'état alcoolique du blessé, lorsqu'un matin j'aperçus la formation à la partie externe de la jambe droite, d'une vaste ecchymose, large comme la main. Nous étions au seizième ou dix-septième jour de la fracture. Le lendemain, sous cette ecchymose, je constatai une fluctuation très manifeste et fis alors une large incision qui donna issue à une quantité considérable de pus sanguinolent. L'infection était commencée.

Quelques jours plus tard, le malade se plaignait d'un point de côté à droite, l'examen de la poitrine nous révélait à ce niveau une matité très prononcée et du souffle. Je fis appliquer un vésicatoire et continuer la potion de Todd. Néanmoins l'infection purulente continuait ses progrès et bientôt le pus trouvé dans le crachoir du malade nous montrait qu'il avait une vomique. Enfin, malgré tous nos efforts et la continuation du traitement par l'alcool et les antiseptiques, cet homme succombait.

Il est mort il y a six jours. L'autopsie en a été faite avec le plus grand soin, car il y avait là plusieurs points importants à constater. En voici, du reste, les résultats.

La fracture du maxillaire inférieur est bien située à droite et au niveau que je vous ai indiqué en commençant. Elle est verticale. Donc, de ce côté rien de nouveau à vous apprendre et je n'insiste pas. Mais la fracture n'était pas aussi simple, en tant que fracture, que je l'avais pensé, et il était difficile de penser autrement; il existait deux petites esquilles, deux petits fragments osseux; leur existence nous montre quelle violence a dû présider à la fracture. C'est au siège même de la fracture, bien entendu, que se trouve le foyer purulent qui, par une simple pression, a donné lieu, quelques jours après l'arrivée du malade, à un flot de pus, ainsi que je vous l'ai dit tout à l'heure.

Mais là ne se bornaient pas les lésions, puisqu'il y avait eu infection purulente, et il était intéressant d'examiner les viscères sous ce rapport.

Alors que j'étais interne dans le service de Velpeau, j'ai présenté, à la Société de chirurgie, un mémoire sur certaines lésions que j'avais trouvées, dans des cas d'infection purulente, dans le tube intestinal, lesquelles étaient caractérisées par des plaques de Peyer ulcérées, comme chez les malades atteints de fièvre typhoïde. Plusieurs fois, j'ai eu l'occasion de constater le fait, aussi m'a-t-il paru intéressant de rechercher si, chez notre blessé, nous ne trouverions pas encore une fois les mêmes lésions. L'intestin a donc été fendu avec soin dans toute sa longueur, mais quelles qu'aient été nos recherches, nous n'avons rien trouvé d'autre qu'une rougeur assez intense de la muqueuse, sans aucune plaque, ni ulcération.

D'autre part, nous n'avons rien trouvé non plus dans l'estomac, ni dans la rate, ni dans les reins, ni dans l'organe hépatique.

Par contre, il n'en a pas été de même du côté des voies respiratoires. En effet, du sommet à la base du poumon droit, nous avons constaté l'existence d'une pneumonie particulière, caractérisée par la formation de milliers de petits abcès, on les voit très nettement saillir sur la coupe que j'en fais ici devant vous, lesquels constituent de petits noyaux assez semblables à des noyaux tuberculeux.

Dans le poumon gauche, malade aussi, mais d'autre façon, ce n'est pas la même chose; ici nous trouvons çà et là des noyaux déprimés à la surface. Ce sont des abcès métastatiques, abcès isolés, multiples, sans aucune zone d'inflammation à l'entour, ce sont des noyaux purulents mais sans pneumonie périphérique. C'est là un fait très curieux que je tiens à vous signaler. Il semble que ce soit

là des infarctus résultant de l'infection purulente : le pus introduit dans l'estomac par son mélange, dans la cavité buccale, à la salive et aux aliments, s'y trouve résorbé et de là introduit dans le torrent circulatoire d'où il se dépose dans les poumons et y détermine l'infection purulente spéciale caractérisée par les lésions que je viens de décrire. J'ajoute aussi que le pus de la jambe, auquel j'ai donné issue par une large incision quelques jours avant la mort du malade, était entièrement semblable à celui des poumons.

Bref et c'est par là que je conclus, les fractures de la mâchoire inférieure, qui se compliquent à un moment donné de la formation d'un foyer de suppuration, dont le pus se mélange incessamment avec la salive et les aliments, sont généralement suivies d'infection purulente. C'est ce qui s'est passé chez notre malade et d'autant plus rapidement que cet homme était un alcoolique. Aurions-nous pu éviter cette complication? Peut-être, si cet homme n'avait pas été en proie au délire, car, dès son arrivée à l'hôpital, j'aurais pu agir de façon à maintenir immobiles les deux fragments de la fracture parfaitement rapprochés de façon à empêcher que la déchirure du périoste s'accentuât et par suite que le foyer de la fracture fût exposé à l'air, à l'action des liquides septiques de la bouche; enfin, à obtenir la désinfection du foyer, quoique, dans la cavité buccale, la chose soit toujours très difficile.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mai 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

LECTURE

Traitement des abcès du foie. — M. CHAUVEL a eu l'occasion d'observer, dans les hôpitaux militaires, quatre abcès du foie. Ces abcès s'étaient développés chez des soldats évacués du Tonkin ou d'Algérie dans un état d'anémie profonde consécutive à la dysentérie. L'air natal avait tout d'abord amélioré leur état; mais bientôt apparurent tous les signes d'un abcès du foie, dont la présence était vérifiée au moyen d'une ponction exploratrice.

L'incision, faite au bistouri, ne présenta pas de difficultés sérieuses; elle correspondait au siège du gonflement, au point de ponction du trocart.

Voici les conclusions que tire M. Chauvel des observations de ces quatre malades :

1° L'ouverture immédiate, directe, au bistouri, des abcès du foie, ne présente pas de dangers au point de vue de la péritonite, si elle est pratiquée antiseptiquement;

2° L'ouverture doit être large, conduite directement dans le foyer. En raison du relèvement du foie après l'évacuation du liquide, il est bon de la faire aussi haute que possible; si elle se rétrécit par le rapprochement des côtes, la résection de celles-ci peut être indiquée;

3° Il est inutile et peut être dangereux de suturer le foie à la plaie pariétale;

4° L'ouverture large doit être faite hâtivement, et des ponctions exploratrices sont nettement indiquées, sitôt qu'on soupçonne du pus;

5° Il est presque toujours impossible de reconnaître l'existence de foyers multiples assez sûrement pour rejeter l'intervention en présence d'une tumeur accessible. Dans ces conditions fâcheuses, l'incision large du foyer principal fait disparaître une des sources de la fièvre, elle favorise l'ouverture des foyers secondaires dans la cavité devenue vide, et si elle n'arrête pas la marche de l'affection, elle n'exerce sur son cours aucune influence nuisible;

6° Les abcès du lobe gauche paraissent plus graves, ce qui peut s'expliquer par la possibilité d'une péricardite par propagation, et par la probabilité d'autres collections dans le volumineux lobe droit.

DISCUSSION SUR LE TÉTANOS

M. VERNEUIL répond aux observations que lui ont faites dans la dernière séance MM. Nocard, Leblanc et Trasbot. Il fait d'abord remarquer que, s'il a trouvé des contradicteurs parmi les vétérinaires, il n'a reçu aucune protestation de la part des médecins. M. Nocard n'a pas avec lui une divergence absolue d'opinion; comme lui, en effet, il considère comme absolument démontrées: la nature spécifique, virulente et infectieuse du tétanos; sa transmissibilité de l'homme aux animaux et des animaux entre eux par inoculation; il n'a qu'une cause réelle, le virus tétanique, sans lequel les causes prédisposantes ne peuvent rien. M. Nocard admet, comme agent de transmission, la terre cultivée, et les animaux, surtout le cheval. Mais il n'admet pas que le cheval bien portant puisse servir d'intermédiaire entre l'animal et l'homme : il admet, comme agent de transmission, le cheval tétanisé, et non pas le cheval tétanique.

Or, M. Verneuil n'a jamais dit qu'un cheval, en tant que cheval, puisse recéler le virus tétanique; si un cheval est tétanisé ou tétanifère, c'est qu'il l'a reçu d'un autre cheval ou de la terre, ou de tout objet préalablement infecté. Le cheval tétanifère n'est pas un cheval malade, mais c'est un cheval malsain. M. Nocard demande des expériences, mais jusque-là il faut se contenter des faits d'observation. M. Nocard n'admet pas la contagion tellurique, mais une foule d'observations ne peuvent être expliquées de cette façon. Que M. Nocard attende donc des expériences nouvelles, mais en pratique, adopter les conclusions de M. Verneuil n'a aucun inconvénient, tandis que les rejeter peut faire négliger des mesures utiles de prophylaxie.

M. Verneuil a l'espoir, dans l'avenir, de convaincre M. Nocard, mais il n'a pas celui de convertir M. Leblanc, car il y a entre eux de trop grandes divergences d'opinion.

M. Leblanc a mal lu, ou mal compris, ce qu'a dit M. Verneuil, et il lui prête des opinions trop absolues. De plus, il fait un certain nombre d'erreurs, en niant presque absolument la contagion tétanique, en rejetant le microbe du tétanos, et en soutenant l'inefficacité du traitement antiseptique.

M. Verneuil répond aux objections de MM. Lagneau et Trasbot. C'est moins, dit-il, sur l'origine du tétanos que nous discutons, car nous l'ignorons, mais sur sa provenance. Il montre ensuite par de nombreux faits, en réponse à M. Lagneau, que, quelle que soit la profession que l'on exerce, on peut avoir le tétanos, et le tétanos d'origine équine.

M. GOUBAUX dit que M. Verneuil reconnaît au tétanos une origine soit équine, soit tellurique, soit humaine. Il croit, quant à lui, qu'il faut admettre d'autres causes. Il a fait de nombreuses autopsies de chevaux tétaniques, et on sait qu'il est difficile de ne pas se blesser quand on enlève la moelle; or, il n'a jamais eu le tétanos. Il a relevé les causes des décès des élèves des écoles vétérinaires, de 1763 jusqu'à nos jours; il n'a trouvé qu'une seule mort par tétanos, et cependant ces élèves sont souvent placés dans des conditions favorables à la contagion. Il n'a jamais vu un cas de contagion de tétanos de cheval à cheval dans des écuries, alors que, cependant, chaque animal mort tétanique était remplacé immédiatement dans son boxe par un autre cheval.

La plupart des chevaux tétaniques qu'il a observés avaient une plaie aux pieds, mais il en a vu beaucoup qui n'avaient aucune blessure, ce qui semble indiquer que le tétanos peut se développer sans qu'il y ait eu de porte d'entrée pour un germe quelconque. Il connaît, par contre, un fait où l'on peut incriminer à juste titre une cause atmosphérique, l'insolation, comme cause du tétanos.

Les béliers qu'on châtre par le procédé du fouettage, c'est-à-dire en faisant autour du cordon un double nœud avec un fouet, se relèvent souvent du lit de paille où on les a placés avec un trismus qui est le premier stade d'un tétanos mortel. Il ne pense pas qu'il soit possible d'invoquer, dans ces cas, l'origine tellu-

rique ou équino-humaine. 33 béliers qui avaient été châtrés à la ferme de Vincennes par le procédé du fouettage, c'est-à-dire sans faire de plaie, étaient morts de tétanos; 28 autres, opérés par M. Goubaux, de la même façon, avaient bien guéri. Or, la seule différence à relever dans les deux séries d'opérations, c'est que, pour faire son opération, M. Goubaux avait choisi un beau temps. Il n'avait pas voulu opérer une première fois parce qu'il y avait un vent froid et beaucoup d'électricité dans l'air.

Ainsi le tétanos peut se développer sans qu'il y ait de plaie.

M. Goubaux a, parmi ses observations, celle d'un homme mort de tétanos, à la suite d'une blessure au pied, faite avec sa fourche, et celle d'un élève de l'École polytechnique devenu tétanique après une plaie du pied faite avec un clou.

Dans ces cas, le tétanos est survenu, parce qu'il s'agissait de plaies de parties extrêmement sensibles, et il ne croit pas qu'on puisse lui reconnaître une origine équino-tellurique.

Comment encore retrouver cette origine dans le fait suivant? Un maréchal met à nu, chez un cheval atteint de fluxion de l'œil gauche, le nerf dentaire et y introduit un morceau de gingembre. L'animal meurt de tétanos.

Il n'est donc pas possible à M. Goubaux d'admettre les conclusions de M. Verneuil, il rejette l'origine équino-tellurique du tétanos, et accepte tout ce qu'a dit M. Leblanc.

M. Verneuil a réfuté ce qu'avait dit M. Leblanc, M. Goubaux ayant soutenu la même thèse, il n'a pas à y revenir. Il ajoutera cependant qu'il a le droit de porter, à l'actif de la thèse qu'il soutient, quelques observations de M. Goubaux.

COMITÉ SECRET

L'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport de M. Gariel sur les candidats au titre de correspondant national (4e division).

La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : en première ligne : M. Balland, pharmacien militaire; en deuxième ligne : M. Haller (de Nancy); en troisième ligne : M. Soubeiran (de Montpellier); en quatrième ligne *ex æquo* : MM. Fleury, Lacour, Eymard, pharmaciens militaires, et Merget (de Bordeaux).

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

184. M. Bottard. Les poissons venimeux, contribution à l'hygiène navale. — 185. Mlle Pierre. De l'impaludisme; diathèse. — 186. M. Lejeune. Des expectorations fétides. — 187. M. Mondon. Étude sur quelques faits relatifs à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. — 188. M. Gaud. De l'aération et de la sédentarité dans les lycées d'internes de Paris. — 189. M. Oilav. Étude sur la bronchite liée à l'herpétisme. — 190. M. Larrieu. Gui Patin, sa vie, son œuvre, sa thérapeutique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements). — Épreuve orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.

M. Turgard : « De la mort subite pendant l'accouchement et les suites de couches. » — M. Rivière : « Transmission des maladies de la mère au fœtus. »

M. Bar : « Des malformations de l'utérus étudiées pendant la grossesse et l'accouchement. » — M. Chambrelent : « Pathogénie des affections puerpérales fébriles. »

Les épreuves cliniques de la section de chirurgie ont commencé mardi soir, à l'Hôtel-Dieu, à cinq heures, et se continueront mercredi à la Charité, jeudi à la Pitié et vendredi à l'hôpital Necker.

— *Concours du Bureau central (médecine).* — Sont déclarés admissibles à la troisième épreuve du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central :

MM. Dreyfous, Petit, Richardière, Marfan, Robert, Variot, Galliard, Duplaix, Giraudeau et Lermoyez.

La première séance des épreuves définitives a eu lieu aujourd'hui mercredi 8 mai, à cinq heures, à l'hôpital de la Charité.

— L'ouverture du concours pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central, qui devait avoir lieu mardi 7 mai, est remise au samedi 11 mai, à midi. Le jury du concours est définitivement constitué de la façon suivante : MM. Porak, Pinard, Maygrier, de Saint-Germain, Guéniot, Kirmisson et Féréol.

— Par décret, en date du 2 mai 1889, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Lortat-Jacob, médecin principal de première classe en retraite.

Au grade de chevalier. — M. Isaac, ancien médecin militaire.

— Par décret, en date du 3 mai 1889, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Duplouy, directeur du service de santé de la marine à Rochefort.

Au grade d'officier. — MM. Friocourt, Dupont et Guès, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. Bertrand, médecin principal de la marine; Griès, Hercouet, Grisolle, Hénaff, Galibert, Canolle, Bohéas, Baril, Quédec, Raffaelli, médecins de première classe de la marine.

— Par décret, en date du 4 mai 1889, M. le docteur Moizard, médecin en chef de l'Exposition, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 4 mai 1889, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — MM. les docteurs Gaujot, directeur du Val-de-Grâce, et Frillez, directeur du service de santé du 16e corps d'armée.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Delahousse, Boisseau et Debaussaux, médecins principaux de première classe; Weber et Willigens, médecins-majors de première classe.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Tibal, Baillif, Ocana, Michaud, Robert, Sauveroche, Loewel, Audet, Strauss, Doutre, Dantin, médecins-majors de première classe; Rouire, Courtot, médecins-majors de deuxième classe; Villedary et L'Héritier de Chezelle, médecins aides-majors de première classe; Viguier, à Saint-Antonin, et Paulus, à Josselin.

— Par décret, en date du 4 mai 1889, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, les médecins de l'armée territoriale dont les noms suivent :

Au grade d'officier. — M. Bouchard, médecin-major de première classe.

Au grade de chevalier. — M. Clos, médecin-major de première classe, et M. Treille, médecin-major de deuxième classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 mai 1889, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Brassac, médecin en chef de la marine; Canonge, colonel du 139e de ligne; Donadieu, à Paris; Dujardin-Beaumetz, médecin-inspecteur; Hoffmann, à Paris; Lux, médecin-major de première classe; Millon, à Marseille; Omouton, à Yvetot; Perrin et Philbert, à Paris; Quelet, à Hérimoncourt; Séailles, à Paris; Seure, à Saint-Germain-en-Laye; Villard, à Guéret; Boisson, à Besançon; Lanelongue, à Bordeaux; Olivier, à Rouen; Richer, à Amiens; Bondet, à Lyon; Legludic, à Angers; Huet, à Paris; Netter, à Nancy; Carof, à Brest; Caviole, à Cahors.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bastion, à Lannion; Bataille, à Saint-Gervais; Bérenguier, à Rabastens; Boitard, à

Boynes; Cancalon, à Charenton; Cassius, à Layrac; Colliac, à Penne; de Crésantigues, à Paris; Crivelli; Czernicki, médecin-principal à Mascara; Dautel, à Paris; Delamarre, à Séez; Doit, à Paris; Duchâteau, à Brest; Dupré, médecin-major au 122e d'infanterie; Gagey, à Pouilly-en-Auxois; Galup, à Tonneins; Gérard, à Moncornet; Goupil des Pallières, à Sens; Guérin, à Blois; Guernier, à Balleroy; Jacquemart, à Paris; Jomard, à Beaujeu, Jouenne, médecin de la marine; Kopff, médecin-major à Paris; Lavit, à Cessenoy; Lecerf, à Valenciennes; Lecler, à Rouillac; Magalon, à la Bouille; Magnant, à Paris; Marc, médecin de première classe de la marine, à Pékin; Noël, à Machault; Pachot, à Vincennes; Plateau, à Paris; Silhol, à Bourg-Saint-Andéol; Stœber, à Nancy; Suberbie, à Paris; Subert, à Nevers; Tailhade, à Castelnau; Montratier; Tournet-Desplantes, à Nogent-le-Rotrou; Veil, à Paris; Veyrat, à Chambéry; Weill, à Paris; Bouchut (F.), à Paris; Thomas, à Randan; Sézary, à Alger; Boursier et Arnozan, à Bordeaux; Pihier, à Caen; Gallois, à Grenoble; Lemoine, à Lille; Poncet, à Lyon; Mairet et Granel, à Montpellier; Bagnérès et Thouvenin, à Nancy; Raymondaud, à Limoges; Blin, à Rennes; Leduc, à Nantes; Lamic, à Toulouse; Bréjeon et Liénard, à Paris.

MM. Lemaire, secrétaire de la Faculté demédecine de Bordeaux; Dupuy, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris; Petitjean, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy.

— Par décret, en date du 2 mai 1889, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Gaubert, en remplacement de M. Louis, retraité; maintenu au 26e d'infanterie; — Longuet, en remplacement de M. Accolas, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu à son poste de membre de la section technique du service de santé au ministère de la Guerre; — Schrapff, en remplacement de M. Bienvenue, mis en non-activité; maintenu à l'hôpital d'Amélie-les-Bains.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Gruet, en remplacement de M. Butel, démissionnaire; désigné pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie; — Petit, en remplacement de M. Gaubert, promu; désigné pour le 134e d'infanterie; — Meunier, en remplacement de M. Longuet, promu; désigné pour le 8e d'infanterie; — Boussavit, en remplacement de M. Schrapff, promu; désigné pour le 54e d'infanterie.

— Par décret, en date du 2 mai 1889, ont été promus dans le corps de santé militaire, pour prendre rang du 5 mai 1889, et ont reçu par décision du même jour les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Duponchel, maintenu à son poste de professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Raynal, en remplacement de M. Duponchel, promu; désigné pour le 119e d'infanterie; — Carlier, désigné pour le 19e d'infanterie; — Rostan, désigné pour le 89e d'infanterie; — Le Tagnez, maintenu au 74e d'infanterie; — Basin, maintenu au 52e d'infanterie; — Salebert, désigné pour le 101e d'infanterie; — Boucher, maintenu au 54e d'infanterie; — Debrie, maintenu dans son emploi de surveillant à l'École de médecine militaire de Lyon; — Tayac, désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger.

— Par décision ministérielle, en date du 2 mai 1889, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Amat, pour le 36e d'infanterie; — Sacreste, pour les hôpitaux de la division d'Alger; — Guégan, pour le 2e zouaves; — Durand, pour le bataillon du 56e d'infanterie détaché à Langres.

MM. les médecins aides-majors de première classe Pesme, pour l'École de Montreuil-sur-Mer; — Pascaud, pour le régiment de sapeurs-pompiers de Paris; — Darbouet, pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Delporte, pour le 1er régiment du génie.

— Par décision ministérielle, en date du 2 mai 1889, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins aides-majors de première classe Malgat, pour le 159e d'infanterie; Lajoue, pour le 12e cuirassiers; Colle, pour le 2e chasseurs d'Afrique.

— Par décision ministérielle, en date du 26 avril 1889, M. Richard, médecin-major de première classe, a été inscrit à la suite du tableau d'avancement de 1888, pour le grade de médecin principal de deuxième classe.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours pour une place d'aide d'anatomie vient de se terminer par la nomination de M. Adenot, interne des hôpitaux.

— M. Marie est chargé du service de M. Hutinel, à la Pitié, pour six mois.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Octave Foucher (de Saint-Mandé).

— M. le professeur Ball reprendra le cours de clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 12 mai à dix heures du matin, et le continuera les dimanches et jeudis suivants, à la même heure.

M. le docteur Rouillard, chef de clinique, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, fera des conférences cliniques les mercredis à quatre heures de l'après-midi.

— M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons sur les maladies des femmes, le lundi 13 mai, à sa clinique, rue de Savoie, 9, à une heure et demie, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — A partir du jeudi 9 mai 1889, des conférences pratiques de physique végétale auront lieu tous les jeudis, à quatre heures, au laboratoire de physique végétale, 45 *bis*, rue de Buffon.

— M. A. Faguet commencera le cours de dessin appliqué à l'étude des plantes, le mardi 14 mai à trois heures, dans la salle des cours de dessin (porte d'Austerlitz), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation, le dimanche 12 mai 1889, sur les bords de la Marne et du canal latéral. — Rendez-vous au pont de Charenton, à midi. On sera de retour à Paris, de cinq heures à six heures. — Le meilleur moyen de transport, au pont de Charenton, est le bateau-mouche.

— M. Bureau, professeur de botanique (classifications et familles naturelles), fera sa prochaine herborisation le dimanche 12 mai, à Meudon. — Départ de Paris à midi cinq, gare Montparnasse. Retour par Chaville.

— Nous annonçons à nos lecteurs l'apparition d'une nouvelle revue intitulée : « Journal des maladies cutanées et syphilitiques », et dirigée par M. le docteur Henri Fournier, avec la collaboration de MM. Buchin, Buret, Gaudin, Renouard (de Paris), Lassalle (de Montpellier), Martin du Magny (de Bordeaux), Schnell (de Marseille), Alfred Cooper et Hugh Roberts (de Londres), Von Duering (de Hambourg), Pauly (de Wiesbaden), Luzor (de Port-Louis), etc., etc. Cette publication aura un caractère essentiellement pratique et son but sera de populariser en quelque sorte la dermatologie et la syphiligraphie. — Administration : 60, rue Miromesnil, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

25

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, dont la base est le bon lait, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une **nourriture** à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

99

PERLES DE GAÏACOL

DU Dr CLERTAN

Il peut être avantageux, dans certains cas, de remplacer la créosote par le *Gaïacol,* qui la constitue dans la proportion de 60 à 90 p. 100. On a ainsi un agent défini et, de plus, doué d'une odeur aromatique agréable. Les résultats obtenus sont les mêmes que ceux que donne la créosote. Le *Gaïacol* convient particulièrement aux phthisies lentes qui exigent un traitement de longue durée.

Chaque perle de gaïacol du Dr Clertan contient cinq centigr. de gaïacol, en solution dans l'huile de faîne.

Dose : 3 à 4 par jour. *Prix :* 2 fr. **50** *le flacon.*

MAISON L. FRERE, 19, RUE JACOB, PARIS.

73

COCAÏNE MIDY CHLOROBORATÉE

Pastilles dosées à 0,002m de chlorh. de cocaïne constituant un véritable **Gargarisme sec.** Affections de la gorge, bouche, langue.

3 fr. le flacon, 113, faubourg Saint-Honoré.

42

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — **Prix : 6 fr.**

Phie LIMOUSIN ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

67

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris.

42

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise,* agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies,* etc. Dr. Zed

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

177

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT

Source du docteur LLORACH.

L'analyse de l'Académie de médecine de Paris démontre que cette eau contient 103gr814 de substances fixes, dont :

SULFATE DE SOUDE	SULFATE DE MAGNÉSIE
96gr265	3gr268

Cette eau purge rapidement et sans irritation. Elle n'exige aucun régime.

Dose normale : un verre.

Prière à MM. les Docteurs de bien spécifier sur leurs ordonnances **Rubinat, Source Llorach.**

50

LANOLINE LIEBREICH

La seule absolument libre d'acide, sans odeur, ne rancissant pas. Seul excipient absorbant son poids d'eau et se mêlant avec toutes les autres graisse.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline,

USINE DU TREMBLAY, à CREIL (Oise).

PARIS, 31, rue des Petites-Écuries, PARIS.

33

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

10

Kalle et Cie à Briebrich-sur-Rhin, seuls fabricants

IODOL	ANTIFÉBRINE
Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.	Nouveau fébrifuge déposé en France sous le no 3884. — Exiger notre marque et étiquette.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes et commissionres. — *Brochures sur demande.*

33

ALBUMINATE DE FER

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Spécifique des troubles de la menstruation.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

19

L'EAU DE LÉCHELLE

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses. *Leucorrhée,* diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

37

DRAGÉES GRIMAUD

au FER et à l'ERGOT DE SEIGLE

3 récompenses en 1888

BARCELONNE	PARIS	BRUXELLES
médlle d'argt	diplôme d'honneur	médlle d'argt

INCOMPARABLES DANS LE TRAITEMENT DE

L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE

les affections chlorotiques

les **pâles couleurs** *et* **anémies** *de toute nature.*

Connues depuis de longues années, elles ont valu à l'INVENTEUR les plus flatteuses distinctions.

DIPLOMES D'HONNEUR

Expositions de Paris 1885, 1886, 1887

Se trouvent dans toutes les bonnes Pharmacies et chez les principaux droguistes, en France et à l'Étranger.

PRIX : **5** FRANCS

Vente en gros : E. GRIMAUD fils, 3, r. Ribera, Paris.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les *Pâles couleurs,* pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

42

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer,**

Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

69

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Éch. fo.)

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

96

MÉDAILLE D'OR, PARIS 1888

VIN GUÉRIN

PEPSI-PHOSPHATÉ,

Digestif, Reconstituant,

Ferments physiologiques, Amers, Analeptiques.

Convalescences, Anémie, Palpitations

Dyspepsies, Anorexie, Débilité

1 verre à madère avant le repas. Envoi fo d'échns.

PRIX : **4** FRANCS

Dépôt général : TRAPENARD, phcn, 35, rue des Dames, Paris, et toutes pharmacies.

66

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie,** la **chlorose,** la **leucorrhée,** l'**aménorrhée,** la **cachexie scrofuleuse,** la **syphilis constitutionnelle,** le **rachitisme,** etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

79

PILULES SUISSES

(Pilules de coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

42

PELLETIÉRINE DE TANRET

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR MARINE ET LES HÔPITAUX DE PARIS.

Gros : Ch. TANRET, 14, r. d'Alger, Paris.

Détail à Paris : Phie, 64, r. Basse-du-Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'entérite muco-membraneuse.

Par M. Gaston LYON,
Interne des hôpitaux de Paris.

SYNONYMIE. — Diarrhée glutineuse (Van Swieten). — Entérite glaireuse (Nonat). — Diarrhée tubulaire (Good). — Affection muqueuse de l'intestin (Witehead). — Entérite membraneuse (Da Costa). — Affection membraneuse de l'intestin (Goss). — Affection douloureuse de l'intestin (Powell). — Croup intestinal (Clemens). — Herpétide exfoliatrice (Gigot-Suard). — Colique muqueuse (Nothnagel). — Diarrhée fibrineuse (Granthaus). — Entérite interstitielle (Wannebroucq).

I

Le rejet de mucosités et de pseudo-membranes peut s'observer dans un certain nombre d'états morbides de nature et de gravité variables; il peut même coïncider avec un état de santé relativement satisfaisant.

Logiquement, on ne devrait donc attribuer à ces exsudats de la muqueuse intestinale qu'une valeur séméiologique; cependant, un certain nombre d'auteurs, et particulièrement les auteurs américains, s'accordent à faire de « l'entérite muco-membraneuse » une entité morbide nettement définie, sinon au point de vue anatomo-pathologique, du moins au point de vue symptomatique; M. Wannebroucq, en France, admet même un substratum anatomique constant, caractérisé par des lésions interstitielles diffuses des tuniques de l'intestin presque tout entier. Quoi qu'il en soit, les symptômes de l'entérite muco-membraneuse s'identifient le plus souvent avec ceux de l'entéro-colite chronique; nous décrirons d'autre part, d'après M. Wannebroucq, une forme aiguë, très rare, et dont l'histoire demande à être reprise.

Nous préférons la dénomination d'entérite muco-membraneuse à celle d'entérite pseudo-membraneuse, que l'on a parfois donnée à l'affection qui nous occupe. Il importe, en effet, de ne pas confondre les exsudats muco-membraneux avec les pseudo-membranes que l'on rencontre dans certaines entérites intenses de causes diverses; ces pseudo-membranes sont essentiellement formées par de la fibrine, par des cellules lymphatiques mortifiées et contiennent des micro-organismes, variables suivant la maladie dont elles procèdent; elles correspondent à l'entérite croupale des Allemands et coïncident avec les altérations profondes de la muqueuse intestinale (infiltration du chorion muqueux par des cellules rondes, ulcérations, etc.). M. le professeur Cornil (1) a récemment suivi leur mode de formation dans l'intestin du porc atteint de pneumo-entérite.

Laissée de côté par la plupart des auteurs classiques, l'entérite muco-membraneuse est bien moins rare qu'on ne l'a cru. C'est à l'absence d'autopsies qu'il faut rapporter les lacunes de nos connaissances à son sujet, ainsi que les divergences des opinions émises sur sa véritable nature. Cette maladie entraîne bien rarement la mort, et si des individus, qui en sont atteints, viennent à succomber dans les hôpitaux à une affection intercurrente, c'est sur cette dernière que se concentre l'attention.

II

HISTORIQUE. — Les concrétions membraniformes ont été vues au XVIIe et au XVIIIe siècle par différents médecins.

Morgagni, dans sa trente et unième lettre sur les flux du ventre, est l'un des premiers qui en ait fait mention.

Gabucinus, Plater, Sennert, Lancisi enseignent « que certains tænias de l'intestin ne sont pas des vers ».

On trouve dans Fernel (2) l'observation d'un ambassadeur de Charles-Quint « qui souffrit pendant six ans de coliques atroces, lesquelles ne cédèrent qu'après l'expulsion par l'anus, à la suite d'un lavement irritant, d'un corps dur, creux, long d'un pied, et que le malade croyait être une portion de son intestin ».

Van Swieten cite cette observation; il cite encore celle d'un autre malade « habituellement constipé et à l'autopsie duquel on trouva le colon oblitéré par une pituite concrète qui mettait obstacle au cours des matières ».

Roche (3) décrit la gastro-entérite membraneuse à l'état aigu et à l'état chronique, mais sa description est tout à fait incomplète au point de vue des symptômes, et il rapproche à tort l'entérite membraneuse aiguë des affections diphthéritiques, telles que l'angine couenneuse et le croup.

(1) CORNIL. Communication à l'Académie de médecine, 7 août 1888.
(2) FERNEL. *Pathol.*, lib. VI, cap. IX, p. 157, 1638.
(3) ROCHE et SANSON. *Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale*, 3e édit., 1833, t. I, p. 557.

« Cette forme d'entérite, dit-il, semble former un genre d'inflammation particulière que M. Bretonneau propose de désigner sous le nom de diphthérite. »

Gendrin (1) reconnaît au contraire la véritable nature des muco-membranes : « Le mucus, déposé et comme agglutiné sur la surface de la muqueuse gastro-intestinale, acquiert quelquefois une assez grande densité pour former des concrétions d'apparence pseudo-membraneuse qui sont excrétées avec les selles et que l'on rencontre dans les intestins après la mort. »

En 1843, Hayn (2) fit un mémoire spécial sur la question; il observa l'entérite muco-membraneuse, principalement chez des femmes hystériques, mais aussi chez des individus parfaitement sains.

MM. Rilliet et Barthez distinguent les exsudats des membranes diphthéritiques, mais les confondent encore avec le muguet du tube digestif.

M. Laboulbène (3), en 1861, les sépare définitivement des concrétions membraniformes de la diphthérie et du muguet; il combat la dénomination de croup intestinal que Clemens venait de donner à l'entérite pseudo-membraneuse des enfants, n'accompagnant pas une affection des voies respiratoires ; il étudie dans un chapitre spécial les mucosités intestinales colloïdes et les concrétions gélatiniformes, qui sont exclusivement composées de mucus plus ou moins concret, et qui constituent sa deuxième forme, la première étant constituée par les pseudo-membranes simples non diphthéritiques.

M. Perroud consacre un important travail à l'entérite muco-membraneuse dans le *Journal de médecine de Lyon* (1864) ; puis viennent les communications de MM. Siredey (4) et Guyot (5), à la Société médicale des hôpitaux.

Citons également les notices de MM. Merland de Chaillé et de Courval dans l'*Union médicale* de 1868.

Au Congrès de Lille, M. Wannebroucq (6) fait sur la question une communication sur laquelle nous aurons à revenir au cours de ce travail; l'année suivante M. Lereboullet réfute dans la *Gazette hebdomadaire* les idées émises par M. Wannebroucq.

En 1883 notre maître, M. le professeur Germain Sée, consacre un important chapitre à l'entérite muco-membraneuse, dans son traité des dyspepsies gastro-intestinales, et revient sur la question dans son récent traité du régime alimentaire ; en 1887, M. Potain (7) en fait le sujet d'une leçon clinique.

Il existe un petit nombre d'observations consignées dans les *Bulletins de la Société anatomique* : celles de Tonné (1844), Pigné (1845), Broca (1850), MM. Potain (1857), Worms (1863), Langlet (1867), Laborde (1868), Maurice Raynaud (1874), Laget (1875).

Les thèses sont également peu nombreuses ; la plus complète est celle d'Izoare (1883).

Enfin, dans ces vingt dernières années, de nombreux travaux ont été publiés aux États-Unis, notamment ceux de Van Valzah (1), Findley (2), Da Costa (3), Brandt (4), Boardmann (5), Dœ (6), Kilbourne (7), Edwards (8), etc.

III

Anatomie pathologique. — Il nous faut étudier la constitution des muco-membranes et l'état de la muqueuse intestinale.

Les exsudats ont leur siège dans la dernière partie de l'intestin grêle, dans le gros intestin, plus particulièrement dans le colon et surtout dans le colon transverse ; le cæcum est en général épargné ; le rectum est quelquefois intéressé secondairement.

En 1857, M. Potain divisait les concrétions membraniformes en deux classes : l'entérite avec expulsion de mucosités gélatiniformes peu cohérentes, l'entérite avec exsudats véritables formés dans l'intestin (pseudo-membranes simples non diphthéritiques de M. Laboulbène), exsudats comparables de tous points aux produits d'expectoration des malades atteints de bronchite pseudo-membraneuse.

M. Germain Sée (9) rapporte à trois types les substances mucilagineuses éliminées, soit seules, soit en même temps que les matières fécales ; nous suivrons sa description presque textuellement.

1° *Type membraneux.* — Ce type est le plus nettement accusé et se compose soit de filaments allongés, soit de cylindres creux ou pleins, de tubes ou de rubans plats.

Les filaments présentent une longueur qui varie de 5 à 15 centimètres.

Les cylindres peuvent atteindre jusqu'aux dimensions des vers ascarides, avec lesquels on est tenté parfois de les confondre, « d'autant plus que les vers, comme les cylindres membraneux, sont souvent enroulés en masse, comme pelotonnés ; sans un examen minutieux au microscope la méprise est possible, en raison même de la coïncidence fréquente de la sécrétion mucilagineuse, sous quelque forme que ce soit, avec les helminthes » (G. Sée).

Ces tubes cylindroïdes sont encore plus volumineux et ressemblent aux pâtes d'Italie, roulées sur elles-mêmes ; leur calibre est en général inférieur à celui de l'intestin ; M. Debove pense que le mucus, après avoir tapissé tout l'intestin et formé un tube, se détache et se rétracte progressivement de manière à présenter un petit calibre.

On peut rencontrer aussi des cordons pleins, cylindriques. D'autres fois enfin, il s'agit de rubans plats, blanchâtres, assez épais, mais peu allongés. Ce sont eux dont les fragments ont été si souvent confondus avec les anneaux du tænia. M. Potain admet, pour expliquer leur forme aplatie, qu'ils se sont formés sur les bandes longitudinales qui suivent le colon d'un bout à l'autre et qui soulèvent la muqueuse par leurs faisceaux musculaires tendus, déterminant une saillie très notable vers la cavité intestinale ; le mucus, accumulé et concrété à la surface de ces bandes,

(1) Gendrin. *Traité philosophique de médecine pratique*, 1841, t. III, p. 23.

(2) Hayn, *Hufeland's Journal*, 1843, t. II, p. 87.

(3) Laboulbène. *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses*, 1861, pp. 99, 145 et 146.

(4) Siredey. Société médicale des hôpitaux, 11 décembre 1868.

(5) Guyot. Société médicale des hôpitaux, 28 février 1868.

(6) Wannebroucq. *Comptes rendus de l'Association pour l'avancement des sciences*, Congrès de Lille, 1874.

(7) Potain. *Semaine médicale*, 1887, p. 341.

(1) Van Valzah. *Amer. Journ. of Med. Sciences*, 1873.

(2, 3) Findley, Da Costa. *Amer. Journ. of Med. Sciences*, 1875.

(4) Brandt. *New-York Med. Record*, 1882.

(5) Boardmann. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1884, p. 376-381.

(6) Dœ. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 1884.

(7) Kilbourne. *Med. Record*, 1888, pp. 199 et 664.

(8) Edwards. *Amer. Journ. of Med. Sciences*, 1888.

(9) G. Sée. *Des dyspepsies gastro-intestinales*, 1883, p. 223. — On trouvera une bibliographie très complète dans le tome II des *Comptes rendus médicaux de la guerre de Sécession d'Amérique*, p. 363.

serait ensuite enlevé et comme raclé par le passage des matières fécales durcies.

La quantité des membranes évacuées en une fois est très variable; insignifiante dans quelques cas, elle arrive parfois à remplir un demi-verre ou un verre ordinaire; dans un cas elles remplissaient plus du tiers d'un vase (Lereboullet).

Quant aux dimensions, elles sont également très variables; M. Potain a présenté des bandelettes de 30 à 40 centimètres de longueur, M. Raynaud un cylindre long de 1 mètre, ayant un diamètre extérieur de 1 centimètre, un diamètre intérieur de 5 millimètres environ; en somme, les dimensions varient de quelques centimètres à 1 mètre et plus.

Examinées et déroulées sous l'eau, les muco-membranes présentent une face lisse jaunâtre et une face blanchâtre, tomenteuse ou même villeuse; la première est en rapport avec les matières intestinales; la deuxième correspond à la muqueuse; elle est quelquefois piquetée de points noirs (matière mélanique provenant des cryptes mucipares d'après M. Gendrin ?).

La consistance est variable; en général elles se déchirent facilement.

2° *Type amorphe.* — Les types précédemment énoncés ne se retrouvent pas toujours; souvent il n'existe que des parties amorphes qui sont unies aux matières fécales sous forme de fragments concrets, assez analogues aux morceaux de blanc d'œuf coagulé; il est rare que les malades s'aperçoivent de ce genre d'évacuations, à moins qu'on ne fixe leur attention sur ce point, tandis qu'ils annoncent spontanément la sécrétion tubuleuse ou cylindroïde.

3° *Type mucilagino-gélatineux.* — Un dernier type d'excrétion mucilagineuse, qui passe encore plus facilement inaperçu, c'est le sécrétum mucilagineux qui recouvre ordinairement les matières fécales sous forme de glaires ou de substance mousseuse.

4° *Types mixtes.* — Entre ces divers types il n'y a que des différences de degré et de consistance, depuis la sécrétion de la mucine jusqu'aux concrétions membraniformes ou aux tubes cylindriques. Ce qui prouve l'identité de tous ces produits, c'est qu'ils passent d'une forme à l'autre chez le même malade, et cela sans qu'il y ait aucun signe d'une irritation nouvelle.

Witehead (1), en outre des différents types que nous venons d'énumérer, admet que, dans certains cas, il y a rejet de lambeaux d'exsudats membraneux, mêlés à du sang et à du pus, et contenant de l'albumine et beaucoup de fibrine. Cette dernière forme se rapporterait à une véritable exsudation inflammatoire (?).

Quelle que soit la forme des produits excrétés, leur composition est toujours identique; il s'agit d'une matière amorphe, demi-transparente, constituée presque exclusivement par du mucus concret; on y trouve en outre des traînées de cellules épithéliales cylindriques (prises quelquefois pour des glandes de l'intestin), des noyaux épithéliaux, quelques leucocytes, des cristaux de sels divers, des granulations graisseuses et quelquefois une petite quantité de cholestérine.

MM. Perroud et Laboulbène ont en vain recherché la fibrine dans les mucosités ou les pseudo-membranes qu'ils ont examinées; cependant, M. Cornil a déclaré avoir retrouvé quelques filaments de fibrine dans les produits éliminés par une malade de M. Siredey; en tous cas on n'a jamais rencontré de fragments de la muqueuse elle-même; enfin les recherches bactériologiques ont révélé l'existence d'une quantité prodigieuse de micro-organismes dans les exsudats; ceux-ci sont souvent presque exclusivement formés par des colonies de bactéries, « si bien, dit M. Sée, qu'on est en droit de se demander s'il y a un exsudat véritable ».

M. Perroud a étudié l'action des agents chimiques sur les exsudats :

1° Une solution de potasse caustique au dixième les dissout complètement;

2° L'ammoniaque liquide les désagrège, mais sans les dissoudre complètement;

3° L'acide acétique ne les dissout pas, non plus que l'acide azotique ou l'acide chlorhydrique, etc.

En somme, les muco-membranes sont composées d'une substance amorphe, entremêlée de granulations, de noyaux et de cellules irrégulières, sans traces de tissus fibreux, ni élastique, sans fibrine, et contenant d'innombrables micro-organismes.

Si les auteurs sont d'accord sur la composition des muco-membranes, il n'en est pas de même en ce qui concerne l'état de la muqueuse intestinale. Il faut avouer qu'à cet égard règne encore une grande obscurité. Tandis que, pour la plupart des auteurs, il n'existe point de lésions inflammatoires de la muqueuse, les troubles de la sécrétion intestinale constituant à eux seuls toute la maladie, pour quelques-uns, au contraire, il existe des lésions constantes, profondes et diffuses des tuniques de l'intestin.

Que conclure de cette diversité d'opinions, si ce n'est que l'entérite muco-membraneuse n'est pas une entité morbide distincte, et que la production des exsudats muqueux peut correspondre à des états anatomiques différents ?

Guéneau de Mussy et Maurice Raynaud admettaient la multiplication et la desquamation anomale des éléments épithéliaux de la muqueuse.

D'après MM. Cornil et Ranvier, il est rare que ce catarrhe simple s'accompagne d'ulcérations même superficielles.

Förster a décrit une entérite pseudo-membraneuse qui est pour lui l'expression de la plus haute intensité d'une entérite catarrhale; cette forme aiguë est des plus rares, on ne peut citer, comme paraissant s'y rapporter, que les faits de Venturini (1), de Tonné (2), de Clemens (3).

M. Wannebroucq admet l'existence constante de lésions interstitielles, pouvant aller jusqu'à l'ulcération, parfois même la perforation. A l'appui de son opinion il cite notamment les cas de rectite secondaire survenue au cours de phlegmasies péri-utérines et ayant donné lieu à la production de pseudo-membranes quelquefois très épaisses et fort consistantes, cas dans lesquels on a trouvé, du côté du rectum, une inflammation violente, parfois ulcéreuse; pour lui, dans les diverses circonstances où l'expulsion de fausses membranes intestinales constitue un symptôme habituel et où l'on a pu en rechercher le point de départ anatomique, on a trouvé une inflammation grave et profonde (interstitielle), étendue à la totalité ou à presque toute l'épaisseur de la paroi intestinale. On trouverait par l'exploration tout

(1) Witehead. Mucous diseases, *Brit. Med. Journ.*, février 1871

(1) Venturini. *Bulletin des sciences médicales de Bologne*, 1850.
(2) Tonné. *Bulletins de la Société anatomique*, 1844.
(3) Clemens. *Journ. f. Kinderkrankheiten*, 1860.

ou partie du gros intestin transformé en une sorte de cylindre volumineux, rigide et ne se laissant ni déprimer, ni mobiliser; M. Wannebroucq a vu succomber à des hémorrhagies intestinales, précédées d'évacuations muco-purulentes, un jeune homme de vingt-quatre ans, jouissant antérieurement d'une bonne santé; ce jeune homme avait subi en l'espace de huit mois, plusieurs atteintes d'entérite pseudo-membraneuse avec des intervalles de rétablissement presque complet de la santé.

Dans la forme chronique M. Wannebroucq admet tantôt l'atrophie des tuniques, tantôt, au contraire, l'épaississement, l'induration comme lardacée du tissu cellulaire. La muqueuse subirait un ramollissement partiel et pourrait s'ulcérer; enfin, le calibre du canal intestinal serait, dans certains cas, considérablement diminué, non d'une manière uniforme, mais irrégulièrement suivant les régions.

Jusqu'à présent, les recherches de M. Wannebroucq ne paraissent pas avoir reçu de confirmation et, jusqu'à nouvel ordre, il convient de s'en tenir à l'ancienne opinion, qui voulait que la muqueuse fût saine dans la grande majorité des cas; ce qui est vrai, c'est qu'assez souvent il y a desquamation de l'épithélium, parfois entérite catarrhale secondaire avec érosions ou exulcérations superficielles. Ne peut-on pas rapprocher, d'ailleurs, cette entérite mucomembraneuse de la bronchite membraniforme, où les bronches sont tapissées d'exsudats de mucus concret moulé sur elle et où la muqueuse est saine?

Tout récemment Edwards (1) a fait une autopsie, au cours de laquelle il a constaté l'intégrité de la muqueuse. Les vétérinaires ont, d'ailleurs, depuis longtemps, signalé cette intégrité chez les animaux de la race bovine qui sont assez souvent atteints d'entérite analogue. Nous conclurons en disant que l'entérite muco-membraneuse ne peut être spécifiée au point de vue anatomo-pathologique.

IV

Étiologie; Pathogénie. — L'affection s'observe rarement dans nos hôpitaux, mais elle est fréquente dans la clientèle de ville; sur 2000 malades M. Potain en a vu 103, c'est-à-dire 1 sur 20, qui étaient atteints d'entérite muco-membraneuse.

Elle est plus fréquente chez l'adulte et s'observe surtout entre trente et quarante ans; cependant on la voit assez souvent chez l'enfant et le vieillard.

Les femmes sont surtout atteintes, 80 p. 100 d'après Litten (2). Le rejet des muco-membranes peut être absolument secondaire et ne constituer qu'un épiphénomène au cours de certaines entérites, telles que celles du choléra, de la scarlatine, de la pyhémie, de la tuberculose, ou bien, au contraire, ce symptôme prend une grande importance et constitue l'un des éléments de ce qu'on appelle la colite chronique; celle-ci survient le plus souvent chez des sujets prédisposés, chez des femmes nerveuses, hypochondriaques ou hystériques, chez des gens à habitudes sédentaires et se livrant à des travaux intellectuels prolongés, chez les hémorrhoïdaires.

L'hérédité a été invoquée dans quelques cas, M. Wannebroucq connaît des familles dans lesquelles plusieurs générations ont été atteintes.

Merland de Chaillé dit avoir remarqué la contagiosité des accidents (1); et Broca cite une famille dans laquelle une dame et son beau-frère furent atteints simultanément des mêmes accidents.

On retrouve quelquefois la lithiase biliaire dans les antécédents des malades; là-dessus van Swieten avait élevé une théorie : il pensait qu'il fallait chercher la cause de l'entérite muco-membraneuse dans des modifications de la bile; la diminution de l'apport de celle-ci dans le tube intestinal, entraînant la paresse de l'intestin, expliquerait l'apparition de tous les troubles digestifs; constatons seulement que la lithiase biliaire coïncide quelquefois avec l'entérite muco-membraneuse, qu'elles peuvent alterner l'une avec l'autre et se retrouver réciproquement dans les antécédents héréditaires ou personnels.

La production des muco-membranes a été signalée également, au cours de l'entéroptose, par M. Glénard; l'un des symptômes de cet état morbide encore mal défini est une constipation opiniâtre, qui est vraisemblablement la cause des exsudats, dans ces cas, comme dans la plupart des autres.

Citons pour mémoire l'ancienne théorie qui subordonnait à un état constitutionnel, herpétisme ou arthritisme, les troubles de la sécrétion intestinale. Gigot-Suard donnait à l'affection le nom d'herpétide exfoliatrice. William, Simpson, Le Bret admettaient cette cause et M. Lancereaux (2) faisait également jouer un rôle à l'herpétisme, tout en faisant remarquer « que des concrétions mucomembraneuses peuvent se rencontrer dans plusieurs autres circonstances et, en particulier, dans des inflammations superficielles primitives ou secondaires de la muqueuse intestinale ».

Il nous faut maintenant donner l'explication pathogénique la plus vraisemblable, la plus conforme aux faits observés, celle qu'a exposée notre maître M. Sée, qui depuis longtemps a nettement distingué les pseudo-dyspepsies intestinales d'avec les dyspepsies gastriques vraies.

Pour lui, les accidents reconnaissent pour origine une atonie de l'intestin, que celle-ci soit primitive, ou qu'elle résulte d'un obstacle mécanique à l'élimination des matières, tel que les tumeurs, les rétroversions de l'utérus chez les femmes, ou bien encore les hémorrhoïdes dans les deux sexes; cette atonie ne reste pas en général limitée à l'intestin; il n'est pas étonnant d'ailleurs que l'estomac soit intéressé secondairement, et il n'est pas besoin pour expliquer sa participation d'invoquer la sympathie, vieux mot qui n'explique rien. N'existe-t-il pas entre l'estomac et l'intestin des rapports fonctionnels, une solidarité intime qui résulte d'une innervation et d'un système musculaire uniforme? Les accidents s'enchaînent de la façon suivante : les matières arrêtées dans le gros intestin parésié irritent par leur contact prolongé la muqueuse et déterminent, précisément au point de stagnation des matières excrémentitielles, un exsudat qui se dépose à leur surface ou se moule sur les plis de l'intestin pendant ses contractions; les gaz retenus dans l'intestin le distendent d'abord, passent ensuite dans l'estomac qu'ils distendent à leur tour, et ainsi se trouve réalisée une dilatation stomacale toute mécanique; encore faut-il, pour que celle-ci se produise, que les tuniques musculaires de l'estomac présentent une disposition au relâchement, à l'atonie.

(1) Edwards. Loc. cit.
(2) Litten. *Berlin. Klin. Wochens.*, n° 29, p. 592, 1888.

(1) Chaillé. *Union médicale*, 1868, t. I, p. 909.
(2) Lancereaux. *Traité de l'herpétisme*, 1883, p. 137.

Cette atonie gastro-intestinale qui s'accompagne si fréquemment de troubles nerveux, dépend-elle d'une altération fonctionnelle du système cérébro-spinal, comme le veulent les auteurs allemands, ou bien s'agit-il d'un trouble nervo-moteur, local, périphérique? Cette dernière hypothèse est certainement la plus vraisemblable; aucune névrose ne s'accompagne de troubles digestifs aussi graves et aussi persistants; d'ailleurs jamais un traitement uniquement dirigé contre la névrose n'a déterminé la guérison, alors qu'il suffit de quelques laxatifs et d'un régime alimentaire approprié pour amener, au moins momentanément, la guérison de l'entérite muco-membraneuse. Ainsi se trouvent justifiée, par l'interprétation exacte des faits cliniques, la théorie de l'atonie intestinale ou de pyo-angionévrose intestinale avec hypersécrétion muqueuse (1).

On voit combien nous sommes loin de l'entérite interstitielle de M. Wannebroucq, dont l'étiologie est d'ailleurs pour lui très obscure; est-ce à dire pour cela qu'il faille rejeter absolument ses travaux? M. Lereboullet admet que, dans certains cas, sous l'influence d'un séjour prolongé des matières fécales, l'entérite superficielle peut faire place à une inflammation plus profonde; cela est surtout vrai des phlegmasies intestinales par propagation du tissu, comme il arrive dans certains cas de péritonite, de phlegmasie péri-utérine. Les travaux de Nonat, Bernutz, Goupil ont suffisamment fait connaître les rectites secondaires qui surviennent dans les cas de périmétrite et les accidents qui, dans ces cas, accompagnent l'expulsion des muco-membranes. M. Lereboullet ne se refuse donc pas à admettre que des causes variées peuvent entraîner une inflammation secondaire des tuniques intestinales, à la suite d'une constipation prolongée; il n'en est pas moins vrai, que, dans la grande majorité des cas, il s'agit uniquement d'une atonie de l'intestin, et que pendant longtemps la seule lésion est une desquamation partielle de l'épithélium, que l'on retrouve dans les exsudats. M. Sée (2) a fait observer à juste titre que l'absence de fibrine dans les muco-membranes exclut toute idée d'inflammation et que ni le palper abdominal, ni l'examen anatomique ne révèlent l'existence d'une lésion inflammatoire; à la longue cependant, peut se produire une véritable entérite catarrhale avec flux diarrhéique et peut-être l'entérite interstitielle qu'a décrite M. Wannebroucq, mais nous croyons que cette dernière est l'exception.

Il faut, enfin, tenir compte, dans la pathogénie des accidents, de l'élément microbien. Nous avons vu que les muco-membranes renfermaient un nombre considérable de bactéries; il est probable que leurs colonies jouent un rôle dans le développement de la maladie et que l'on doit chercher à modifier leur terrain de culture intestinal; les accidents d'allure typhoïde sont vraisemblablement des infections secondaires, déterminées par les bactéries ou leurs produits de sécrétion, qui trouvent des portes d'entrée multiples sur une muqueuse dépouillée par places de son épithélium.

En résumé, la cause essentielle de la production des muco-membranes est la constipation habituelle, qui résulte d'une atonie intestinale primitive ou secondaire à des tumeurs abdominales mettant obstacle au cours des matières; elle peut aussi être due à des inflammations de voisinage propagées à l'intestin; dans ces cas, celui-ci peut présenter des lésions inflammatoires, ulcérations, infiltration de tissu embryonnaire, etc.

Une fois produite, l'entérite muco-membraneuse entretient et exagère toute disposition antérieure et héréditaire au nervosisme; l'hypochondrie ou neurasthénie peut donc être la cause ou l'effet de l'ensemble des accidents, et si nous ignorons dans quelles conditions précises surviennent l'hypersécrétion et la coagulation du mucus, nous pouvons placer les symptômes toxhémiques intercurrents sous la dépendance de bactéries ou d'auto-intoxications.

V

Symptômes. — L'expulsion des concrétions membraniformes n'est pas le fait d'une maladie particulière, ayant une symptomatologie spéciale et la même dans tous les cas; quelquefois même elle passe absolument inaperçue, lorsqu'elle survient à titre secondaire dans une entérite ou une dysentérie; aussi ne décrirons-nous que l'atonie intestinale et la forme aiguë de M. Wannebroucq.

La forme aiguë a été longuement décrite par M. Wannebroucq; elle paraît fort rare, car on n'en trouve guère mention dans les traités classiques. Elle débute par de l'anorexie, un malaise général, parfois des épistaxis; des frissons intenses surviennent et se répètent habituellement plusieurs jours de suite, la température s'élève à 38°5, 39°5, quelquefois même elle atteint 40 degrés; le malade est pris de vomissements bilieux ou muqueux et accuse une douleur dans la fosse iliaque droite; en somme le début ressemble beaucoup à celui d'une fièvre typhoïde.

Au bout de quelques jours, la douleur primitivement limitée à la fosse iliaque droite s'étend; d'autres points douloureux apparaissent sur le trajet des colons, ou dans la fosse iliaque gauche, ou même dans la région hypogastrique; le malade est pris de coliques violentes qui lui arrachent des plaintes, le moindre déplacement les exagère, aussi garde-t-il l'immobilité absolue dans le décubitus dorsal.

La pression exagère les douleurs; celles-ci sont parfois si superficielles qu'on les croirait péritonéales; presque constamment il existe du météorisme au début; à la palpation on trouve le gros intestin dur, formant un cylindre rigide et peu mobile; au début existe une constipation opiniâtre et des lavements réitérés entraînent difficilement des scybales dures ovillées; à ces matières sont déjà mêlées des excrétions glaireuses, mais ce n'est qu'au bout de huit jours environ qu'apparaissent les muco-membranes, d'abord petites, minces, intimement appliquées sur les matières alvines, puis se suspendant dans les liquides mêlés aux garde-robes; en dernier lieu apparaissent les tubes cylindriques et les rubans membraneux; quand cette entérite aiguë est propagée au rectum, aux symptômes indiqués ci-dessus se joignent ceux caractéristiques de la dysentérie (fréquents besoins d'aller à la selle, ténesme, douleurs anales, excrétions muco-membraneuses teintées de sang); souvent le ténesme vésical se surajoute et M. Wannebroucq, chez deux malades, a vu l'expulsion des pseudo-membranes non seulement par l'anus, mais encore par le vagin et l'urèthre.

Cette entérite aiguë a une première période ascendante de durée variable, le plus souvent d'un septénaire; à ce moment la fièvre s'amoindrit notablement, mais les phénomènes abdominaux persistent durant plusieurs semaines,

(1) Vanni. *Arch. ital. di clin. med.*, XXVII-4, p. 733.
(2) G. Sée. Communication à l'Académie de médecine, 1881.

puis les accidents généraux cessent complètement et les fonctions intestinales se rétablissent peu à peu dans leur intégrité, par suite de la disparition des douleurs, du météorisme et des excrétions membraneuses ou glaireuses; pendant longtemps encore le malade éprouve des crampes, a des sensations de froid, des vertiges, de la tendance aux lipothymies.

Les rechutes sont fréquentes; quant aux récidives elles sont loin d'être rares et peuvent survenir à des intervalles d'une ou plusieurs années; l'affection passe à l'état chronique dans un quart des cas.

Le début de la forme chronique est insidieux; l'apparition des premiers symptômes est toujours précédée d'une constipation opiniâtre, mais celle-ci s'observe dans des conditions bien différentes, tantôt, en effet, chez des individus en état de bonne santé apparente, tantôt chez des femmes chlorotiques, hystériques, chez des obèses, des goutteux, chez les femmes atteintes d'affections utérines, etc.

Souvent, si les excrétions se composent seulement de mucosités ou de filaments cylindroïdes, les symptômes sont peu accentués et se bornent à quelques troubles digestifs; un peu d'anorexie, quelques douleurs sourdes avant la défécation, une constipation moins tenace que dans les autres cas, parfois un peu de météorisme et de lenteur dans la digestion et c'est tout.

La constipation vient-elle à se prolonger quelques jours? En ce cas les troubles fronctionnels s'accentuent; la langue blanchit, l'appétit se perd ou se déprave, les digestions deviennent lentes et pénibles; les douleurs abdominales sont plus vives, siègent aux environs de l'ombilic et subissent de fréquentes exacerbations, le pouls s'accélère et il existe parfois un léger mouvement fébrile le soir, ou bien, au contraire, il se ralentit et peut devenir intermittent; les malades se plaignent de courbature, d'inaptitude au travail, ils sont inquiets et leur sommeil est troublé par des rêves; cet état se maintient jusqu'au jour où sont rendues les concrétions muco-membraneuses avec des matières fécales dures, ovillées, de véritables scybales, qui ont fait un long séjour dans les anfractuosités du colon; parfois cependant les matières sont ramollies à leur surface par les couches mucilagineuses; la masse centrale, dans ce cas, conserve sa dureté et indique une concentration des produits excrémentitiels; il se peut aussi que les matières condensées alternent avec un flux de liquide écumeux, mucilagineux; isolé, ce flux présente les apparences de la diarrhée de l'entérite catarrhale; s'il accompagne l'élimination des cylindres ou des fragments rubanés, sans les matières fécales, le doute sur sa nature n'est pas possible; d'ailleurs, on voit plus tard se produire des évacuations consistantes recouvertes des mêmes substances dites glaireuses, ou semblables au blanc d'œuf ou à l'albumine durcie.

Dans quelques cas, l'expulsion des produits a coïncidé avec une dysménorrhée pseudo-membraneuse [deux cas de Findley (1)]; quelquefois aussi avec l'expulsion de produits analogues par l'urèthre.

Il nous reste à décrire les cas extrêmes, ceux qui s'accompagnent de préférence de troubles nerveux. On constate, en général, une diminution de l'appétit; en tous cas la digestion se fait lentement, s'accompagne d'éructations, de pyrosis. Le symptôme essentiel est une constipation opiniâtre, au point que les malades peuvent rester des semaines entières sans garde-robes; on a cité le cas d'une jeune fille âgée de treize ans, qui n'allait à la selle qu'une fois par mois, le jour de sortie de son pensionnat; plus tard les selles pourront perdre de leur consistance et la sécrétion intestinale augmenter; la constipation alterne alors avec de véritables débâcles constituées par des matières liquides ou des matières solides à moitié ramollies; c'est un flux pseudo-diarrhéique qui pourrait induire en erreur le praticien non prévenu; il se compose de matières mucilagineuses; quant aux muco-membranes proprement dites elles sont évacuées soit isolément, soit avec les scybales; il y a parfois un peu de sang dans les selles, mais jamais de véritable entérorrhagie; dans certains cas les selles sont nombreuses, au nombre de huit ou dix par jour, avec ténesme, et sont teintées de sang; il peut y avoir alors procidence de la muqueuse du rectum ou fissure à l'anus; c'est la forme dysentérique de Lasègue; enfin, quelquefois, il s'agit d'une diarrhée véritable qui fait, d'ailleurs, bientôt place de nouveau à la constipation.

« Souvent, il arrive que les matières stercorales sont blanches, décolorées à leur surface ainsi que dans leurs parties profondes, comme le sont les garde-robes des ictériques. Il semble, dans ce cas, que la bile soit sécrétée ou excrétée en moindre quantité, et que certains phénomènes de l'entérite membraneuse doivent être rapportés à l'acholie (G. Sée). » C'est à l'absence de bile qu'on peut rapporter aussi la dyspepsie des graisses qui cessent d'être émulsionnées par la bile; l'absence de bile favorise la décomposition du chyme et il se produit une flatulence très marquée.

La douleur siège auprès de l'ombilic et permet, par sa localisation précise, de la placer au niveau du colon transverse; il y a parfois un point douloureux très marqué à l'extrémité droite du colon. Cette douleur se présente avec des caractères spéciaux : c'est une sensation de constriction de l'abdomen, comparée, par le malade, à un lien qu'on lui serrerait autour des reins, comparable, d'autres fois, à un courant d'eau chaude, traversant le tube intestinal (Williams). C'est environ quatre heures après les repas qu'elle apparaît avec son maximum d'intensité; elle peut être réveillée par les émotions, par les mouvements brusques, et les malades se couchent volontiers sur le dos, pour éviter l'apparition des phénomènes douloureux.

Chez la femme, les paroxysmes coïncident souvent avec les périodes menstruelles; les intervalles qui séparent les crises sont très variables; tantôt elles réapparaissent tous les jours, tous les deux jours, tantôt elles ne surviennent qu'une fois par mois ou même à des années de distance; elles préparent, le plus souvent, l'expulsion d'une grande quantité de muco-membranes.

Dans certains cas, la rétention des muco-membranes donne lieu à des symptômes redoutables, pouvant faire croire à un étranglement interne; la face est grippée, le ventre ballonné, la constipation absolue, les gaz mêmes ne sont pas émis par l'anus et les malades sont pris de vomissements; ces symptômes alarmants disparaissent après l'expulsion d'une grande quantité de mucosités. M. Guyot (1) a communiqué une observation de ce genre à la Société médicale des hôpitaux.

Il nous reste à signaler les phénomènes à distance, que

(1) Findley. Loc. cit.

(1) Guyot. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1868.

l'on attribuait exclusivement autrefois à des actes réflexes ; mais il faut aujourd'hui tenir compte des auto-intoxications, dont le rôle a été mis en relief par M. Bouchard.

La dyspnée est fréquente, fréquentes aussi sont les palpitations ; on a noté de violentes douleurs siégeant au niveau de la région précordiale et simulant l'angine de poitrine.

M. Potain a observé l'insuffisance tricuspide passagère ; au moment des crises douloureuses, le pouls s'accélère et s'élève parfois à 120, 130 pulsations ; les malades ont des bouffées de chaleur qui leur montent au visage, parfois des épistaxis.

Les troubles nerveux sont extrêmement variés et constituent un élément important dans le tableau symptomatique ; pendant la période digestive, il n'est pas rare de voir survenir un tremblement généralisé ; les malades ont de l'inaptitude au travail, de la céphalalgie ; l'aphasie, l'amnésie passagère ont été observées, ainsi que les convulsions, surtout chez les enfants, et même le coma ; les malades ont des périodes d'excitation suivies de dépression ; ils montrent souvent une irritabilité excessive, ou bien sont mélancoliques et ont des idées de suicide ; comme troubles sensoriels, on a signalé l'amblyopie, les tintements d'oreille ; comme troubles sensitifs, l'hyperesthésie des régions malléolaires (Siredey, Wannebroucq), des arthralgies, des douleurs lombaires, ou, sur le trajet du sciatique, du crural, des points douloureux vertébraux. On a signalé fréquemment la dysurie, les douleurs vésicales, les poussées d'herpès vulvaire ou buccal.

L'examen du malade n'offre rien de bien caractéristique ; la langue est, en général, saburrale, parfois, au contraire, dépouillée de son épithélium, avec hypertrophie des papilles ; l'abdomen est souple, parfois météorisé, souvent sensible à la pression ; la dilatation de l'estomac coïncide fréquemment avec l'état morbide que nous décrivons ; cette coïncidence n'a pas lieu de nous surprendre, puisque atonie gastrique et atonie intestinale sont fréquemment subordonnées aux mêmes causes. Il sera souvent difficile de la distinguer d'avec la dilatation du colon qui, dans ces cas, est généralement distendu par des gaz ; d'après M. Wannebroucq, l'intestin serait, au contraire, parfois revenu sur lui-même, et l'on pourrait sentir un cylindre résistant et peu mobile ; la même constatation a été faite par M. Glénard, dans ses études sur l'entéroptose.

Les symptômes généraux dénotent une atteinte grave portée à l'organisme ; les malades maigrissent, perdent leurs forces, leurs traits s'altèrent et les extrémités se refroidissent. « C'est qu'en effet, dans les entérites muco-membraneuses, non seulement les graisses ne sont plus émulsionnées, c'est-à-dire digérées difficilement, mais l'absorption des aliments élaborés, peptonisés, devient imparfaite, de sorte que la dénutrition en est une conséquence inévitable. C'est donc une des formes les plus graves de l'atonie intestinale (G. Sée). » Cette déchéance de l'organisme a pu faire croire, quelquefois, à l'existence d'un cancer chez ces malades.

VI

Marche ; Durée ; Terminaisons. — La marche de l'affection est chronique, caractérisée par des alternatives d'amélioration et de rechutes ; après les débâcles, l'appétit reprend, la langue se nettoie, les troubles généraux et la douleur disparaissent, mais bientôt les malades retombent dans leur état primitif de constipation et de souffrance ; leur existence est ainsi traversée par des crises sans nombre, qui sont provoquées par des fatigues de toute espèce, par des poussées congestives hépatiques, par un régime alimentaire vicieux, etc.

Dans certains cas, la marche chronique de l'affection est interrompue par des épisodes aigus, fébriles, qui ont souvent été méconnus quant à leur véritable nature, et traités comme fièvres typhoïdes. Les malades sont pris de petits frissons qui se répètent, des épistaxis surviennent, le ventre se ballonne et devient douloureux au niveau de la fosse iliaque droite ; la fièvre atteint 38°5 à 39°5, mais les rémissions matutinales sont plus prononcées que dans la fièvre typhoïde ; d'ailleurs, il n'y a ni prostration, ni stupeur, et la douleur s'étend sur tout le trajet du gros intestin ; la marche de la température, l'absence de taches rosées etc., permettront de faire le diagnostic. D'autre part, au bout de plusieurs jours d'atroces douleurs, survient une débâcle avec expulsion de scybales et de muco-membranes et une détente se produit immédiatement.

La durée de l'entérite muco-membraneuse est indéterminée ; tandis que chez certains individus elle ne fait que de rares apparitions, chez d'autres, elle revient fréquemment, résiste au traitement et constitue une cause de souffrance, qui ne cesse qu'avec la vie. La guérison absolue est, en somme, très rare et les récidives sont fréquentes ; le pronostic est donc grave à certains égards. Merland de Chaillé aurait vu la mort survenir chez trois de ses malades : l'un serait mort de méningite, un autre d'épuisement nerveux, un troisième d'hématémèse ; ce dernier était cachectique, avait des pétéchies et de l'œdème des membres inférieurs.

VII

Diagnostic. — Le diagnostic de l'affection est fort difficile ; il est même, le plus souvent, impossible dans la majorité des cas, avant l'expulsion des muco-membranes.

Au début, Williams insiste sur la sensation de constriction, de corde serrée autour du corps, sur la sensation de brûlure semblable à celle que produirait un courant d'eau chaude, traversant l'intestin ; la moiteur des mains serait également constante au début (Da Costa).

On ne confondra pas les douleurs de l'entérite muco-membraneuse avec celles de la gastralgie qui a son siège à l'épigastre et survient peu de temps après l'ingestion des aliments ; dans la colite, la douleur se manifeste, en général, trois ou quatre heures après les repas.

La confusion avec la dilatation de l'estomac est possible, d'autant plus que les troubles nerveux sont les mêmes dans les deux cas ; d'ailleurs, la dilatation de l'estomac peut accompagner l'atonie intestinale.

Dans quelques cas, on a pu croire à l'existence d'un cancer de l'estomac, chez des gens âgés, dyspeptiques, au teint jaunâtre, habituellement constipés ; mais les symptômes inquiétants disparaissent à la suite de l'administration de quelques purgatifs.

Le diagnostic ne pourra longtemps rester en suspens avec un cancer de l'intestin. Axenfeld a vu une dame âgée de cinquante ans, au teint cachectique, ayant dans sa famille des antécédents cancéreux et présentant un empâtement douloureux de la partie droite de l'abdomen, chez qui l'on pouvait légitimement soupçonner une tumeur maligne de l'intestin et qui, cependant, n'était atteinte que

d'entéro-colite chronique ; en général, la marche de la maladie, la cachexie rapide du cancer permettront le diagnostic.

Signalons la confusion possible, au moment des crises douloureuses, avec la colique de plomb. En ce qui concerne la colique hépatique, la méprise sera d'autant plus aisée sur l'instant, que des congestions du foie, accompagnées de subictère, peuvent survenir de temps à autre au cours de l'entérite muco-membraneuse ; nous avons vu d'ailleurs que la lithiase biliaire pouvait, chez certains malades, alterner avec les poussées d'entérite.

Parfois, l'attention peut être détournée de l'intestin par les troubles réflexes siégeant en d'autres organes ; ainsi, dans un cas de M. Thévenot (1), les envies fréquentes d'uriner, la dysurie avaient fait croire à une colique néphrétique.

Nous avons vu précédemment que, dans un cas, tous les symptômes observés avaient fait songer à un étranglement interne, et que les épisodes fébriles avaient souvent été pris pour des fièvres typhoïdes. Certaines formes d'entérite muco-membraneuse peuvent simuler la dysentérie ; ainsi, dans quelques cas, on ne trouve dans les selles qu'un petit nombre de filaments mélangés aux selles ou expulsés en même temps que les matières fécales, ou bien des débris informes assez semblables aux pellicules membraneuses que contiennent si fréquemment les selles dysentériques ; pour peu que les matières soient teintées de sang, que les évacuations alvines soient fréquentes et accompagnées d'épreintes, qu'il y ait, enfin, un mouvement fébrile assez prononcé, on pourra croire de prime abord à l'existence d'ulcérations dysentériques de l'intestin, et à l'élimination de la muqueuse intestinale mortifiée ; d'ailleurs, des conglomérats de mucus concret peuvent être rejetés au cours de la dysentérie ; mais, dans cette maladie, les lambeaux membraneux sont le plus souvent des fragments de muqueuse, dont le microscope permet de retrouver tous les éléments constitutifs ; de plus, on y trouve de la fibrine, des éléments du tissu conjonctif et des fibres élastiques ; les doutes seront donc levés après l'examen histologique des produits excrétés.

Dans tous les cas d'entérite muco-membraneuse le diagnostic devra être confirmé par l'examen des concrétions membraniformes ; rappelons que de nombreuses méprises ont été commises : bien souvent les rubans membraneux ont été pris pour des fragments de tænia. M. Langlet a vu une dame que l'on avait traitée durant trois ans pour le tænia ; inversement, des morceaux d'albumine coagulée, qui n'avaient pas subi l'action des sucs digestifs ont pu être confondus avec les muco-membranes (Nothnagel, Potain).

Dans le cas d'hydatides éliminées par l'intestin, les fragments sont plus ou moins minces, blanchâtres, élastiques, assez semblables à du blanc d'œuf coagulé ; ils se composent de membranes disposées en lames minces, stratifiées comme les feuillets d'un livre ; c'est une substance amorphe, homogène, sans fibres, sans cellules, sans bactéries.

La diphthérie intestinale est encore à démontrer ; M. Laget a présenté à la Société anatomique, en 1875, des muco-membranes rendues par un enfant convalescent de croup ; dans ce cas, on aurait pu légitimement croire qu'il s'agissait réellement de pseudo-membranes diphthéritiques, l'examen histologique montra qu'il s'agissait simplement de muco-membranes ; quant au muguet gastro-intestinal, il coïncide toujours avec le muguet buccal et se présente dans des circonstances étiologiques bien déterminées ; d'ailleurs, rien de plus aisé que de constater au microscope le mycelium et les spores de l'oïdium albicans.

Une erreur, qui a été quelquefois commise, consiste à prendre les muco-membranes pour des lambeaux de muqueuse expulsés à la suite d'invagination de l'intestin ; toutes ces causes d'erreur sont faciles à éliminer, puisque l'examen des muco-membranes devra toujours être fait.

VIII

Traitement. — Les indications du traitement sont les suivantes : il faut évacuer les matières fécales accumulées et éliminer les exsudats qui irritent la muqueuse intestinale. Les purgatifs drastiques sont plus nuisibles qu'utiles, les purgatifs salins sont également mal supportés ; tous les médecins s'accordent à prescrire les purgatifs huileux, ou les laxatifs comme le soufre, la manne, la magnésie. M. G. Sée emploie le soufre, la crème de tartre, la magnésie mélangés à parties égales, et donne, à chaque repas, une ou deux cuillerées à dessert de cette poudre ; on peut encore recourir aux graines inertes, comme la graine de lin, de psyllium, etc.

Le mercure employé comme laxatif donne également de bons résultats, soit sous forme de pilules bleues, soit sous forme de calomel (Blondeau) ; on pourrait encore faire usage de la podophylle associée à la belladone. L'emploi de l'électricité a été préconisé dans ces derniers temps. Contre la douleur, il convient d'employer les dérivatifs cutanés (vésicatoires, badigeonnages iodés) et surtout la belladone, de préférence à l'opium qui a l'inconvénient d'entretenir la constipation. Les grands bains chauds amèneront la sédation des troubles nerveux.

Une autre indication nous est donnée par la présence dans les exsudats d'innombrables bactéries ; on pourra chercher à modifier leur terrain de culture en prescrivant soit le naphtol, soit la naphtaline ; en tous cas, des irrigations rectales chaudes avec de l'eau saturée d'acide borique, par exemple, seront fréquemment prescrites.

Le traitement général comporte l'emploi du massage et de l'hydrothérapie ; les malades devront se livrer à un exercice modéré.

Quant au régime alimentaire, il consistera en viande crue, délayée dans le bouillon, viande rôtie de bœuf, gibier, poisson cuit à l'eau, légumes secs en purées. Le lait est souvent mal supporté ; les œufs ne se digèrent pas toujours facilement ; les acides, les crudités, les fruits acides sont contraires.

Comme boissons, M. G. Sée recommande le vin de Bordeaux coupé avec une eau carbonatée calcaire (eau de Pougues), de préférence aux eaux carbonatées sodiques, ou bien du thé ; à la fin des repas, du vin pur d'Espagne ou une liqueur non sucrée.

Enfin, la cure sera complétée par l'envoi des malades à certaines eaux minérales, telles que Luchon, Plombières, Vichy, Carlsbad ; les malades nerveux et affaiblis se trouveront bien d'un séjour à Néris.

(1) Thévenot. *Union médicale*, 1883, nº 108.

ÉRYSIPÈLE INFECTIEUX DE LA TÊTE, DIX-HUIT ABCÈS

Par M. le docteur GROUSSIN (de Bellevue).

Conclusions. — Un érysipèle bénin peut engendrer, par contagion, un érysipèle malin ou infectieux, surtout sur un sujet prédisposé par des fatigues physiques, intellectuelles et morales. Un érysipèle infectieux se termine quelquefois, mais très rarement, par une quantité d'abcès, variant de un à soixante, apparaissant au début de la convalescence. La convalescence de cette maladie est fort longue, même chez un sujet d'une bonne constitution et beaucoup plus longue qu'on le croit généralement, surtout pour l'œdème; dans le cas présent, ce n'est que vers la fin du troisième mois que le sujet avait recouvré la plénitude de la santé. L'érysipèle de la face et du cuir chevelu, avec ou sans abcès, se termine le plus souvent par la guérison; on cite pourtant des cas mortels, et, cette année même, notre société a perdu ainsi un de ses membres les plus estimés. (*Société méd.-prat.*, 11 fév. 1889).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mai 1889. — Présidence de M. LE DENTU.

DISCUSSION SUR LE DRAINAGE

M. NICAISE rappelle que le drainage a rendu de grands services et a été une des raisons de succès de la méthode antiseptique. En revanche, il n'a pas de sérieux inconvénients. Sans doute, il serait à désirer que l'on pût le supprimer et recourir toujours au pansement unique et permanent; mais il faut tenir compte de l'exsudation post-opératoire des plaies, exsudation augmentée par le lavage à l'eau phéniquée forte, comme l'a recommandé Lister, comme on le fait dans la plupart des universités allemandes. Dès 1886, M. Nicaise a supprimé ces lavages de la plaie et les a remplacés par une simple toilette avec une éponge imprégnée d'un liquide antiseptique, ce qui a diminué considérablement l'exsudation et lui a permis de retirer le tube à drainage dès le second jour.

On ne peut discuter isolément la question du drainage; elle dépend de l'abondance de l'exsudat et surtout de la façon dont les chirurgiens traitent les plaies au cours de l'opération. M. Nicaise reste donc encore un partisan du drainage.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle avoir déjà dit, lors de la communication de M. Defontaine, ce qu'il pensait du drainage; il n'a pas changé depuis d'opinion. Il a essayé de supprimer le drainage et ne s'en est pas bien trouvé. Il a fait, ces derniers jours, une résection du genou devant M. Bœckel et a procédé comme lui, sans ligature, sans suture osseuse, sans drainage. Son malade a beaucoup plus souffert après l'opération, s'est plaint de la position du membre et a eu une légère élévation de température. Il ne lui semble pas qu'il y ait là de grands avantages. Si petite que soit la douleur, elle a une grande importance, surtout pour la résection du genou, où il faut avoir affaire à des malades très dociles et qui ne bougent pas. M. Lucas-Championnière reste donc partisan du drainage, tout en faisant un seul pansement. Il retire son tube, dans les résections du genou, du dix-huitième au vingtième jour; il ne trouve aucun inconvénient à cette manière de faire. M. Lucas-Championnière supprime cependant le drainage dans les opérations abdominales.

Il y a longtemps qu'il combat le lavage des plaies; il le considère comme absolument inutile. Il blâme les accoucheurs de faire de grandes injections et rappelle que Lister a dit, il y a longtemps, que l'antiseptique était dangereux pour les éléments anatomiques comme pour les microbes, et qu'il faut en user le moins possible. Dans le lavage de l'abdomen, surtout préconisé par Lawson Tait, on poursuit un but tout particulier; mais pour quiconque fait de la bonne antisepsie, ce lavage est inutile et M. Lucas-Championnière ne le pratique pas. En résumé, le drainage donne une grande sécurité et a si peu d'inconvénients qu'il n'y a pas lieu de le supprimer, quels que soient, d'ailleurs, les avantages incontestables de sa suppression, jugée possible par M. Lucas-Championnière.

M. DESPRÉS défend le drainage des plaies, et surtout des plaies opératoires. Chaque fois qu'il fait, par exemple, une amputation sous-astragalienne, il place un drain et pense que tous les chirurgiens doivent en faire autant. Que l'on soit antiseptique ou que l'on ne le soit pas, il y a des lois physiologiques inéluctables, il y a des liquides qui se produiront à la surface des plaies et dont il faut assurer la sortie. Le drain est une soupape de sûreté. La réunion par première intention peut être obtenue sans antisepsie et même sans drainage, mais il y a des cas où on a eu des désastres. Le drainage est d'autant plus utile qu'on recherche davantage la réunion par première intention. M. Bœckel a dit qu'il ne se préoccupait pas de l'hémostase, mais il a oublié que M. Alphonse Guérin avait soutenu la même opinion avec son pansement par occlusion.

M. KIRMISSON a vu M. Lister et a pu s'assurer qu'il ne fait jamais le lavage des plaies. Pour ce qui est du drainage, M. Kirmisson a tenté d'en faire la suppression; il lui est arrivé de réussir, mais il lui est arrivé de voir des malades, guéris en apparence, avoir plus tard une accumulation de sérosité qui rouvrait la cicatrice. M. Kirmisson en est donc revenu à l'usage des drains enlevés de très bonne heure. Depuis qu'il emploie cette méthode, il a vu les guérisons s'effectuer plus rapidement. Pour certaines plaies, celles du cuir chevelu pour l'ablation des loupes, par exemple, où on peut obtenir un parfait affrontement, il supprime le drain; de même pour les ovariotomies. Mais pour toutes les autres opérations, il conserve le drainage.

M. POZZI se montre également partisan du drainage.

M. TERRIER croit qu'on ne saurait établir de règles précises à ce sujet et qu'il ne faut pas dire qu'il faut toujours ou ne jamais drainer. Cela dépend uniquement, pour lui, de l'infection possible de la plaie. Si l'on est absolument certain d'avoir une plaie bien complètement aseptique, on peut se passer de drain; pour peu qu'on ait le moindre doute sur l'asepsie de la plaie, il faut drainer. M. Terrier agit, à cet égard, pour les ovariotomies comme pour les autres opérations; il en est où il croit utile de placer un drain; il en est aussi, en bien plus grand nombre, où l'on peut se passer de drain.

COMMUNICATION

Résection de l'astragale et du calcanéum. — M. OLLIER apporte de nouvelles observations en faveur de l'ablation de l'astragale et du calcanéum. Il montre la photographie d'une femme de vingt-sept ans, à laquelle il a enlevé, il y a sept ans, l'astragale et le calcanéum. Depuis ce temps, le pied de cette femme s'est notablement amélioré et l'on peut juger aujourd'hui du résultat définitif de l'opération.

M. Ollier montre les photographies de quatre cas semblables un peu plus récents; l'un se rapporte à un jeune homme de vingt ans auquel il a enlevé, il y a quatre ans, le calcanéum et, consécutivement, l'astragale. Ce sujet a fait, quatre ans après l'opération, 75 kilomètres à pied; il marche comme tout le monde, malgré la flexion exagérée du gros orteil.

M. Ollier communique deux autres cas semblables et conclut de ces faits que l'ablation du calcanéum et de l'astragale donne des résultats très satisfaisants.

PRÉSENTATIONS

Gangrène du pouce à la suite de bains phéniqués. — M. CH. MONOD présente une jeune fille âgée de dix-neuf ans, atteinte de gangrène sèche, momifiante, du pouce de la main droite; gangrène due à l'emploi intempestif de bains phéniqués prolongés. Le pouce, à partir du milieu de la première phalange, est transformé en une masse sèche et dure comme corne, noire avec reflets brunâtres, à la surface de laquelle on distingue encore les plis et sillons de la peau; il se termine par une extrémité effilée, ratatinée, ridée comme un vieux pruneau desséché,

portant encore un ongle bien distinct. La limite de la partie morte, très nettement tranchée, forme une ligne circulaire, coupant le doigt suivant un plan transversal, absolument perpendiculaire à l'axe de doigt.

Cette jeune fille raconte qu'il y a un mois environ, s'étant fait une profonde coupure au pouce, elle a été trouver un pharmacien, qui lui a conseillé de tremper la partie malade dans une solution phéniquée, dont elle ne peut dire le titre. Cette immersion locale, qui n'était nullement douloureuse, a été répétée quotidiennement pendant quinze jours; elle était prolongée chaque fois pendant un quart d'heure.

La malade est venue demander conseil à l'hôpital Saint-Antoine, il y a quelques jours, alors que la gangrène était confirmée.

MM. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, ROUTIER, NICAISE, TERRIER rapportent plusieurs cas absolument semblables observés dans les mêmes conditions.

M. TERRILLON a vu à l'Institut Pasteur plus de dix morsures de doigts traitées de la même façon et suivies de gangrène.

Néphrectomie pour rein calculeux. — M. CH. MONOD présente un rein enlevé par lui chez une femme d'une quarantaine d'années, atteinte depuis l'âge de douze ans de douleurs du flanc droit, qui revenaient par crises et s'accompagnaient parfois d'émissions de graviers. Le rein qui formait dans ce flanc une tumeur manifeste a été enlevé sans difficulté ni incident opératoire.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agissait bien de calculs rénaux. Le rein est transformé en une poche polykystique, renfermant de nombreux calculs de diverses dimensions. Le plus volumineux est un calcul ramifié qui occupe le bassinet; il a tout l'aspect d'un corail étendant ses branches dans les cavités kystiques voisines. Les autres sont disséminés dans la substance rénale; leur volume varie : les uns ne dépassent pas celui d'un pépin de pomme, les autres sont gros comme un grain de raisin. Le rein était, en outre, distendu par une collection séro-sanguine. Il ne renfermait pas de pus.

La séance est levée.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Concours d'admission en 1889.

Par décision du 8 mai courant, le ministre de la Guerre a fixé ainsi qu'il suit le nombre des candidats à admettre cette année à l'emploi d'élève du service de santé militaire.

Candidats à 16 inscriptions	3
— 12 —	5
— 8 —	30
— 4 —	45

Les élèves à 16 inscriptions n'entreront pas à l'École de Lyon. Ils recevront une indemnité de 100 francs par mois, à partir de leur admission, et devront être reçus docteurs avant le 1er février 1890, époque à laquelle ils seront admis, comme stagiaires, à l'École d'application du Val-de-Grâce. Les élèves des trois autres catégories entreront à l'École de Lyon à une date qui leur sera notifiée en même temps que leur nomination.

On rappelle que, pour la dernière fois cette année, les candidats à 16 et à 12 inscriptions sont admis au concours, et, que, pour la dernière fois en 1890, le concours sera ouvert aux élèves à 8 inscriptions, l'École ne devant plus, dès 1891, recevoir que des étudiants possesseurs de 4 inscriptions et ayant subi avec succès le premier examen de doctorat.

Pour tous autres renseignements, se reporter à l'instruction du 1er mars 1889, publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 256.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 mai 1889, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Viancin, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 mai 1889, ont été nommés officiers d'Académie :

MM. les docteurs Bonnet (à Sidi-bel-Abbès); Gibard et Rattel (à Paris).

— La séance d'ouverture de l'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le dimanche 12 mai, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

— La Société obstétricale et gynécologique de Paris, dans sa séance du 9 mai 1889, a déclaré la vacance pour une place de membre titulaire. — Aux termes des statuts, les candidats sont tenus de faire acte de candidature, par une communication écrite ou orale faite en séance publique.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 13 juin à trois heures et demie, au siège de la Société, 28, rue Serpente.

— Une dépêche télégraphique nous annonce l'assassinat de notre regretté confrère Cassan, médecin de l'hospice du Bon-Sauveur, à Albi.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Savary (de Saint-Benoît-sur-Loire).

— M. le docteur Doléris commencera son cours de gynécologie le lundi 20 mai 1889, à quatre heures et demie, et le continuera les vendredis et jeudis suivants, à la même heure.

— MM. les docteurs Mauriac, Du Castel, Balzer, de Beurmann, Humbert et Pozzi, médecins et chirurgiens des hôpitaux du Midi et de Lourcine, se réuniront tous les mercredis à neuf heures et demie, pour faire des conférences sur les malades les plus intéressants de leurs services.

La première conférence aura lieu, à l'hôpital du Midi, le mercredi 15 mai; la deuxième. le mercredi 22 mai, à l'hôpital de Lourcine; la troisième, le mercredi 29, à l'hôpital du Midi. Ces conférences se continueront, à la même heure, les mercredis suivants, alternativement à l'hôpital de Lourcine et à l'hôpital du Midi.

— M. Daubrée commencera le cours de géologie le mardi 14 mai à quatre heures et quart précises, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et spécialement des actions chimiques et mécaniques qu'ont subies les roches depuis leur formation dans diverses parties de l'écorce terrestre. — Il exposera aussi les principes et les faits généraux de la géologie comparée.

En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, docteur ès sciences, à qui est confiée la direction des excursions géologiques.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 55. — MARDI 14 MAI 1889. 62e ANNÉE. MARDI 14 MAI 1889. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1858 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

De la mort apparente.

Dans quelles circonstances peut se produire la mort apparente ? Il y a d'abord à résoudre une question d'âge : les vieillards, les enfants, les nouveau-nés, en un mot toutes les personnes dont la vigueur n'est pas très grande y semblent prédisposées.

Pour les nouveau-nés, il est bien démontré que ceux qui arrivent après un accouchement difficile restent quelquefois deux, trois et quatre heures en état de mort apparente. Du reste, les gens qui élèvent des petits chats ou des petits chiens savent très bien qu'ils ne commencent parfois à respirer qu'après un bain d'eau chaude d'une demi-heure ou d'une heure, et Paul Bert a établi qu'il existe, chez les nouveau-nés, une résistance particulière des tissus : de là la tolérance de ces jeunes sujets à certaines intoxications, et, en particulier, à la strychnine.

Une des catégories qui causent le plus d'erreurs, ce sont les hystériques, qui peuvent vivre comme des animaux hibernants, et qui font, en une journée, 3 grammes d'urée au lieu de 20 grammes et 40 grammes de vapeur d'eau au lieu de 550 par vingt-quatre heures. Il peut donc très bien se faire qu'il y ait, dans ces conditions, apparence de mort. Vous savez, d'ailleurs, que l'hystérique aime à mentir et à se donner en spectacle. Mais il se réveille ordinairement au moment psychologique, c'est-à-dire quand on veut le mettre en bière.

J'arrive à la grande cause des morts apparentes, à la syncope. A ce point de vue, il faut accorder une certaine valeur aux émotions ; on dit : il est mort de peur, de chagrin, de douleur. En effet, il y a quelques années, une femme qui cueillait des bluets dans un champ, surprise et poursuivie par le propriétaire, tombe tout d'un coup : elle était morte. Le pape Léon X serait mort de joie en apprenant la mort d'un de ses ennemis.

Vous savez tous que, lorsqu'un individu a fait une maladie grave, il tombe facilement en syncope, au moment où il commence à se lever. Il y a donc un défaut de circulation à l'intérieur de l'encéphale, ainsi qu'une stase veineuse des membres inférieurs chez les convalescents, et il peut en résulter des accidents simulant la mort.

Mais voici une autre cause de syncope. En Amérique et en Autriche-Hongrie, on pend les condamnés au lieu de les décapiter. Or, à Boston, un individu, qui avait été pendu à dix heures du matin et dépendu à dix heures vingt-cinq, fut transporté aussitôt à l'amphithéâtre où, une heure après, son pouls recommençait à battre. On ouvrit le thorax et on constata quarante battements du cœur par minute; ces battements ne s'arrêtèrent définitivement qu'à deux heures quarante-cinq.

Hoffmann rapporte un second cas de ce genre. Il s'agit d'un condamné, dont le cœur avait repris également quelques pulsations à son arrivée à l'amphithéâtre. On télégraphia au ministre de la Justice, pour savoir ce qu'il fallait faire et il répondit : « Faites-le revenir à la vie. » Cette mansuétude n'a pas profité au pendu, il est mort avec des accidents de bronchite. Il suffit d'un lien faisant un peu de compression sur les carotides, pour amener une syncope consécutive à l'anémie cérébrale. Mais, lorsque la corde a été mal placée, une des carotides peut échapper à la compression et la circulation peut être entretenue dans le cerveau. Dans le cas d'Hoffmann, le condamné avait déjà, en prison, une hypertrophie ganglionnaire, et on a constaté que la circulation des carotides était beaucoup plus difficile à arrêter au milieu de cette gangue.

J'accepte très volontiers la théorie d'Hoffmann, mais il est assez singulier de voir que le cœur s'arrête, alors qu'il y a simplement anémie cérébrale, tandis que, chez les décapités, le cœur continue à battre vingt minutes après que la tête a été détachée du tronc.

Lorsque vous vous trouvez en présence d'un individu mort subitement, vous devez le considérer comme un suspect de vie et prendre toutes les précautions nécessaires pour le ranimer. Il n'est pas prouvé qu'on n'en rappellerait pas un plus grand nombre à la vie, si on apportait un peu plus de conviction dans les soins qu'on leur donne. Il y a dans les maladies infectieuses, dans les fièvres algides, des exemples remarquables de résurrection. Et nous savons qu'il se produit, dans certaines maladies infectieuses, de véritables poisons, des ptomaïnes, ayant des propriétés anesthésiques absolument caractéristiques : si on injecte quelques ptomaïnes à une grenouille, elle garde pendant plusieurs heures les attitudes cataleptiques qu'on veut bien

lui donner, par exemple celle du pacha ayant du ventre.

Il faut rappeler, à propos de la mort apparente, les expériences de congélation chez les animaux. Nous ne connaissons chez l'homme que l'exemple d'un grenadier, qui aurait passé plusieurs heures dans l'eau, au mois de janvier, et qui serait revenu à lui, grâce aux soins d'un jeune chirurgien qui, dans cette circonstance, eut raison contre son chef.

Il faut ranger dans une autre catégorie de morts apparentes, celles qui surviennent à la suite de commotions du système nerveux, et, en première ligne, il faut placer la fulguration. Le livre de M. Sestier rapporte dix-sept cas, où des foudroyés seraient restés en état de mort apparente, pendant un temps qui varie de quelques minutes à trois heures. Les médecins qui ont pris ces observations affirment qu'on ne sentait pas le pouls. Il y a eu là une excitation extrêmement vive, portant sur un centre nerveux capable d'arrêter le cœur. Les expériences que nous avons tentées sur des animaux ne nous ont pas donné de résultats satisfaisants. Ce qu'il y a de certain, c'est que M. le docteur Boudin, se trouvant sur un navire, vit un matelot foudroyé par une décharge électrique ; après avoir essayé en vain de le rappeler à la vie par tous les moyens indiqués, il eut l'idée de le soumettre à l'action des grêlons qui tombaient sur le pont, et ce nouveau traitement a réussi après une heure un quart de mort apparente.

Voici un autre exemple de commotion du système nerveux qui a été publié du reste dans des conditions peu médicales. Au second siège de Constantine, le général Trézel reçut une balle qui lui traversa le cou et il tomba comme mort. Son aide de camp, M. de Morny, le mit sur un brancard et l'envoya à l'ambulance où il guérit si bien qu'il a fini comme ministre de la Guerre, en 1848. Pour ma part, le seul fait de cet ordre que j'ai vu, c'est lorsque j'étais interne à la Pitié : on avait amené un petit fumiste qui était tombé d'un toit dans la rue, et le directeur ne voulait pas le recevoir, sous prétexte qu'il était mort. Je déclarai, un peu contre la vérité, que j'entendais les battements du cœur et j'obtins qu'il restât à l'hôpital, d'où il est sorti le lendemain matin sain et sauf.

En somme, tous ces faits peuvent être classés sous le titre de syncopes ou de commotions cérébrales.

Il y a aussi la mort apparente par suffocation, sous un éboulement de terre. On a vu des individus revenir à la vie après un enfouissement de huit et quinze jours. Dans un certain nombre de cas, ils étaient entourés d'une espèce de cage d'air, mais quelques-uns, qui ont été retirés au bout de deux ou trois jours, n'avaient pas la moindre provision d'air. Des expériences, faites dans des matières pulvérulentes, ont démontré à M. Tourdes que les animaux résistaient, pendant plusieurs heures, sous les cendres, mais moins longtemps sous le sable.

On cite des exemples dans lesquels on serait parvenu à rappeler à la vie des individus qui paraissaient avoir succombé à une asphyxie par les vapeurs de charbon. En 1853, le docteur Harmand (de Nancy) a rappelé à la vie, plusieurs heures après l'accident, un cocher qui avait été asphyxié par un poêle et qui avait été traité, par un autre médecin, pour une attaque d'apoplexie.

Il importe aussi de ne pas se méprendre sur les phénomènes de l'ivresse. Il existe deux exemples remarquables de mort apparente dans ces conditions : l'un, rapporté par M. Laborde, a trait à une ivrognesse qui avait 24 degrés de température rectale ; l'autre, qui appartient à M. Bourneville, est celui d'un pensionnaire de Bicêtre qui avait 25 degrés de température rectale ; tous les deux ont pu être rappelés à la vie.

Je ne vous parlerai pas beaucoup des anesthésiques. Lorsqu'on se trouve en présence d'une mort résultant d'inhalation de chloroforme, je crois qu'en général, on se décourage beaucoup trop tôt et que des efforts prolongés seraient souvent couronnés de succès. On parlait beaucoup autrefois des narcotiques : il n'y a là qu'un diagnostic à faire entre le sommeil et la mort.

Comme conclusion de cette étude, je vous dirai qu'au point de vue des mesures à prendre pour empêcher les inhumations prématurées, il faut que nous demandions que la réalité de la mort soit établie par un examen médical ; et d'autre part, il faut que les médecins, chargés de constater les décès, sachent qu'ils ont à se méfier des états hystériques et syncopaux. Nous entendons très bien les battements du cœur, quand le muscle se contracte avec force, mais vous avez vu, dans les expériences de vivisection, que les mouvements du cœur sont, sans s'arrêter, mal rythmés et très faibles à un moment donné. Il n'est pas prouvé que nous devrions les entendre à travers la paroi thoracique. Ils sont assez faibles pour que la mort soit manifeste, mais du moment qu'ils existent, elle n'est pas réelle.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LANCEREAUX

Quelques formes de tuberculose pulmonaire.

(Leçon recueillie par M. le docteur Paul RAYMOND, ancien interne des hôpitaux.)

La consultation d'hier a amené dans nos salles quatre malades atteints de cette affection si commune, la tuberculose pulmonaire. La fréquence de cette maladie, le peu de prise que nous avons sur elle, je dirais même notre impuissance thérapeutique, font que nous passons souvent devant les lits des tuberculeux sans nous y arrêter et que nous nous contentons, malheureusement trop souvent aussi, de leur offrir le gîte où ils doivent terminer leur triste existence. Je pense, cependant, que s'il est impossible dans la majorité des cas (je ne dis pas toujours) de guérir une tuberculose pulmonaire dans ses phases avancées et lorsque la maladie a déjà fait de rapides progrès, il n'en est pas de même lorsqu'elle n'est encore qu'à son début ou lorsqu'elle se présente sous certaines formes bien déterminées. C'est de ce début, toujours le même pour certaines catégories de malades, c'est de quelques-unes de ces formes que je désire vous entretenir. Je pense aussi que si les recherches microbiologiques auxquelles se sont livrés dans ces dernières années les médecins de tous les pays, ne nous ont pas encore donné, quant à la médication qui conviendrait à nos tuberculeux, les résultats qu'on peut en attendre, il n'en est pas de même des enseignements de l'hygiène qui nous ont montré dans quelles conditions et comment se développent certaines de ces tuberculoses; comment par suite, puisque prévenir est plus facile que guérir, nous pouvons nous opposer à l'éclosion d'un certain nombre de ces tuberculoses, de quelle façon enfin nous pouvons nous attendre à voir évoluer la maladie et comment nous devons chercher à l'enrayer.

Le premier de nos malades est un homme âgé de trente-

quatre ans, fort et vigoureux d'apparence, qui exerce la profession de cocher. Cet homme raconte qu'il maigrit depuis quelques mois et qu'il tousse principalement le matin. Dans ses antécédents, on ne relève aucune trace de tuberculose, et il s'est très bien porté jusqu'à ces derniers temps, malgré les intempéries auxquelles l'expose sa profession. Il a perdu l'appétit, ses nuits sont devenues mauvaises, les forces ont notablement diminué, mais c'est surtout son amaigrissement qui l'affecte, c'est sur lui qu'il attire tout particulièrement l'attention. Si l'on interroge cet homme, il ne fait aucune difficulté d'avouer que, depuis quelques années déjà, il se livre à des excès alcooliques. D'ailleurs, les cauchemars terrifiants qu'il accuse toutes les nuits, le masque spécial de son visage, son regard vague et sans expression, le tremblement de sa langue, les pituites qu'il présente chaque matin, ne nous laissent aucun doute à ce sujet. Nous pouvons même aller plus loin, et nous basant sur l'exagération du réflexe plantaire, sur l'hyperesthésie cutanée, au niveau de certains points de l'abdomen (points répondant au point dit ovarien chez la femme) et du thorax (émergence des branches antérieures des nerfs intercostaux), ainsi que sur certains autres signes de névrite périphérique toxique, nous pouvons, dis-je, affirmer que cet homme est profondément intoxiqué, et qu'il est intoxiqué par les essences. De fait, en dehors des deux ou trois litres de vin que boit notre malade dans sa journée, il avoue un certain nombre de verres d'absinthe, de vermouth, de bitter, etc. Continuons à examiner notre malade : nous ne tardons pas à nous apercevoir que la dénutrition est arrivée chez lui à un haut degré. Si vous excitez certains de ses muscles, ils font la corde. C'est là un bon signe de dénutrition : lorsque vous pressez entre les doigts le biceps de votre malade et que vous le pincez brusquement, vous voyez survenir une contraction idio-musculaire qui persiste plus ou moins longtemps. De même, lorsque vous imprimez une secousse au muscle grand pectoral; de même encore, lorsque vous percutez, d'une façon saccadée, les muscles sus-épineux, etc. Ce dernier phénomène est beaucoup plus rare, mais il existe chez notre malade. Le myoœdème, comme on a appelé ce phénomène, est un bon signe de dénutrition, mais rien de plus. On a voulu lui faire jouer un certain rôle dans le diagnostic de la tuberculose au début : Lawson Tait lui attribuait cette valeur, mais il y a là une exagération évidente. Vous retrouverez d'ailleurs le myoœdème dans un grand nombre d'affections, où l'adynamie s'unit à une dénutrition rapide, dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, par exemple. Quoi qu'il en soit, lorsque chez un alcoolique vous rencontrez le myoœdème, vous pouvez conclure que votre malade se dénourrit, et qu'il présente un terrain favorable au développement du bacille de la tuberculose.

Si nous passons maintenant à l'examen des poumons de notre malade, voici ce que nous constatons : le poumon gauche, aussi bien en arrière qu'en avant, est absolument sain, mais il n'en est pas de même à droite. Au sommet droit en avant, rien ou presque rien; mais en arrière, la percussion nous donne une véritable matité, et, à ce propos, je ne saurais trop insister sur l'importance qu'il faut attribuer aux résultats fournis par la percussion. Elle vous permettra souvent, à elle seule, de porter un diagnostic exact : je ne saurais donc trop vous engager à faire l'éducation de vos doigts. Néanmoins, si les signes fournis par la percussion sont quelquefois les seuls qui permettent de soupçonner une tuberculose pulmonaire au début, il n'en est pas ainsi chez notre malade. La palpation nous permet de constater une exagération manifeste des vibrations thoraciques; l'auscultation nous révèle une modification de la respiration dans son rythme, sa durée, son intensité : inspiration soufflante, expiration rude et prolongée; à la toux même, quelques fines crépitations. En résumé, tuberculose pulmonaire débutant par le sommet droit en arrière et arrivée déjà à la deuxième période, à la phase de ramollissement des tubercules. C'est là un cas typique de la tuberculose des alcooliques.

L'alcool, vous le savez, arrête les échanges, ralentit les combustions : il diminue l'appétit et les modifications qu'il imprime aux actes nutritifs sont telles que, s'il est pris en excès, il mine l'organisme qui devient, dès lors, impuissant contre le bacille tuberculeux. Eh bien! lorsque la tuberculose évolue chez un alcoolique, elle présente des caractères à peu près toujours semblables à eux-mêmes. Cette tuberculose commence, en général, par le sommet droit et par le sommet droit en arrière. Il est possible qu'il faille chercher la raison de cette localisation dans les conditions de résistance moindre, que le sommet du poumon droit emprunte à son fonctionnement, relativement restreint; il n'en est pas moins vrai qu'il est, pour ainsi dire, de règle de voir débuter la tuberculose des alcooliques, par le sommet du poumon droit en arrière, sans que ce début soit d'ailleurs absolument spécial à cette forme, car on peut le rencontrer aussi dans quelques autres tuberculoses acquises. Je vous ai déjà dit que quelques auteurs, Aran notamment, attribuaient une certaine valeur aux pleurésies du côté droit, au point de vue de la possibilité d'une tuberculose à venir de ce même côté, mais de tels faits sont loin d'avoir l'importance qu'on leur prêtait autrefois. La tuberculose des alcooliques présente encore certaines particularités que vous devez connaître. Elle commence souvent par une hémoptysie qui se renouvelle, en général, plusieurs fois. Il vous arrivera de voir des hommes, robustes en apparence, des porteurs des halles tout particulièrement, être pris d'un crachement de sang, comme premier phénomène d'une tuberculose qui ne tardera pas à les emporter. C'est qu'en effet, cette tuberculose des alcooliques marche souvent avec la rapidité de la granulie : d'autres fois, c'est une tuberculose pulmonaire à marche moins aiguë; d'autres fois enfin, et c'est là un des caractères intéressants de cette forme, il se fait un temps d'arrêt dans l'évolution de la maladie. Après avoir envahi une portion plus ou moins étendue du poumon, la maladie reste stationnaire, puis au bout de quelques mois, d'un an, de deux ans, elle reprend son évolution, soit sous forme d'une poussée aiguë, soit d'une façon plus lente, mais pour aboutir non moins sûrement à la mort.

Chez nos buveurs de vin, vous me voyez toujours surveiller le foie au point de vue de la possibilité d'une cirrhose; chez tous vos alcooliques, surveillez de même le poumon droit, vous pourrez ainsi démasquer souvent une tuberculose qui assombrira votre pronostic.

Le second de nos malades est un jeune homme de vingt-trois ans, que l'on prendrait plus volontiers pour un enfant que pour un adolescent. Son père buvait, sa mère est morte de la poitrine, nous dit-il : lui-même présente tous les attributs de cet état auquel on a donné le nom d'*infantilisme*. Il est encore imberbe, les poils du pubis sont peu fournis; les testicules sont peu développés, la fonction génésique se montre chez lui au minimum. Sa poitrine est aplatie

d'avant en arrière, son périmètre thoracique est rétréci. Au-devant du sternum, on aperçoit à peine quelques poils clairsemés, longs et grêles. Ses masses musculaires sont flasques : ce jeune homme porte en lui tous les stigmates d'une tare héréditaire. Lui aussi est devenu tuberculeux; j'ai remarqué que, chez ces sujets, c'était encore au sommet droit et en arrière, que l'on trouvait les premiers symptômes de la tuberculose pulmonaire. Dans cette forme, l'hémoptysie est rare. La marche est ordinairement lente; la maladie se comporte d'ailleurs comme la tuberculose chronique vulgaire. Je n'insiste donc pas sur cette forme, qui est celle de l'hérédité tuberculeuse.

C'est une tuberculose du sommet gauche que présente notre troisième malade, mais une tuberculose qui m'a paru débuter le plus souvent par la région antérieure de ce côté; c'est la tuberculose des confinés. Rarement accompagnée d'hémoptysie, elle prend d'ordinaire le poumon en masse comme une pneumonie : c'est cette forme, d'ailleurs, qui se comporte comme la pneumonie caséeuse. L'organe affecté ne tarde pas à se ramollir, il se produit des cavernes, etc. La marche est parfois rapide, la durée ne dépassant pas alors quelques mois. C'est, vous disais-je, la tuberculose des confinés. Notre malade travaille dans une administration où une vingtaine d'employés se trouvent réunis dans une salle basse, sans air et sans lumière : dès midi, le gaz y est allumé. Ce jeune homme séjourne dans cette pièce de neuf heures du matin à six heures du soir. Dans des conditions hygiéniques aussi déplorables, l'organisme devient bientôt incapable de résister à l'invasion du bacille. Cette forme de tuberculose survient de préférence chez des personnes jeunes, qui ont grand besoin d'oxygène, chez les adolescents dont l'accroissement est rapide; aussi l'observe-t-on non seulement dans les ateliers, mais encore dans les lycées, chez les femmes jeunes qui ont eu plusieurs grossesses successives et principalement chez celles qui viennent de quitter la campagne pour habiter la ville. C'est la tuberculose de tous ceux qui ne disposent que d'une ration d'air insuffisante, et c'est une forme dont nous voyons malheureusement les exemples se multiplier chaque jour à Paris.

Notre dernier malade présente lui aussi une forme spéciale de tuberculose, c'est la tuberculose des herpétiques ou des arthritiques. Je n'insiste pas sur les caractères qui me font considérer cet homme comme un herpétique. Chauve dès l'âge de vingt-cinq ans, présentant des varices, des troubles trophiques des ongles, ayant souffert d'hémorrhoïdes, il est atteint d'arthrites déformantes : aux genoux, craquements articulaires, aux petites articulations des doigts, ostéophytes, etc. La tuberculose, qui se développe chez de tels sujets, survient, en général, à un âge déjà avancé et présente quelques particularités. Elle se manifeste souvent, au début, par des hémoptysies qui se répètent fréquemment, mais ce qui est vraiment caractéristique, c'est la lenteur de la marche du processus ulcéreux, les périodes de rémission, la tendance même à la cicatrisation. C'est chez de tels sujets qu'on trouve, à l'autopsie, des tubercules caséifiés, entourés de bandes de tissu scléreux, vestiges d'une tuberculose, guérie en totalité ou en partie.

Vous voyez donc que le pronostic est bien différent, suivant que vous aurez affaire à telle ou telle de ces variétés : grave chez un alcoolique où la tuberculose peut évoluer d'une façon suraiguë et avec une rapidité parfois véritablement effrayante, le pronostic est bien moins sombre chez un herpétique, où la lésion marche lentement et peut tendre d'elle-même à la guérison. Vous comprenez aussi quelle est l'importance de ces notions pour la prophylaxie de la tuberculose : méfiez-vous de la tuberculose chez un alcoolique et interrogez toujours son poumon droit; redoutez la tuberculose chez les jeunes gens dont l'accroissement est rapide et qui n'ont pas un cubage d'air suffisant. Au premier, interdisez rigoureusement les excès alcooliques, prenez garde si vous voyez survenir des signes de dénutrition. Envoyez le second aux travaux de la campagne; proscrivez, d'une façon absolue, la sédentarité et l'encombrement. Mettez à profit toutes ces notions pour démasquer la tuberculose et traitez-la avec vigueur dès sa première période, mais cherchez surtout à en prévenir l'éclosion par une hygiène bien entendue; c'est là le véritable rôle du médecin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. LAPERVENCHE, interne des hôpitaux.)

XVII

Dès 1873 (2), nous avons présenté à l'Académie de médecine une série d'observations d'hystérotomie abdominale

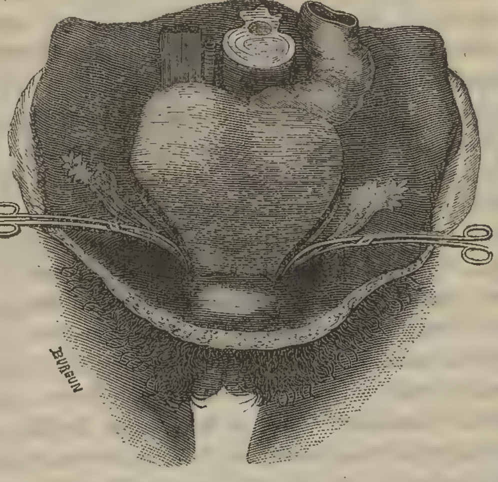


FIG. 34. — Ablation, par pincement et morcellement, d'un fibrome de l'utérus par la voie abdominale. On voit que le pincement des ligaments larges et l'application d'un lien élastique autour du corps de l'utérus ont permis de faire l'hémostasie préventive complète, de réduire le volume de la tumeur par morcellement et de la détacher au niveau de son implantation.

destinées à prouver qu'il est possible d'enlever, sans trop de danger, les tumeurs de l'utérus, quel que soit leur volume, par notre méthode de morcellement. Voici en quoi consiste ce procédé.

Après avoir ouvert la cavité abdominale sur la ligne médiane et mis à nu la tumeur, nous détachons ses adhérences et, si elle est trop grosse pour pouvoir être attirée au dehors par des mouvements de bascule, nous la traversons avec des aiguilles en acier, suffisamment longues et fortes pour conduire des fils de fer destinés à faire l'hémostasie préventive dans les portions les plus accessibles. L'hémostasie faite, nous incisons et excisons les portions rendues exsangues; nous continuons de la sorte jusqu'à ce

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 394.
(2) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1873, p. 812.

que le volume total soit réduit et que le reste puisse être attiré, traversé à son tour au-dessus de son implantation utérine, lié avec des serre-nœuds ou la ligature élastique et réséqué. L'opération terminée, le pédicule est lié et fixé à l'angle inférieur de la plaie, ou suturé et réduit suivant les règles que nous avons longuement décrites dans notre *Traité des tumeurs de l'abdomen et du bassin*. Bien que l'opération ainsi conduite soit de longue durée, elle est bien tolérée et empêche le sang de tomber dans l'abdomen (fig. 35).

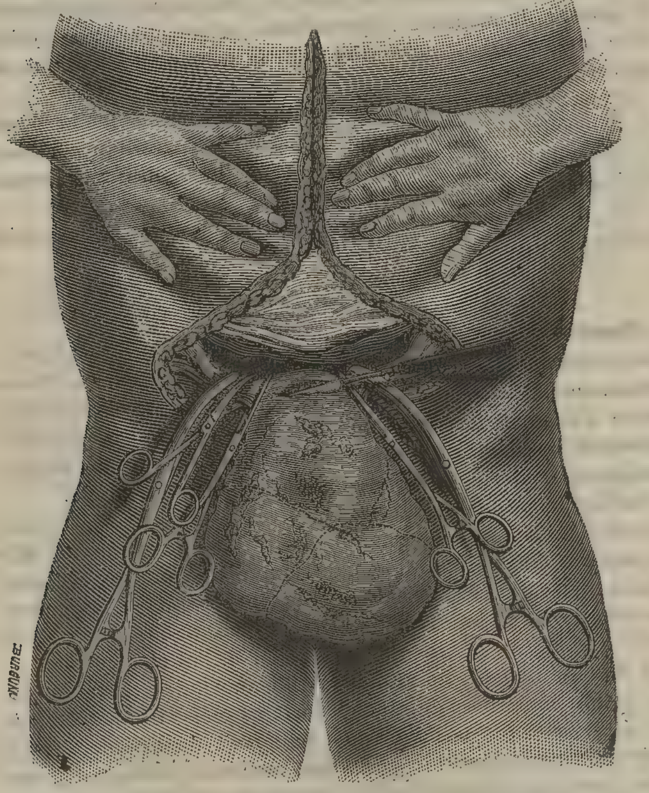


Fig. 35. — Morcellement, par ligatures métalliques, d'un grand fibrome utérin enlevé par la voie abdominale.

Lorsque les tumeurs sont moins volumineuses, nous nous contentons de faire l'hémostasie préventive avec des pinces à mors longs, droits ou courbes, appliquées de chaque côté de l'implantation, sur l'utérus et sur les ligaments larges. Nous mettons au-dessous d'elles un lien élastique suffisamment serré, dont les extrémités sont fixées par nos pinces (fig. 34). De la sorte, il est facile de détacher la tumeur à travers l'utérus à la hauteur voulue. Les pinces sont ensuite remplacées par des ligatures appliquées sur les ligaments larges et sur la surface de section utérine.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE

ÉCHEC DE LA DILATATION LENTE ET DE LA DILATATION RAPIDE, ÉLECTROLYSE LINÉAIRE

Par M. le docteur J.-A. Fort, ancien professeur d'anatomie.

Depuis que M. le professeur Richet a présenté à l'Académie de médecine notre premier mémoire sur notre procédé d'électrolyse appliquée au traitement des rétrécissements de l'urèthre, nous avons publié les observations de deux malades opérés publiquement à sa clinique (2e mémoire, novembre 1888). Une troisième observation a été publiée dans les *Bulletins de la Société de médecine pratique* (nº 12, 1888). Le procédé a été discuté à la même Société dans les séances de juin 1888. Une quatrième opération a été pratiquée par nous, en juin 1888, en présence de M. le baron Larrey, et des docteurs Bergès, Corlieu et Gorecki. En juillet 1888, nous avons pratiqué trois opérations à l'hôpital St Peter's de Londres.

Deux autres opérations, rapportées dans notre deuxième mémoire, ont été pratiquées à la clinique du docteur Gorecki.

La *Gazette des hôpitaux*, du 13 décembre 1888, publie un cas d'électrolyse linéaire se maintenant guéri au bout d'un an; celle du 26 février contient une observation de rétrécissement guéri par l'électrolyse sur un confrère de Bordeaux qui a publié lui-même l'observation. On trouve dans le même recueil un cas intéressant d'électrolyse linéaire chez un sujet, récidivé après uréthrotomie.

Les *Bulletins de la Société de médecine pratique* contiennent la relation de six observations de rétrécissement de l'urèthre guéris par l'électrolyse (nº du 1er mars 1889).

Enfin, la *Gazette des hôpitaux*, dans son numéro du 18 avril dernier, page 419, a publiée une très intéressante observation de rétrécissement traumatique, traité au moyen de l'électrolyse linéaire, par M. Eymer, chirurgien en chef de l'hôpital de Niort.

Les observations publiées jusqu'à ce jour, depuis la présentation de notre premier mémoire, s'élèvent donc à 19. Nous publions aujourd'hui la vingtième.

Obs. XX. — B..., cinquante-huit ans, employé d'octroi, a eu une blennorrhagie avec orchite, en 1855. Il fut traité à l'hôpital militaire de Rome où il se fit admettre de nouveau, quelques semaines après, pour une cystite légère qui dura environ quinze jours.

En 1871, il eut une nouvelle cystite qu'un pharmacien traita par les balsamiques.

En 1875, B... fut atteint de rétrécissement, et subit la dilatation graduelle et progressive. Cette dilatation arriva au nº 16 au bout de six semaines. Le malade ne continua pas le traitement.

En 1887, nouvelle dilatation pendant un mois et demi, dilatation graduelle, tous les jours d'abord, puis tous les trois jours, puis tous les six jours. Au commencement de la dilatation, on employa le nº 6; à la fin, le nº 18. Peu de temps après le malade eut une nouvelle orchite.

En 1888, au mois d'août, le malade se confie à un confrère qui lui pratique la dilatation rapide.

Vers la fin du mois de septembre, le nº 16 est introduit avec force et la bougie est restée en place pendant quelques minutes, malgré une violente douleur ressentie par le malade.

La dilatation rapide fut forcément interrompue, car l'introduction brutale de cette bougie avait provoqué une cystite aiguë.

La cystite dura plusieurs mois. Il y a à peine deux ou trois semaines que le malade se trouve dans un état demi-satisfaisant.

Vers le commencement de mars, il y a une dizaine de mictions pendant le jour et trois pendant la nuit.

Examen du malade. — L'état général ne laisse rien à désirer. Il y a un rétrécissement en voie de formation, de 6 millimètres de diamètre, à 1 centimètre en arrière du méat urinaire. Mais le rétrécissement principal est situé à 18 centimètres et demi, la verge étant tendue. Ce rétrécissement, qui n'admet qu'avec difficulté une bougie nº 8, offre 1 millimètre et demi de diamètre.

Il reste quelques légers symptômes de cystite; douleur après avoir uriné, miction fréquente, urines troubles.

Le malade est soumis à l'électrolyse linéaire, le 14 mars, dans notre clinique; en présence de M. le docteur Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine, et des docteurs Pinel et Fédérowicz.

Après avoir rendu l'urèthre aseptique avec deux injections

boriquées, nous mettons en place les deux pôles de la pile, le négatif dans l'urèthre et le positif à la racine de la cuisse.

Nous prenons 14 éléments de la pile de Gaiffe, qui nous donnent 15 et 16 milliampères, sans provoquer d'autre douleur qu'une légère cuisson.

L'opération dure une minute et quarante secondes. Nous introduisons une bougie n° 20 qui est immédiatement retirée. Il ne s'écoule pas une goutte de sang.

Le malade urine naturellement une heure après. La journée se passe comme s'il n'avait subi aucune opération.

Le 30 mars, la bougie n° 20 pénètre facilement dans l'urèthre. Le malade urine longuement et, n'était une légère cuisson qu'il ressent en urinant, il se trouverait dans des conditions absolument normales.

Nous suivrons ce malade avec soin. Nous n'en parlons aujourd'hui qu'au point de vue du résultat immédiat que personne, du reste, ne songe plus à contester.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mai 1889. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

RAPPORTS

Mesures à prendre pour combattre la transmission des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants. — M. COMBY, au nom d'une commission composée de MM. Cadet de Gassicourt, Grancher, Sevestre, Labric, Jules Simon, Descroizilles, Ollivier, d'Heilly, Legroux, Hutinel, Comby, lit un rapport dont voici les conclusions :

1° Pour prévenir les dangers de contamination par les consultations hospitalières, un interne spécial sera chargé de faire la sélection des enfants avant leur entrée dans la salle d'attente commune; il aura pour mission de recevoir d'urgence, dans les pavillons d'isolement, les enfants atteints de maladies contagieuses, et de diriger dans des salles distinctes de la salle d'attente commune les contagieux qui ne viennent que pour la consultation.

2° Des chambres d'isolement, en nombre suffisant pour recevoir les cas douteux, seront construites dans chaque hôpital d'enfants.

3° Les pavillons d'isolement de la diphthérie devront être pourvus de chambres à lit unique, en nombre suffisant, pour les cas de diphthérie associée à d'autres maladies contagieuses. Ces chambres, quoique annexées au pavillon, devront être cependant suffisamment isolées.

4° Chaque hôpital d'enfants doit être pourvu au moins de trois pavillons d'isolement pour la diphthérie, la rougeole, la scarlatine et d'un quatrième pavillon, dit de rechange.

5° L'Administration est invitée à remplacer les grandes salles par des salles de 6 à 8 lits dans la construction des pavillons futurs.

6° Le personnel de chaque pavillon devra être isolé des autres personnels dans la mesure du possible.

7° Le personnel hospitalier (infirmiers et infirmières) et le personnel médical (élèves) seront augmentés suivant les nécessités du service, et conformément à l'avis des médecins.

8° L'hôpital Trousseau sera pourvu, dans le plus bref délai, d'une étuve à vapeur sous pression semblable à celle qui a été installée et qui fonctionne dans les deux autres hôpitaux d'enfants.

9° Tous les vêtements, toute la literie, tous les objets (y compris les jouets) qui auront pu être souillés par des enfants atteints ou soupçonnés de maladies contagieuses seront désinfectés par l'étuve; seront également passés à l'étuve les vêtements et couvertures qui servent au transport des enfants suspects à l'hôpital; il en sera de même des vêtements de tous les enfants, quels qu'ils soient, qui entrent à l'hôpital, même pour une affection chirurgicale.

10° Aux pavillons d'isolement seront annexés des vestiaires indépendants des salles, avec blouses pour les élèves, lavabos et substances antiseptiques.

11° Les mêmes mesures sont applicables aux salles communes.

12° Tous les rideaux, non seulement des lits, mais aussi des fenêtres, seront supprimés dans les pavillons d'isolement et remplacés par des stores extérieurs.

13° L'amphithéâtre d'autopsie de chaque hôpital d'enfants sera considéré et traité comme un pavillon d'isolement; il sera pourvu de blouses, de manches imperméables, d'eau chaude et froide, et de tout ce qui est nécessaire pour le nettoyage aseptique des mains.

14° La Société médicale des hôpitaux émet le vœu que la somme de 200 000 francs, destinée par le Conseil de surveillance à l'amélioration du mobilier des services hospitaliers, soit intégralement attribuée aux hôpitaux d'enfants.

(La discussion de ce rapport est renvoyée à la prochaine séance.)

COMMUNICATIONS

Hystérie et onomatomanie. — M. GILBERT BALLET, à propos de la communication de M. Seglas, sur deux cas d'onomatomanie, fait observer que, dans l'un des cas, il existait deux sortes d'attaques fort différentes les unes des autres par leurs caractères subjectifs et objectifs; les unes étaient de banales attaques d'hystérie, les autres des accès d'onomatomanie.

La coïncidence de l'hystérie et de divers syndromes épisodiques qui révèlent la dégénérescence mentale est chose commune. Mais les ataques d'hystérie et d'onomatomanie ne sont pas toujours, comme dans le cas de M. Seglas, nettement séparées; elles peuvent se succéder sans interruption et se présenter sous un aspect tel qu'il est difficile de faire le diagnostic. M. Ballet a constaté ce fait chez un malade atteint d'onomatomanie qui se traduisait par un besoin impérieux de répéter certains mots. Dès que le mot, qui était la cause de l'obsession, échappait au malade, celui-ci était pris d'une vive angoisse, qui, souvent, aboutissait à une crise nerveuse accompagnée de perte de connaissance. En analysant le cas, il était facile de se convaincre que la perte de connaissance était le fait d'une attaque hystérique provoquée par l'anxiété, due elle-même à l'obsession onomatomaniaque. La crise, dans l'espèce, était unique, mais composée, en réalité, de deux phases : la première, phase d'obsession pour le mot; la seconde, phase hystérique.

Cette observation est un exemple frappant de l'association des névroses.

Mouvements et spasmes réflexes d'origine gastro-intestinale. — M. GILBERT BALLET, à l'occasion d'une observation de contracture généralisée, consécutive à une dilatation gastrique et suivie de mort, rapportée par M. de Beurmann et considérée par lui comme très grave, croit qu'il y a là une exagération. On peut, en effet, rencontrer chez des individus, atteints de troubles gastriques et intestinaux, des accidents spasmodiques bénins. M. Ballet vient d'observer trois malades qui en sont la preuve.

Aucune circonstance n'étant susceptible d'expliquer, dans ces trois cas, le développement des accidents spasmodiques ou choréiformes, il semble donc qu'il y ait réellement une relation de cause à effet entre lesdits spasmes et les troubles gastriques.

M. de Beurmann, passant en revue les différentes théories physiologiques qui ont été proposées pour expliquer les accidents tétaniformes consécutifs à la dilatation gastrique, se rattache à la théorie de l'auto-intoxication proposée par M. le professeur Bouchard, et il repousse la théorie de la condensation du sang, admise par Kussmaul, et la théorie de l'action réflexe.

Il semble difficile de ne pas rattacher ces incidents tétani-

formes au mécanisme de l'action réflexe. Ce qu'il y a de frappant, en effet, dans deux des observations de M. Ballet, c'est que les spasmes et les mouvements choréiformes se sont produits à la suite de manœuvres prolongées, dans le but d'explorer les régions gastro-intestinales. Chez un de ses malades, il a pu produire, pour ainsi dire, expérimentalement, la crise tétaniforme, en comprimant quelques instants à gauche la région abdominale.

Chez un autre malade atteint de cancer de l'estomac, une crise d'hémichorée est survenue après une palpation prolongée et un peu violente de la région gastrique. Il semble donc nettement établi que, dans ces cas du moins, l'irritation gastro-intestinale provoquée par la palpation a été le point de départ des accidents spasmodiques observés.

Au reste, la théorie de l'action réflexe n'est peut-être pas aussi exclusive qu'il pourrait paraître de la théorie de l'auto-intoxication. Il existe bien des malades qui ont des troubles gastro-intestinaux, chez lesquels les pressions et la palpation de la paroi abdominale ne déterminent jamais le moindre accident spasmodique. Il faut donc croire à la nécessité d'une cause prédisposante influençant antérieurement le système nerveux et le rendant plus susceptible de réagir sous l'influence des irritations périphériques. L'épilepsie vermineuse survient chez des individus en puissance de mal comitial ; le tænia n'agit que comme agent provocateur. Il semble qu'il en est de même des excitations périphériques déterminant des accidents spasmodiques chez des individus atteints de troubles gastriques ou intestinaux.

Ces considérations amènent M. Ballet à dire, avec M. Hayem, « qu'il ne faut pas trop se hâter de formuler des théories sur la pathogénie de ces accidents de contracture, au cours de la dilatation gastrique ».

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

191. M. Bouju. Des éruptions cutanées multiformes provoquées par l'administration de l'hydrate de chloral. — 192. M. Thibault. Étude de l'acné hypertrophique. — 193. M. Vaucher. Contribution à l'étude des fistules pyo-stercorales. — 194. M. Henri Dumas. De la trépanation dans l'épilepsie. — 195. M. Dupont. De la perte de poids que subissent les cadavres abandonnés dans l'air atmosphérique. — 196. M. Laffitte. Essai sur le mal de Bright et les néphrites.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Le Roy de Méricourt est nommé vice-président du bureau des sciences, au Congrès des sociétés savantes.

M. le docteur Hamy est nommé secrétaire du bureau de géographie historique et descriptive, au même Congrès.

— M. de Quatrefages, professeur d'anthropologie au Muséum, est autorisé à se faire suppléer par M. le docteur Hamy, aide-naturaliste.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brière (de Breteuil); Descottes (de Beaujeu); Géry (du Fayl-Billot); Vuaillat (de Lyon).

— M. le docteur Sevestre commencera, à l'hospice des Enfants-Assistés, le vendredi 17 mai à neuf heures et demie, des conférences de clinique infantile, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

25

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

22

PHÉNACÉTINE-BAYER

NOUVEAU REMÈDE

antipyrétique et antinévralgique.

SULFONAL-BAYER

LE NOUVEAU SOMNIFÈRE

de MM. les professeurs BAUMANN & KARST.

Ces deux produits pharmaceutiques, que nous étions les premiers à fabriquer en grand sur la demande des inventeurs, sont en vente *chez tous les droguistes et pharmaciens* à l'état de *poudre cristalline et en pastilles mis en flacons, cartons ou en sachets de parchemin* (emballage d'origine).

La pureté absolue est garantie par un contrôle permanent exercé par des autorités scientifiques compétentes.

La **Phénacétine-Bayer** et le **Sulfonal-Bayer** étant brevetés dans les *Etats-Unis de l'Amérique du Nord,* la revente pour ce pays en est *prohibée.*

Des brochures et des échantillons en nature sont tenus à la disposition de MM. les Médecins par notre *agent dépositaire* :

Monsieur Jean KAHRÈS,
19, rue d'Enghien,
PARIS.

Farbenfabriken vorm. Friedr. BAYER et Co, Elberfeld.

Couleurs d'Aniline et Alizarines.
Produits pharmaceutiques.

25

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1o La gaze antiseptique **0 fr. 50** le mètre ; 2o le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1 fr. 25** le flacon ; 3o le taffetas dit *protective*, **1 fr. 25** le mètre ; 4o le macintosh, **5 fr.**

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

49

ÉTABLISSEMENT THERMAL VICHY

(Allier) PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT (Allier)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino ; Musique dans le Parc ; Cabinet de Lecture ; Salon réservé aux Dames ; Salons de jeux, de conversation et de billard.

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 8, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

77

LE SERVICE VACCINAL DE LA SEINE

envoie contre mandat : *Vaccin de Génisse*, le tube, **1 fr.** *Pulpe vaccinale*, le tube **2 fr.** — On trouve le Vaccin tous les jours au DÉPÔT : *4, rue de Sèvres.*

25

Anémie, Chlorose, Pâles couleurs, Convalescence,
GUÉRISON PROMPTE ET CERTAINE PAR

L'ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT de Seigle
du Dr J. PELLETAN

3 récompenses obtenues en 1888

BARCELONNE	PARIS	BRUXELLES
médlle d'argt	diplôme d'honneur	médlle d'argt

Cet élixir, d'un goût délicieux et très agréable à prendre, est le plus puissant réparateur des forces. A la dose d'une cuillerée à café après chaque repas, il est recommandé d'une façon toute spéciale aux femmes qui nourrissent, et dont le lait a besoin d'être reconstitué.

PRIX DU FLACON : **5** FRANCS

Dans toutes les bonnes Pharmacies.

Vente en gros : E. GRIMAUD fils, 3, r. Ribera, Paris.

74

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents.*

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

96

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

seule décrétée d'intérêt public.

CONNUE ET RECOMMANDÉE DEPUIS 150 ANS.

Exiger la source du **Pavillon.**

4

VIN DE BELLINI (QUINA ET COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

124

PILULES DE SALICYLATE D'HYDRARGYRRE

De L. FRERE

PILULES IMPRIMÉES

Chaque pilule porte l'inscription SALICY. HG. UN CENTI. Des expériences récentes, faites par des spécialistes éminents, ont montré que le salicylate de mercure est supérieur à toute autre combinaison mercurielle, par la facilité avec laquelle il est toléré par l'organisme. Ce sel ne produit ni désordres digestifs, ni salivation à la dose de 4 à 6 pilules par jour. Son activité spécifique est au moins égale à celle de toute autre préparation hydrargyrique.

Prix : **2 fr.** *le flacon de 50 pilules.*

MAISON L. FRERE, 19, RUE JACOB, PARIS.

66

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

24

BAS VARICES DALPIAZ R. ST-HONORÉ PARIS, 275

Envoi gratuit sur demande du prix courant *médical* et des indications nécessaires.

55

ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE, NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

86

LES BONBONS DE FER DIASTASÉ

du Dr V. BAUD

CONTIENNENT 1 CENTIGR. 1/2 DE CITRATE DE FER

Le nouveau mode de préparation que nous appliquons au **Fer,** accroît beaucoup son efficacité curative et fait disparaître les actions locales irritantes de sa forme chimique, en lui substituant une loi de la nature, qui le rend plus apte à exercer sans troubles son action digestive et d'assimilation.

Notre méthode consiste à provoquer un mouvement de germination dans la graine de cresson ; à obtenir qu'elle absorbe et assimile une solution médicamenteuse titrée. Pendant ce travail vital, elle développe une abondante diastase, principe de la salive et de la digestion.

Reste à dragéifier ces graines en évitant de compromettre les principes diastasiques, et, selon l'expression du savant **Bouchardat,** le malade peut avaler son médicament dans son laboratoire. (*Voir la brochure*).

Paris, 22 et 19, r. Drouot. *Dr V. Baud*

34

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

44

ÉLIXIR ET VIN DE J. BAIN

à la Coca du Pérou.

TONIQUE ET FORTIFIANT, LE PLUS PUISSANT RÉPARATEUR DES FORCES ÉPUISÉES.

Phie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

69

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Éch. fo.)

N° 56. — JEUDI 16 MAI 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 16 MAI 1889. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.**	» — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie n'a entendu, dans cette séance, que deux communications, mais toutes deux présentant un véritable intérêt.

M. le professeur Ollier a, tout d'abord, vivement captivé l'attention par un travail important sur les résultats éloignés de la résection de la hanche.

Contrairement à ce qui se passe à l'étranger, où l'on ne fait connaître généralement que les résultats immédiats de ces opérations, M. Ollier a sagement attendu un temps suffisant pour qu'on puisse être fixé sur les résultats définitifs de la résection de la hanche. Il est ainsi arrivé à cette conclusion qu'il vaut mieux obtenir une ankylose qu'une articulation mobile.

M. Worms a fait une communication sur le diabète à évolution lente. Se basant sur l'examen de 41 malades qu'il suit depuis de longues années, pour ainsi dire jour par jour, il est arrivé à cette conclusion qu'aucune des théories en cours sur la pathogénie du diabète ne trouve sa confirmation constante dans l'observation clinique, chacun, selon l'ingénieuse expression de Bouchardat, faisant son diabète à sa façon.

On trouvera au compte rendu un résumé détaillé de ces deux communications.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

I. Ostéomyélite prolongée ancienne du fémur. — II. Ostéo-sarcome du tibia.

Avant de parler du malade que je vais opérer à la fin de cette leçon, je veux vous entretenir quelques instants d'un malade qui a été amputé, ces jours derniers, de la cuisse et dont je désire faire passer sous vos yeux, comme pièce anatomo-pathologique, la portion de fémur que nous avons enlevée.

I. Cet homme, considéré comme atteint, depuis assez longtemps déjà, d'une ostéomyélite prolongée du fémur droit, est entré dans mon service, pour une poussée nouvelle avec arthrite symptomatique, il y a près de deux mois et demi. Traité tout d'abord par le repos et la compression, sa situation était assez notablement améliorée au bout de cinq à six semaines, lorsque, dans le courant du mois dernier, il se plaignit de nouvelles douleurs assez vives dans le voisinage de l'articulation du genou droit ; en même temps, nous constations un certain degré d'empâtement, d'une part, dans le creux poplité et, de l'autre, au niveau du condyle externe du fémur.

Dès lors, le mal prit une marche rapide : on fit successivement deux ponctions, elles furent insuffisantes, donnant issue seulement à un peu de pus, et je dus faire enfin une incision véritable qui permit l'écoulement d'un liquide purulent. Mais, malgré tous les soins donnés à notre malade, les phénomènes allèrent en s'aggravant, la température s'éleva successivement à 38, 39 degrés, et atteignit même deux fois le chiffre de 40 degrés. Les accidents augmentèrent, les douleurs devinrent intenses, bref, je dus décider l'amputation de la cuisse et y procéder.

Voici maintenant quelles sont les lésions que nous révèle l'étude des pièces anatomiques, c'est-à-dire de la portion du fémur droit que nous avons retranchée. Ces pièces justifient le diagnostic d'ostéomyélite prolongée, ancienne, subaiguë, que nous avions émis. De plus, nous trouvons, dans le condyle externe du fémur, un trou formé par un abcès central, avec décollement dans l'espace inter-condylien et disparition, dans un point, du cartilage fémoral qui semble enlevé comme à l'emporte-pièce, d'où communication avec l'articulation.

Le diagnostic est donc bien : ostéomyélite ancienne, abcès central du condyle externe, avec double prolongement, déterminant, d'une part, la disparition du cartilage et l'ouverture dans l'articulation, d'autre part, un décollement dans l'espace inter-condylien.

Ces lésions justifient-elles l'opération que nous avons pratiquée, c'est-à-dire l'amputation de la cuisse ? Non. Il est regrettable que les limites d'une pareille lésion ne puissent être diagnostiquées avant l'opération, car on pourrait, en pareil cas, aller à la recherche de l'abcès et l'ouvrir ; par suite, éviter l'amputation du membre. Mais, je le répète, le siège exact du foyer purulent est impossible à reconnaître, surtout en l'absence de toute fistule, de toute ulcération. Il ne nous était donc pas possible, en réalité, d'agir ni mieux, ni autrement que nous l'avons fait.

Le résultat de notre opération est heureusement bon, nous avons obtenu la réunion primitive, il n'y a pas eu le moindre accès fébrile et la plaie est en bonne voie de guérison.

II. Le malade que je vais avoir à opérer tout à l'heure, et à qui je vais également amputer la cuisse, présente un cas d'une difficulté véritable de diagnostic.

Il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans, peintre en bâtiments, qui est entré, il y a six semaines, pour une tumeur du tibia gauche.

A son arrivée à l'hôpital, le malade avait l'aspect cachectique, jaune et amaigri. Dans ses antécédents héréditaires, nous n'avons rien trouvé : son père est mort à quatre vingt-trois ans, sa mère à soixante-dix ans. Quant à lui, il n'a, non plus, aucun antécédent personnel grave, point de tuberculose, pas de syphilis. Mais, en 1880, il a fait une chute sur les pieds de plusieurs mètres de hauteur, et se plaignit immédiatement de vives douleurs sur le cou-de-pied gauche et surtout au niveau de la malléole interne, douleurs qui s'accompagnaient bientôt d'une ecchymose et d'une tuméfaction relativement considérable. Bien que ce soit là les seuls renseignements qu'il puisse nous donner, il paraît probable qu'il s'agissait de quelque fracture du péroné, avec arrachement de la malléole. Toujours est-il qu'il fut traité au lit pendant cinquante-cinq jours, sans appareil. Puis, ce ne fut qu'au bout de plusieurs mois qu'il put marcher comme par le passé.

Depuis lors, il ne s'était jamais ressenti de cet accident, et, pendant six ans environ, il s'était très bien porté, allant et venant, marchant comme tout le monde, lorsque, le 12 du mois de juillet de l'an dernier, il fut pris brusquement et sans cause, sans aucun motif appréciable, de douleurs vives et diffuses dans toute la jambe. Il consulte presque aussitôt son médecin qui lui prescrit le repos et des frictions sur le membre malade avec le baume opodeldoch.

Jusqu'au 15 octobre, l'état reste à peu près stationnaire, si ce n'est qu'aux douleurs très vives, très aiguës, ont succédé des douleurs sourdes, une sensation de compression profonde. Mais la santé générale continue à être bonne, il n'y a pas de fièvre. Cependant le malade est condamné au repos.

Dans le courant du mois d'octobre, un autre élément s'ajoute à l'élément douleur, un commencement de tuméfaction du membre malade, tuméfaction qui augmente assez rapidement et s'accompagne de douleurs véritablement atroces, la nuit surtout, si nous en croyons cet homme, douleurs analogues à des déchirements dans l'os. Alors cet homme perd le sommeil et l'appétit, et maigrit si rapidement, qu'en très peu de temps son poids tombe de 160 à 140 livres. Les choses vont ainsi en s'aggravant pendant tout le cours du mois suivant, et le 1er du mois dernier, il se décide à entrer dans mon service.

A son arrivée, nous voyons un individu petit, maigre, porteur d'une jambe gauche volumineuse qui présente les lésions suivantes :

Nous trouvons, sur les téguments, une ulcération circulaire de 10 à 12 millimètres de diamètre, située au-dessous de la tubérosité antérieure et interne du tibia gauche, d'où par la pression, on fait sourdre aisément un liquide sanieux, peu odorant, mêlé de pus et de sang. De plus, le bord antérieur, ou crête du tibia, n'offre pas une ligne nette et régulière, mais un bord inégal, rugueux, avec des saillies plus ou moins prononcées. Le tibia, dans sa partie supérieure, est presque doublé de volume ; il y a une sorte d'hyperostose du tibia ; le péroné paraît normal, au contraire, et le mollet gauche est beaucoup plus volumineux que celui du côté droit. Enfin nous trouvons quelques ganglions inguinaux indurés et indolents, mais le fait n'a pas grande valeur au point de vue du diagnostic, cette induration pouvant être en rapport avec le foyer purulent de la jambe.

D'autre part, le cœur ainsi que les poumons sont parfaitement sains ; la température est normale, 37°4 ou 37°5, le foie seulement est un peu plus gros que d'habitude. Quant aux urines, quoique troubles, elles ne contiennent pas la moindre trace d'albumine, ni de sucre.

Trois jours plus tard, nouvel examen : clapiers purulents à la face interne du mollet, se dirigeant en arrière, large débridement, nettoyage et lavage des foyers ; amélioration, cessation rapide des douleurs. Les jours suivants, deux tubes sont placés dans les deux clapiers pour faciliter l'écoulement du pus.

Dans l'immense majorité des cas, le diagnostic différentiel entre l'ostéomyélite et l'ostéosarcome est facile, chacune de ces affections présentant ses caractères propres ; mais dans quelques cas — et celui-ci était du nombre — il n'en est pas ainsi et les meilleurs praticiens commettent des erreurs. Naguère, dans un concours, le fait s'est encore présenté. Ici, j'ai étudié longtemps mon malade avant de me prononcer et de décider la nature de mon intervention ; d'ailleurs, il n'y avait pas péril en la demeure.

Quels étaient les éléments du diagnostic chez cet homme : 1° un tibia, dont le diamètre présentait, à la partie supérieure, 4 centimètres de plus (9 au lieu de 5) que du côté sain ; au milieu, 3 centimètres de plus et en bas 1 centimètre de plus ; 2° une déformation totale du bord antérieur de l'os, devenu épais et rugueux. De plus, l'âge de cinquante-neuf ans n'est plus celui de l'ostéomyélite, il peut être seulement celui d'une ostéomyélite accidentelle ; mais aucun traumatisme n'a eu lieu depuis sept ans et celui de 1882 a parfaitement guéri, sans laisser de traces et, d'ailleurs, il a porté sur la partie inférieure de la jambe, tandis qu'ici, la lésion siège principalement au niveau de la partie supérieure du tibia. Enfin, le début a été brusque, il remonte à six mois et a été caractérisé par une douleur vive, suivie de la formation d'un foyer purulent qui ne conduit pas sur l'os dénudé et qui n'a donné issue à aucun fragment osseux. L'abcès est un foyer de voisinage, sans communication avec la surface des os.

De l'absence de phénomènes d'ostéomyélite, du siège, du volume de l'os et du développement de la lésion, de la déformation du tibia, je crois pouvoir conclure au diagnostic, que j'avais primitivement émis, d'ostéosarcome du tibia, et je décide l'amputation.

PRÉSENTATIONS DE L'ÉPAULE

Par M. le docteur Fournel.

On donne ce nom à la présentation de la partie du fœtus comprise entre le cou et la crête iliaque ; cette présentation ne peut se confirmer que pendant le travail, car il est nécessaire que le tronc soit infléchi. Il existe deux présentations de l'épaule : celle de l'épaule droite et celle de la gauche ; aussi doit-on mentionner toujours de quelle épaule il s'agit. Le point de repère choisi sur le fœtus pour

dénommer la position étant l'acromion, on dira donc, par exemple : « Acromio-iliaque gauche de l'épaule gauche. »

Fréquence. — En réunissant les deux présentations des deux épaules, la fréquence est de 13 cas sur 2022 accouchements (Dubois) ou 1 sur 155 (Tarnier). L'épaule droite est plus fréquente que la gauche. Chaque épaule n'a que deux positions, une droite et une gauche toujours transversales; quant aux variétés obliques et directes, elles ne se voient que pendant l'accouchement.

I. — Causes.

Nous pouvons les ranger en deux catégories : A. La présentation tient à une accommodation vicieuse. B. Elle tient à l'absence d'accommodation.

A. *Accommodation vicieuse.* — L'accommodation se modifie, dès qu'un de ses trois facteurs (contenant, contenu, mouvements) change.

1° La *forme du contenant :* conformation spéciale et primitive de l'utérus, fibromes, placenta prævia. Un kyste de l'ovaire, un rétrécissement du bassin, un corset trop serré (?) pourraient indirectement modifier la forme de l'utérus.

Comment vous expliquer que nous trouvions cette catégorie de causes dans toutes les présentations autres que le sommet? Comme il suit : elles peuvent modifier la forme de l'utérus d'une façon très variable et pour exemple prenons une tumeur, quelle qu'elle soit.

L'utérus a normalement une forme allongée à grosse extrémité supérieure, et dans cet utérus, le fœtus se présente par le sommet, parce qu'il place son extrémité la plus volumineuse (extrémité pelvienne), dans la grosse extrémité de l'utérus.

Mais, qu'une tumeur soit placée à la partie supérieure et latérale de l'utérus, de façon à diminuer la capacité du fond de cet organe sans diminuer sa hauteur, le fœtus aura avantage à mettre son siège en bas; qu'elle soit, enfin, disposée de telle sorte qu'elle remplisse tout le segment inférieur de l'utérus, en même temps que cette tumeur empêchera toute extrémité fœtale de s'engager, elle facilitera son glissement dans une fosse iliaque, elle diminuera les dimensions verticales de la matrice, et la capacité transversale de l'organe pourra devenir la plus grande.

2° La *forme du contenu* ou fœtus est modifiée par : les malformations fœtales, la macération, la grossesse gémellaire, la brièveté du cordon.

Dans l'élément : *mouvement*, on a pu incriminer soit son absence (vie sédentaire) ou son excès (fatigues) cahots de voitures mal suspendues). Cette catégorie est la moins importante de toutes.

B. *Absence d'accommodation.* — Aux trois éléments que comporte la définition de l'accommodation, par M. le professeur Pajot, — forme du contenant, ses mouvements, forme du contenu, — il en faut ajouter un quatrième : une certaine proportion entre la capacité totale du vase et le volume du contenu. Si cette proportion n'existe pas, soit que l'utérus soit trop grand (hydramnios, multiparité, laxité de la paroi abdominale), soit parce que le fœtus est plus petit que d'habitude (idiosyncrasie, accouchement prématuré), il n'y a pas d'accommodation, il n'y a pas de raison pour avoir une présentation du sommet, la présentation se fait indifférement par un point quelconque du corps.

La fréquence plus grande de l'épaule droite s'explique, si l'on fait dériver les présentations du tronc de celle du sommet, par un simple glissement de la tête dans la fosse iliaque.

L'acromio-iliaque gauche est plus fréquente par la même raison.

Les dorso-antérieures sont plus fréquentes pour la raison, indiquée à propos du sommet, que le fœtus a toute facilité d'embrasser la colonne vertébrale par son plan antérieur.

II. — Diagnostics.

Diagnostic pendant la grossesse. — Reconnaître que le fœtus se présente par le travers, voilà le premier point. Palpant suivant l'ordre habituel, nous trouvons vides les deux pôles inférieur et supérieur; la vue nous avait déjà montré un ventre très large transversalement. On trouve la tête et le siège avec leurs caractères dans un flanc opposé, souvent l'un plus haut que l'autre.

On ne comptera pas sur l'auscultation. D'après Depaul, si le dos est en avant, le maximum des bruits du cœur sera au-dessus de l'ombilic et se propagera transversalement le long de la colonne. Ces caractères sont à rejeter, nous ne saurions trop répéter que l'auscultation sert peu au diagnostic des présentations, mais bien plus à celles des positions.

Au toucher, l'excavation est vide, on ne peut même arriver sur aucune partie fœtale : rien dans l'excavation, rien au détroit supérieur.

Diagnostic pendant le travail. — Au palper, une tête est reconnue présente dans une fosse iliaque; le siège, grâce au redressement du fœtus par les contractions, est au fond de l'utérus.

Au toucher, si la poche est intacte, on trouve le même caractère d'élévation, la poche est volumineuse et un petit bras y flotte quelquefois.

Lorsque la poche est rompue, le doigt reconnaît deux cylindres accolés et parallèles, dont un gros et un petit; par un examen plus attentif on constate la possibilité de passer complètement le doigt entre ces deux cylindres; on est arrêté d'un côté (aisselle). Le gros cylindre est fait comme un gril (gril costal). Si le bras pendait à la vulve, le diagnostic serait plus facile; il suffirait de trouver, sur la partie qui est au détroit supérieur, les caractères du gril costal.

Aucun des signes que nous venons d'indiquer au toucher ne doit être négligé, il faut les trouver tous, sous peine d'erreurs de diagnostic qui consisteront à croire à une présentation de l'épaule, alors que l'on aura, en réalité, un siège (en effet, on prendra facilement un pied pour une main); alors que l'on aura, même, un sommet, s'il y a, en même temps, procidence d'un bras.

J'affirme, maintenant que j'ai affaire à une épaule, mais je ne sais pas laquelle; or, il faut, pour notre diagnostic complet, énoncer : 1° la présentation (quelle épaule); 2° la position, c'est-à-dire si la tête est du côté droit ou gauche du bassin; 3° si le dos est en avant ou en arrière, élément capital pour l'opérateur. Les deux premiers éléments, c'est-à-dire le nom de l'épaule et le côté où est la tête, sont les plus faciles à trouver.

1° Pour *le nom de l'épaule*, si le bras sort, saisissez la main du fœtus, tournez en haut la face palmaire de cette

main, l'épaule est homonyme de la cuisse de la mère, vers laquelle sera alors dirigé le pouce ; pouce à droite, épaule droite et réciproquement, ou bien remarquez qu'on ne donne bien une poignée de main à une main droite qu'avec sa main droite ; ou, plus simplement, la main qui sort porte le même nom que celle de vos mains qui lui est superposable, vous le comprendrez à l'instant si vous réfléchissez à ce fait qu'il est impossible de ganter votre main gauche avec un gant fait pour la main droite.

Si le bras ne sortait pas, on serait privé d'un précieux élément de diagnostic ; mais, il n'y a aucun inconvénient sérieux à défléchir un bras, du moment que l'on est décidé à intervenir immédiatement ; on se trouve alors dans les mêmes conditions que ci-dessus.

2° Pour vérifier *le côté où est la tête*, en admettant que le palper ne l'ait pas déjà fait connaître, porter le doigt jusqu'au tronc et, parcourant la rainure qui existe entre les deux cylindres, constater de quel côté on est arrêté : c'est l'aisselle, et la tête est du même côté.

3° Le troisième élément : *dos*, est bien plus difficile à trouver ; si les eaux sont écoulées depuis quelque temps, la tuméfaction empêche de reconnaître où est l'omoplate et où est la clavicule. Heureusement, ce troisième élément peut se déduire de la connaissance des deux premiers, toujours grâce à une superposition intellectuelle ; qu'on se représente, par exemple, un fœtus placé transversalement, avec la tête à gauche, et présentant l'épaule gauche, il n'est pas possible que le dos soit ailleurs qu'en arrière. Voici, en outre, une formule classique pour aider votre diagnostic : Quand le nom de l'épaule et le côté où est la tête sont homonymes, le dos est toujours en arrière ; dans le cas contraire, il est toujours en avant.

III

Diagnostic rétrospectif ou déformations plastiques. — La tête subit des déformations analogues à celles qui se présentent lors de présentation du siège. La situation de la bosse sanguine est caractéristique ; elle occupe le moignon de l'épaule, s'étendant en avant ou en arrière, selon qu'il existe une inclinaison dans un sens ou dans l'autre. Quand le bras sort, il y a tuméfaction et phlyctènes de tout ce bras, surtout de la partie déclive, même quand le fœtus est vivant.

PRONOSTIC. — Le pronostic de cette présentation présente, pour la mère et le fœtus, la plus grande gravité. En effet, la dilatation est très lente, la poche des eaux, volumineuse, crève avant la dilatation complète, puis la dilatation rétrocède. L'accouchement est impossible.

Il y a, en plus, pour la mère, le danger des manœuvres, surtout si la partie est trop engagée pour la version. Si l'on n'intervient pas, le fœtus meurt toujours. Dans le cas où l'on intervient, la mortalité fœtale est de 50 p. 100.

CONDUITE A TENIR. — Pendant la grossesse, faire une version céphalique par manœuvres externes, c'est-à-dire ramener la tête au détroit supérieur et l'y fixer par une ceinture ; pendant le travail, si la poche se rompt avant la dilatation complète, opérer la même version par manœuvres combinées ; si la dilatation est complète au moment où l'on fait le diagnostic, pratiquer la version podalique par manœuvres internes.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FOLIES TOXIQUES

Par M. le docteur SAURY.

Conclusions. — Il existe un délire spécial d'origine cocaïnique occupant une place importante dans le groupe des folies toxiques. Le délire cocaïnique participe des caractères généraux des folies par intoxication. Il présente, cependant, un certain nombre d'attributs qui lui appartiennent en propre et qui permettent de le distinguer :

A. C'est un délire essentiellement hallucinatoire. Le trouble des idées n'est jamais primitif, il se greffe constamment sur les troubles sensoriels (illusions et hallucinations).

B. Tous les sens peuvent être affectés, mais ils le sont d'une manière inégale. Les troubles de la sensibilité générale accusent une prédominance marquée. Après eux, les hallucinations de la vue, également très actives, paraissent l'emporter, en degré et en fréquence, sur les hallucinations de l'ouïe et celles-ci, à leur tour, sur les hallucinations de l'odorat et du goût.

C. Les troubles sensoriels sont pénibles, multiples et mobiles, comme ceux de l'alcoolisme, mais avec moins d'intensité, de persistance et de variété. La phase de suractivité fonctionnelle, qui précède leur apparition, peut être aussi justement comparée à l'ivresse alcoolique.

D. Les phénomènes délirants s'accompagnent de désordres : 1° de la sensibilité périphérique (analgésies totales ou partielles, troubles inhibitoires de la vision, de l'audition, etc.) ; 2° de la motricité (hyperexcitabilité musculaire, convulsions, attaques épileptiformes). Ces derniers accidents rapprocheraient particulièrement le cocaïnisme de l'alcoolisme absinthique. (*Trib. médic.*)

THÉRAPEUTIQUE

De l'action des Cellules d'essence de Pin d'Autriche « Pinus Pumilio », dans le traitement des bronchites chroniques.

Par M. le docteur LAUTIER, des Vans (Ardèche).

En parcourant les journaux médicaux, j'ai eu l'occasion de lire les observations de mon confrère, M. le docteur Dubois (de Fives-Lille), relativement aux inhalations chaudes d'essence de « Pinus Pumilio » dans le traitement de la diphthérie. Comme depuis plusieurs années j'emploie, moi aussi, dans ma pratique, les produits d'essence de pin, de M. Mack, et cela avec d'incontestables succès, je ne puis m'empêcher de venir joindre le fruit de mes observations au tribut apporté par M. le docteur Dubois.

J'ai eu particulièrement à me louer de la préparation que M. Mack a dénommée « Cellules d'essence de Pin d'Autriche ». Ce médicament est constitué par de l'essence absolument pure de « Pinus Pumilio », renfermée dans une capsule gélatineuse transparente, de la grosseur d'un petit pois.

Tout le monde connaît l'action des balsamiques sur les muqueuses, action encore plus marquée sur la muqueuse de l'appareil respiratoire ; et il n'est point de médecin qui n'ait tous les jours recours à ce genre de médicaments. Eh bien ! je puis affirmer que jamais aucun balsamique, ni goudron, ni essence de térébenthine, ni baume de tolu, ni créosote, ni santal, ne m'ont donné les résultats que j'ai obtenus avec les Cellules d'essence de Pin d'Autriche. Je pourrais citer un très grand nombre d'observations concluantes : obligé de me restreindre, je me bornerai aux trois suivantes :

OBSERVATION I. — Joseph D..., gendarme en retraite, âgé de cinquante-neuf ans, tousse depuis dix ans. Aux approches de

l'hiver et du temps humide, il est obligé de garder le lit. On applique vésicatoires sur vésicatoires, on multiplie les potions et les sirops, on arrive au soulagement, mais ce traitement dure trois ou quatre mois, et ce n'est qu'au printemps que Joseph D... peut sortir de nouveau. Trois hivers de suite, je lui ai moi-même donné des soins analogues, sans réussir à éloigner les atteintes du mal. Un jour, j'ai songé au Pin d'Autriche et j'ai conseillé à mon malade de prendre 6 à 8 cellules par jour. Une amélioration rapide et, pour ainsi dire imprévue s'est immédiatement produite : le médicament a été continué, et la guérison est survenue. L'hiver d'après, à la première menace, deux flacons de Cellules ont suffi. D... ne s'est plus mis au lit, et, depuis, plus de toux.

Obs. II. — Amélie L..., vingt-sept ans, religieuse-institutrice, était atteinte de bronchite chronique depuis cinq ans. Son médecin ordinaire avait fortement soupçonné la tuberculose et j'avoue que j'éprouvais les mêmes appréhensions. Néanmoins, je prescrivis les Cellules d'essence de Pin d'Autriche. En moins de deux mois, la toux avait cessé. La malade a pu reprendre sa classe. Depuis lors, la guérison ne s'est pas un instant démentie.

Obs. III. — Charles R..., soixante et un ans, ancien maître-maçon. Vieux catarrhe bronchique des plus invétérés. La poitrine est entièrement remplie de râles sibilants, ronflants, etc. La respiration s'entend sifflante et sonore à plusieurs mètres de distance. Le malade se dit atteint d'asthme. Je n'ai pas constaté cette dernière affection, mais l'état inflammatoire chronique de la muqueuse bronchique est absolument manifeste. Toute l'année, ce malade prend des remèdes de toutes sortes et son état ne fait qu'empirer. Je lui conseille l'usage des Cellules de Pin d'Autriche et, dans moins de trois mois, il se produit une telle amélioration que le malade se considère comme guéri.

Je pourrais, je le répète, multiplier ces faits, et surtout ajouter que l'action si remarquable des Cellules de Mack, dans les bronchites chroniques, l'est peut-être encore davantage dans les débuts d'une bronchite aiguë ou d'un simple rhume. Il se produit, dans ces cas-là, une véritable jugulation de la maladie. Je ne saurais trop engager mes confrères à essayer ce traitement qui, la plupart du temps, leur permettra d'éviter les révulsifs, plus ou moins violents, qui sont toujours pénibles à employer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mai 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Gayet, qui se porte candidat au titre de correspondant de l'Académie;

2° Un travail de M. Delaurier sur les théories nouvelles des causes des maladies et des fermentations.

COMMUNICATIONS

Des résultats éloignés de la résection de la hanche. — **M. Ollier** rappelle qu'en 1860 l'Académie a discuté les résultats obtenus à l'étranger dans des cas de résection de la hanche, à la suite d'un rapport de Gosselin sur un mémoire de M. L. Le Fort. De cette discussion ne pouvaient surgir que des vues théoriques, parce que bien que proposée pour la première fois un siècle auparavant par un Français, Vermandois (de Bourg-en-Bresse), la résection de la hanche n'avait pas encore été pratiquée en France, du moins avec succès.

Aujourd'hui la question est bien changée, il n'est pas un de nos chirurgiens qui n'ait au moins une petite expérience personnelle sur la question.

Pour sa part, M. Ollier a fait une cinquantaine de résections de la hanche. Un grand nombre de ces cas sont déjà anciens, et par cela même ils ont une grande valeur au point de vue de l'étude des résultats éloignés de cette opération. Pour cette résection plus que pour les autres opérations analogues, le temps est indispensable lorsqu'il s'agit d'apprécier un résultat, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants chez lesquels il s'opère pendant la période de croissance des changements qui aggraveront plus souvent qu'ils n'amélioreront le résultat orthopédique.

Lorsqu'on lit les observations étrangères sur la résection de la hanche, on y trouve le plus souvent que le malade sort guéri avec une articulation mobile, fort utile pour lui, et le chirurgien se félicite du résultat obtenu. Cette manière de voir n'est pas celle de M. Ollier. Il estime, au contraire, qu'il est infiniment plus avantageux pour le malade, qu'il guérisse avec une articulation immobile, dans une position favorable, c'est-à-dire avec adduction et flexion légère. Cette ankylose s'obtient généralement, toutes les fois que la résection a été exactement sous-périostée, c'est-à-dire en conservant tous les tissus fibreux de l'ancienne articulation.

Sur 14 malades qu'il a pu retrouver et qui sont opérés depuis plus de trois ans, deux ont guéri avec mobilité articulaire, les autres avec ankylose, et c'est la comparaison de ces divers cas qui lui a permis d'établir la supériorité de l'ankylose sur la néarthrose.

Lorsque l'articulation est mobile, le résultat fonctionnel est toujours incertain : il est subordonné à des détails de structure de la néarthrose qu'il est impossible de prévenir et de corriger. La présence d'un ostéophyte saillant, l'absence d'un bourrelet ou d'un relief osseux sur l'ilium pour arrêter le fémur, rendent très instable l'équilibre nécessaire à la marche et aux divers mouvements du membre. En outre, les muscles pelvi-trochantériens, toujours atrophiés dans les coxalgies anciennes, ne peuvent reprendre une force suffisante pour maintenir solidement le fémur, et bien qu'on ait ménagé leurs insertions et respecté leurs nerfs, ils ne peuvent lutter contre les causes de déviation tenant à la constitution de la néarthrose ou à l'action plus puissante des muscles antagonistes. Ce qui augmente la claudication et rend la marche inégale et mal assurée, c'est la persistance d'un point sensible et qui devient douloureux dans les changements de rapport des os.

D'autre part, un des avantages de l'ankylose, c'est de mettre l'articulation réséquée mieux à l'abri des récidives. Une articulation est d'autant plus exposée au retour des processus tuberculeux et autres qu'elle fonctionne davantage. Les chocs, les mouvements forcés, les simples fatigues du membre ramènent de la douleur et prédisposent à de nouveaux abcès. Ce danger est surtout à redouter pour la hanche qui, par la nature de ses fonctions et le poids qu'elle supporte, est exposée à des causes incessantes d'irritation. Il en est, après les résections, comme après les cures spontanées de la coxalgie : la suppression de l'articulation par la fusion des os est la meilleure garantie de guérison.

Qu'on recherche une articulation mobile chez une jeune femme qui devra mener une vie sédentaire, chez un sujet appelé à exercer une profession assise ou qui est dans une aisance suffisante pour se dispenser de travailler, cela se comprend parfaitement; mais qu'on la désire comme règle générale pour les sujets qu'on opère dans nos hôpitaux, c'est ce que nous ne saurions admettre. M. Ollier compare l'existence d'un réséqué guéri avec une ankylose de la hanche dans une bonne position avec celle qui est réservée aux opérés auxquels on a conservé une pseudarthrose coxo-fémorale, on n'hésitera pas à préférer le sort du premier à celui du second. Le premier pourra plus difficilement s'asseoir, sans doute, mais il pourra se tenir sur ses jambes et marcher toute la journée, faire, sans canne et sans béquilles, 10, 20 et 30 kilomètres; il pourra exercer la plupart des professions manuelles et, de plus, il sera plus solidement guéri. Le second pourra s'asseoir plus commodément sans doute ; il sera mieux à son aise à table et aura une attitude plus naturelle dans un fauteuil, mais qu'il se lève, et il boitera d'autant plus que son

articulation sera moins fixée. Qu'il essaye de faire une course, et il sera vite fatigué et forcé de s'appuyer sur une canne ou des béquilles. S'il boite peu en marchant lentement sur un sol uni, il boitera d'une manière des plus marquées, à mesure que son articulation se fatiguera et deviendra plus sensible.

Un autre inconvénient de la mobilité de l'articulation, c'est l'adduction du membre, adduction qui se produit pour ainsi dire fatalement au bout d'un certain temps. La prédominance de l'action des adducteurs sur les abducteurs à l'état physiologique, la nécessité dans laquelle on s'est trouvé, au cours de l'opération, de léser plus ou moins les muscles abducteurs et les nerfs qui leur sont destinés, expliquent suffisamment cette adduction consécutive du membre, que les appareils mécaniques les plus perfectionnés sont impuissants à corriger et même à prévenir. Ces inconvénients ne se produiront pas lorsque l'ankylose pourra être obtenue, et, dans le cas contraire, ils seront d'autant moins à craindre que le fémur ne s'était pas déjà placé en adduction avant l'opération, et que la puissance fonctionnelle des muscles fessiers sera intacte ; c'est en considérant la nécessité d'avoir un bon fonctionnement des muscles abducteurs que l'on devra prendre les précautions les plus minutieuses, au cours de l'opération, pour respecter les muscles fessiers et leur innervation.

Il est cependant une circonstance où l'on doit rechercher une articulation mobile. C'est lorsqu'on se trouve en présence d'une coxalgie ou d'une ankylose bilatérale.

En cherchant, des deux côtés, une articulation mobile, on aurait deux membres faibles ; ils permettraient au malade de s'asseoir, mais sa marche serait incertaine ou pénible.

Dans ces cas, voici la conduite que l'on doit tenir : obtenir d'un côté une ankylose rectiligne (pour cela une simple ostéotomie sous-cervicale suffira), et de l'autre, faire une résection typique, en réséquant une portion de périoste, de façon à empêcher autant que possible les néoformations osseuses qui pourraient reproduire l'ankylose. Le côté où l'on doit chercher une pseudarthrose sera de préférence celui où les muscles sont le moins atrophiés et où les déformations et ossifications péri-articulaires seront le moins prononcées ; en outre, c'est de ce côté que l'on commencera, parce que dans le cas où la guérison serait obtenue, malgré le chirurgien, avec ankylose, on aurait encore la ressource de rechercher la pseudarthrose du côté opposé.

On pourrait également rechercher la mobilité articulaire, si l'on faisait une résection précoce, c'est-à-dire dès qu'on soupçonne ou qu'on constate un abcès autour de l'articulation, parce qu'alors l'étendue des lésions des parties molles étant réduite au minimum, on peut espérer une réparation très complète de l'articulation. Mais M. Ollier repousse cette manière d'agir, et considère que la majorité des coxalgies suppurés de l'enfance peuvent encore guérir par des opérations plus simples que la résection. Certaines formes nécessitent cependant une résection hâtive, et c'est alors qu'on devra combiner le manuel opératoire pour obtenir une articulation mobile.

Un dernier point est relatif à l'accroissement du membre, lorsque la résection a été faite avant l'achèvement du développement du système osseux.

Les résultats varient suivant que la résection aura porté seulement sur le cartilage de conjugaison qui unit la tête au col (et qui préside à l'allongement de ce col), ou qui comprendra le cartilage de conjugaison qui unit la diaphyse avec la partie trochantérienne de l'épiphyse.

Dans le premier cas, l'accroissement de l'os en longueur reste normale, et, si le membre est raccourci, cela résulte de l'ascension du trochanter par suite du poids du corps. Dans le second cas, le raccourcissement de l'os est absolu, mais il n'est cependant pas aussi considérable qu'on pourrait le supposer, en raison de l'hypertrophie compensatrice du cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure.

Diabète à évolution lente. — M. WORMS, d'après l'examen de quarante et un malades qu'il a suivis pour ainsi dire jour par jour, croit pouvoir dire que le diabète à évolution lente est la forme la plus commune ; il comporte souvent la guérison et, en tous cas, une longévité considérable.

Aucune des théories en cours sur la pathogénie du diabète ne trouve sa confirmation constante dans l'observation clinique. Chacun fait son diabète à sa façon, comme le disait familièrement Bouchardat.

D'après ses observations, bien des symptômes cardinaux du diabète font souvent défaut (soif, polyurie, amaigrissement, altération des dents).

Au point de vue clinique (les glycosuries toxiques ou accidentelles à part et qui s'observent dans le cours d'une foule de maladies : choléra, diphthérie, morphinisme), la distinction entre la glycosurie chronique et le diabète sucré ne se justifie pas.

Parmi les observations de M. Worms, une des plus remarquables est celle d'un individu atteint deux fois de coma diabétique suivi de guérison. Le début des accidents comateux a coïncidé chaque fois avec une brusque disparition du sucre dont la réapparition en grande quantité (65 grammes) a eu lieu au moment où la réaction rouge, formée par le perchlorure de fer, attribuée à la présence de l'acétone dans les urines, cessait d'exister et que les accidents graves s'amendaient.

Des analyses d'urine fréquemment répétées lui ont permis de constater les variations singulières qui se produisent sans influence appréciable et qui signalent parfois des oscillations de 30 à 50 grammes de sucre en plus ou en moins dans la même journée.

Le traitement le plus favorable repose sur le principe suivant : maintenir au plus haut degré l'énergie vitale et l'intégrité des fonctions digestives. On arrive à ce but par l'application du régime alimentaire institué par Bouchardat. M. Worms a abandonné le pain de gluten, et, quand les malades peuvent sans inconvénient en faire usage, autant vaut leur laisser manger du pain en quantité proportionnelle, soit environ 45 p. 100.

Comme médicaments, le sulfate de quinine à la dose de 20, 30 centigrammes par jour, l'opium, l'arsenic ont donné de bons résultats. Les effets du bromure de potassium sont fâcheux ; ceux de l'antipyrine sont bons, mais passagers. Mais quel que soit le médicament employé, il faut soutenir les forces des malades. Il ne peut y avoir un traitement spécifique dans une maladie qui ne l'est à coup sûr pas et qui provient des troubles organiques ou fonctionnels primitifs les plus divers et presque toujours les plus obscurs.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (quatrième division).

M. Balland est élu par 29 voix sur 55 votants et M. Soubeiran par 52 voix sur 54 votants.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 11 mai 1889, MM. les docteurs Duchaussoy et Th. Dujardin-Beaumetz, sont nommés membres du comité d'organisation du Congrès international des œuvres d'assistance en temps de guerre.

— *Concours du Bureau central d'accouchements.* — La question écrite est intitulée : « Mamelle, anatomie et physiologie ».

— Les candidats inscrits pour le concours de l'adjuvat sont : MM. Chipault, Noguez, Faure, Louis, Raymond, Mauclaire, Guillemin, Sauvineau et H. Delagénière.

— La Société de médecine d'Angers a décerné le prix Achard à M. Henri Delagénière, ancien interne des hôpitaux d'Angers et actuellement interne des hôpitaux de Paris, pour son mémoire intitulé : « Contribution à l'étude du traitement des fractures par le massage. »

— M. le docteur Legroux, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Trousseau, a repris ses conférences à cet hôpital aujourd'hui mercredi 15 mai 1889, à trois heures et demie du soir, et les continuera tous les mercredis suivants à la même heure.

Les élèves seront exercés à l'examen des malades et discuteront les questions de diagnostic, de pronostic et de traitement.

— Jeudi 16 mai, à deux heures et demie, au théâtre du Vaudeville, M. Jules Simon fera une conférence, sur l' « Œuvre nationale des hôpitaux marins » (enfants scrofuleux et rachitiques). Secrétariat, 62, rue de Miroménil.

La conférence sera suivie d'une partie dramatique et musicale.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Du traitement des anévrysmes externes, par le docteur P. DELBET, prosecteur à la Faculté de médecine. 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 57. — SAMEDI 18 MAI 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 18 MAI 1889. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des manifestations cutanées et muqueuses de la syphilis héréditaire précoce (1).

Par M. le docteur L. JACQUET, ancien interne des hôpitaux.

I

L'épithète *précoce* est ici à dessein ; elle fixe les limites de cet article qui ne touchera pas au domaine de la syphilis *tardive*. Ces limites sont d'ailleurs purement arbitraires : de même que, chez l'adulte, il n'existe aucune démarcation naturelle entre les périodes secondaire et tertiaire, de même, nulle barrière bien définie entre les symptômes de la syphilis tardive et ceux que nous allons passer en revue. Nous accepterons en conséquence la délimitation conventionnelle adoptée par M. Fournier, qui classe dans la syphilis tardive les accidents observés au delà des deux ou trois premières années de la vie.

J'adopterai dans ce travail la classification généralement admise depuis Parrot, et je remplirai le cadre qu'elle m'impose, sans me refuser pourtant le droit de critique et d'intervention personnelles, justifié, je crois, par une expérience de près de trois années, tant aux Enfants-Assistés qu'à l'hôpital Saint-Louis. Au reste, mon savant maître, M. A. Sevestre, vient d'apporter aux descriptions classiques des additions et des modifications notables autant que judicieuses ; je prendrai soin de les indiquer (2).

Avant tout, me semble-t-il, je dois mentionner le premier et le plus important peut-être des caractères de l'hérédo-syphilis : l'absence de chancre ; je dis *l'absence*, car l'hypothèse d'un chancre intra-utérin ou placentaire (Aubert, Frænkel), pour ingénieuse qu'elle soit, n'a jamais été vérifiée anatomiquement. Force nous est donc de considérer l'hérédo-syphilis comme *générale* d'emblée, que l'infection soit, selon l'expression des Diday, d'origine *spermatique*, *ovulaire* ou *sanguine* (1). Ceci dit, quel est chez les héréditaires le premier signe de l'infection ? Je n'ai pas à m'occuper ici des avortons ; fort souvent, on le sait, le fœtus est *tué dans l'œuf* par la syphilis ; mais ni la macération, ni l'aspect *sanguinolent* (Ruge), ne peuvent être considérés comme des stigmates révélateurs. En fait, l'avortement mis hors de cause, deux éventualités sont possibles : l'enfant peut venir au monde déjà atteint, et en ce cas c'est presque toujours les lésions du pemphigus syphilitique qu'il présente ; ou bien au contraire il peut être parfaitement sain en apparence, et ce n'est qu'au bout d'un mois ou deux, souvent même de trois, qu'apparaîtront les symptômes.

Tels sont du moins les résultats de la statistique dressée par M. Roger, d'après une série de 247 cas. Encore a-t-on noté, dans quelques faits exceptionnels, mais non douteux, (Trousseau et Lasègue), le début des accidents aux sixième et septième mois, et même au bout d'un an entier (Cullerier). On doit donc, si faire se peut, ne choisir comme vaccinifères que des enfants ayant dépassé cet âge.

Quoi qu'il en soit de leur date d'apparition, voici résumé d'après les auteurs, le tableau des symptômes qui menacent la peau, les muqueuses et leurs annexes.

PEAU ET MUQUEUSES	Syphilide maculeuse (roséole).
	— bulleuse (pemphigus).
	— en plaques ou papuleuse.
	— érythémateuse (éryth. syph.).
	— lenticulaire.
	— tuberculeuse ou gommeuse.
	— phlegmoneuse.
	— vésiculo-pustuleuse.
	— ulcéreuse.
ANNEXES	Onyxis et périonyxis.
	Alopécie.

Je crois ce tableau surchargé ; je le suivrai pourtant pas à pas dans ma description, puisqu'il reflète, en somme, les idées à peu près généralement adoptées en ce moment ; mais j'espère montrer qu'il peut être avec avantage modifié et simplifié.

II

SYPHILIDE MACULEUSE ; ROSÉOLE. — Voici, d'après les classiques, ses principaux caractères : « Elle est constituée par

(1) En ce qui concerne les muqueuses, il ne sera question ici que des manifestations accessibles à l'examen.

(2) A. SEVESTRE. Des manifestations précoces de la syphilis congénitale étudiées spécialement au point de vue du diagnostic, *Progrès médical*, 1888, nos 49 et suivants.

(1) P. et E. DIDAY. *Dictionnaire encyclopédique*, art. SYPHILIS CONGÉNITALE, p. 536.

des taches sans saillie, disparaissant presque toujours sous l'influence de la moindre pression ; leur forme est arrondie, mais leur contour est souvent incertain, surtout lorsque, étant peu foncées, elles ne se détachent pas franchement sur la peau. Sans éclat, leur teinte varie du saumon foncé, légèrement jaunâtre, au rouge sombre ou violacé. Les plus anciennes sont en général brunâtres, comme enfumées, et ne s'effacent pas sous la pression du doigt. Il n'est pas rare de voir ces diverses nuances simultanément sur le même sujet, et de les constater successivement sur une même macule. Les taches ont une largeur très variable, mais qui dépasse rarement 1 centimètre. Elles sont disposées sans ordre. D'abord peu confluentes, elles se multiplient assez rapidement dans les premiers jours, et couvrent au niveau de certaines régions les deux tiers de la surface tégumentaire (1). » Voilà pour l'aspect.

L'éruption suit dans son extension une marche ascendante, *elle est plus confluente sur les fesses, les cuisses et les jambes qu'à la face et au tronc*. Au lieu de disparaître, les macules peuvent se métamorphoser, partiellement du moins, en une autre syphilide, d'où sans doute la roséole *semi-bulleuse* de Vogel, qui est proéminente et se recouvre d'écailles épidermiques et la roséole *papuleuse* de Trousseau.

En outre, la roséole est plus *tardive* que la syphilide bulleuse ; elle n'est généralement pas isolée mais coexiste avec d'autres formes éruptives.

D'après Trousseau, au contraire, elle serait habituellement la première manifestation de la vérole héréditaire, resterait isolée, se développerait rapidement et disparaitrait de même.

En résumé, la première en date pour les uns, plus tardive pour les autres, pouvant se métamorphoser en une autre éruption, assez souvent squameuse et parfois papuleuse et bulleuse, tel serait l'ensemble des caractères de la roséole spécifique du nouveau-né. Je pense que le lecteur aura été frappé de leur peu de précision, et même des contradictions assez notables qu'ils impliquent. Cela est d'autant plus manifeste, que chez l'adulte, la roséole est certainement celle des syphilides qui présente le plus de fixité dans sa morphologie et son évolution : elle est très fréquente ; *toujours* la première ; jamais elle ne présente ni *saillie*, ni *desquamation*, ni *métamorphoses*.

Le plus souvent elle reste limitée au tronc; rarement elle s'étend aux membres, encore ne la voit-on guère qu'à leur racine et dans le sens de la flexion. *Lentement* elle se constitue et *lentement* elle s'efface ; sa durée est *au moins* de deux à trois semaines.

Le contraste, on le voit, est complet. Il n'est donc pas surprenant que son existence ait été très discutée : Follin, Gailleton et plusieurs de ses élèves (Charpy, Violet, Madier-Champvermeil), l'ont niée d'une façon absolue; Bouchut, Vidal, Diday la croient très rare. Théoriquement, si l'on admet comme légitime la comparaison entre l'évolution de la syphilis acquise et celle de l'héréditaire, il est clair qu'on doit *a priori* prévoir sa rareté. En effet, la roséole de l'adulte fait ordinairement son apparition *moins* de trois mois après la date probable de la contamination; or, on admet généralement (Bertin, Ricord, Diday) que l'influence contagionnante de la mère, la seule à envisager dans l'espèce, ne s'exerce pas dans les trois derniers mois de la grossesse. C'est tout au plus (Diday) si de rares observations prouvent la possibilité de l'infection de l'enfant par la mère contagionnée à la fin du septième mois. La conclusion *théorique* est donc que la roséole a de grandes chances d'être intra-utérine, et cela serait vrai, *a fortiori*, pour les cas où le fœtus serait syphilisé par le père ou par la mère infectée avant la grossesse.

Au reste, laissant de côté ces considérations hypothétiques, je dois dire que, pour ma part, je n'ai jamais vu une roséole typique, comparable, comme morphologie et comme évolution, à celle de l'adulte. Pourtant on observe souvent, chez les héréditaires, des *macules* en plus ou moins grande abondance, mais on va voir qu'elles n'autorisent pas le diagnostic roséole, qu'elles n'ont rien de commun avec celle de l'adulte et qu'elles ne sont en réalité que des ébauches de *papules*. Je me rallie donc avec empressement à l'opinion de M. Sevestre, qui, sans nier *absolument* la roséole, « croit qu'on a décrit sous ce nom des éruptions de nature diverse, dont les unes n'ont rien de commun avec la syphilis et sont de simples coïncidences (roséole simple et roséole vaccinale, par exemple), dont les autres sont des formes plus ou moins atténuées de la *syphilide maculeuse* ». Seulement, tandis que M. Sevestre décrit cette dernière syphilide comme une variété à part, je trouve plus conforme aux faits de la considérer comme faisant partie intégrante de la *syphilide papuleuse*, dont elle n'est que la première étape. J'en donnerai les raisons un peu plus loin.

III

Syphilide bulleuse ; pemphigus syphilitique (1). — Parrot en a donné une très bonne description que voici résumée : c'est la plus précoce et une des plus fréquentes; le plus souvent elle existe au moment de la naissance et, chez quelques enfants, on a pu la faire remonter au septième et même au sixième mois de la vie intra-utérine. Son siège constant et parfois exclusif est la paume des mains et la plante des pieds. Lorsqu'elle existe sur d'autres parties de la peau, voisines de ces dernières, par exemple à la face dorsale des doigts et des orteils, à l'extrémité inférieure de la jambe, ou, ce qui est beaucoup plus rare, sur des régions très éloignées de son siège de prédilection, comme chez un malade qui la portait sur l'oreille, elle y est plus tardive, plus discrète et moins développée. Elle est caractérisée par des *taches* vineuses, entourées d'une zone rouge vif, dont l'épiderme est soulevé par du liquide qui les transforme en bulles de volume variable.

Le diamètre de quelques-unes est de 2 ou 3 millimètres, tandis que, sur d'autres, il dépasse 1 centimètre et même 1 centimètre et demi. Leur développement est en général très rapide et elles atteignent très vite leurs dimensions définitives. Quand elles sont très confluentes, on les voit se réunir en de grosses bulles, dont la périphérie n'est plus circulaire, mais limitée par une série de croissants.

Il en est qui rappellent des pustules varioliques de mauvais aspect; d'autres qui contiennent une matière verdâtre. Les plus petites sont en général distendues par le liquide; les plus grosses, comme si elles étaient trop volumineuses pour la matière épanchée, ressemblent à des vessies de baudruche à moitié remplies, leur contenu s'accumule

(1) Parrot. *La syphilis héréditaire*, p. 32.

(1) Cf. au musée Saint-Louis, les moulages 83, vitrine 142 (collect. Parrot), et 213, vitrine 117 (collect. Fournier).

dans les parties déclives, et sur les autres points la cuticule se plisse.

Après avoir atteint leur plein développement, les bulles subissent des modifications diverses. Parfois une partie du liquide est résorbée et le reste se concrète en une masse brunâtre. Dans d'autres cas, la cuticule, qui forme le couvercle de la bulle se rompt ou même est complètement détachée et laisse voir le derme ulcéré sur une étendue variable. Ces ulcérations à fond rougeâtre et sanieux, d'ordinaire peu profondes, sont quelquefois cratériformes et intéressent toutes les couches de la peau.

De toutes les syphilides tégumentaires, la bulleuse est celle dont le moment d'apparition est le plus fixe et en même temps le plus précoce. Elle peut se développer au septième et au sixième mois de la vie fœtale ; habituellement elle existe à la naissance ou apparaît aussitôt après, et l'on doit regarder comme exceptionnels les cas où elle s'est montrée du septième jour à la dixième semaine (cas de Stamm, Held, Ollivier et Ranvier, Parrot).

L'éruption est presque toujours simultanée, rarement elle se fait en plusieurs temps ; mais ce qui est tout à fait exceptionnel, c'est de constater, entre deux poussées consécutives, un intervalle de plusieurs jours : de 15 (Oziander) de 19 (Hertl). Dans ce dernier cas, les bulles du début étaient complètement guéries quand les terminales se montrèrent.

La nature spécifique de cette éruption, aujourd'hui reconnue, a été longtemps discutée. Krauss, Cazeaux, Cullerier, Trousseau, Bazin, Ricord, Gubler, etc., etc., l'attribuaient à la cachexie. Ils objectaient principalement : 1° la rareté du pemphigus syphilitique chez l'adulte ; 2° l'absence ordinaire de toute autre manifestation spécifique chez le nouveau-né atteint de pemphigus. Je montrerai tout à l'heure l'inanité de la première de ces objections, non pas comme on l'a fait jusqu'ici en faisant valoir les *rares et douteuses* observations de syphilis bulleuse de l'adulte (cas de Ricord, Bassereau, Zeissl, etc.), mais en prouvant que le prétendu pemphigus syphilitique du nouveau-né est une simple modalité éruptive de la syphilide papuleuse vulgaire. Quant à la seconde, les faits de lésions viscérales (foie, poumons, os, etc.) accumulés par Dubois, Depaul, Gubler, Parrot, etc., y ont victorieusement répondu. Aujourd'hui il est universellement admis, sauf pourtant par M. Hardy (1), que le pseudo-pemphigus, caractérisé comme il l'a été ci-dessus est une *syphilide*, qu'il importe à un haut degré de distinguer du pemphigus *simple* des nouveau-nés. On y arrivera aisément, si l'on se rappelle :

1° Que ce dernier n'existe jamais au moment de la naissance et ne paraît guère avant le vingtième jour ;

2° Qu'il ne débute jamais par la plante des pieds ou la paume des mains, mais affecte plus spécialement la partie supérieure du thorax et le cou ;

3° Que les bulles, au lieu d'être d'emblée purulentes, sont remplies d'une sérosité transparente, devenant plus ou moins louche au bout de quelques jours seulement.

IV

SYPHILIDE PAPULEUSE, OU ÉRYTHÉMATO-PAPULEUSE POLYMORPHE ; SYPHILIDE EN PLAQUES DE PARROT (2). — C'est la plus commune des syphilides du nouveau-né. Elle est constituée par des *taches* arrondies ou ovalaires, quelquefois irrégulières, pouvant dépasser 1 centimètre de diamètre ; *parfois* très pâles, en ce cas on peut les rendre plus apparentes en exerçant sur la peau quelques frictions, ou encore, comme le recommande M. Parrot, en faisant crier l'enfant. *Plus souvent* d'ailleurs elles sont foncées, d'un rouge sombre, violacé, ou rose saumon tirant sur le jaune.

Elles siègent surtout aux membres inférieurs, particulièrement sur les fesses, les cuisses, les pieds. Elles atteignent aussi les membres supérieurs et la *face*, spécialement le *menton* et le *cou*. D'abord rares et peu nettes, elles s'élargissent, deviennent plus foncées et aussi plus nombreuses; souvent il se fait des poussées successives. Quelques-unes s'éteignent peu à peu sans autres modifications, en laissant pendant un certain temps une trace brunâtre, mais la plupart d'entre elles persistent et *desquament*, d'autres s'accentuent plus encore, deviennent appréciables au doigt, *papuleuses*. Tantôt la saillie porte également sur l'élément tout entier ; tantôt au contraire, et plus souvent, la *périphérie* est notablement plus saillante que le centre et plus colorée (1).

Leur surface est mate, un peu inégale, couverte de petites squames furfuracées, ou d'une cuticule épidermique assez épaisse. Parfois cette cuticule tombe et alors la papule apparaît lisse, luisante, protégée par un épiderme mince à plis très fins, tandis qu'à sa base existe une collerette blanche formée par la *brisure* de la cuticule tombée (collerette de Biett). On peut voir dans certains cas deux collerettes parallèles.

Parfois enfin, au lieu de desquamer, l'épiderme se soulève distendu par une exhalaison liquide au sein des cellules malpighiennes, macules et papules deviennent ainsi bulleuses à leur centre, et cette bulle, formation *secondaire*, au même titre que les squames et la cuticule, se trouble rapidement.

En résumé, macules simples, macules squameuses, papules avec ou sans collerettes, maculo-bulles et papulobulles, tels sont les éléments constituants de la syphilide que je propose de désigner sous le nom d'*érythémato-papuleuse polymorphe*, et que je crois être de toutes la plus fréquente. Je ne dis pas qu'on trouvera, dans *chaque cas*, *tous* les éléments que je viens de mentionner ; il est possible qu'ils s'arrêtent à l'une ou l'autre de leurs phases, mais il me paraît évident que, de la macule simple à la papulobulle il n'y a qu'une différence de *degré*, d'évolution, que cette syphilide est *polymorphe* d'aspect, mais constitue une *espèce* bien définie, *naturelle*. Car, non seulement l'on voit souvent tous ces éléments divers réunis sur le même malade, mais encore on peut observer, et pour ma part j'ai vu le passage *in situ* d'une des phases éruptives à une autre.

Je reviens maintenant au pemphigus des nouveau-nés, d'après moi simple variété de la syphilide érythémato-papuleuse ; seulement en raison de la congestion *normale* de la peau et surtout des *extrémités* dans les premiers jours de la vie, la variété bulleuse est la règle, spécialement aux régions plantaire et palmaire, dont l'épiderme est si délicat et si mince. D'autre part, la peau tout entière étant toujours à cet âge rouge ou rose foncé, et cela pendant dix à quinze jours, et plus encore chez les avortons et les enfants faibles, il est évident que les macules ou papules simples ne peuvent guère être apparentes ; l'éruption paraît donc *exclusivement* bulleuse. Il en est tout autrement quand le pem-

(1) HARDY. *Traité des maladies de la peau*, 1887, p. 267.

(2) Cette dénomination me paraît moins bonne ; elle ne s'applique qu'à l'un des aspects de l'éruption.

(1) Cf. collection Fournier, pièce n° 316, vitrine 130.

phigus se montre à une période tardive (du quinzième jour au deuxième mois); les auteurs sont unanimes à reconnaître alors que « plus il est éloigné de la naissance, moins le type est net » (1) et que « d'autres syphilides peuvent coexister dans ce cas avec lui. M. Baert, sur un malade de vingt et un jours, a constaté en même temps une éruption papulo-squameuse ; un enfant de deux mois et demi avait dans le même temps des bulles et des papules (2). » Eh bien ! il ne s'agit pas là, comme semble le croire Parrot, de la coexistence de deux éruptions différentes ; les macules et les papules ne sont pas *masquées*, voilà tout, et d'autre part, la production de la bulle se fait avec moins de facilité ; elle n'apparaît plus que comme un épiphénomène accessoire, secondaire, l'éruption papuleuse reprenant toute son importance et toute sa valeur. Qu'on me permette ici, pour plus de clarté, de rapporter quelques observations personnelles *très résumées*.

Observation I. — *Syphilide polymorphe (macules, papules, bulles aux régions plantaire et palmaire) chez un enfant de quinze jours. Hépatite interstitielle.* — D... (Jules), entré le 29 octobre 1885, à la nourricerie des Enfants-Assistés (service de M. A Sevestre).

Enfant assez vigoureux, porteur d'une éruption *bulleuse* à la plante des pieds et à la paume des mains.

Quelques syphilides papulo-squameuses à la face, notamment à la région intersourcilière.

Érythème à contours irréguliers autour de la bouche. Lèvres fissurées.

Macules rouge sombre sur les membres inférieurs.

Mort le 6 novembre.

Je trouve, entre autres lésions, le foie dur, brun foncé, *silex* ; sur le fond brunâtre apparaît un semis de points blancs opaques, de la dimension d'une tête d'épingle.

Obs. II. — *Syphilide polymorphe (papules circinées, bulles) chez un enfant de huit jours.* — B... (Georges), admis le 22 juin 1885, à la nourricerie des Enfants-Assistés (service de M. A. Sevestre).

Cet enfant est atteint d'une éruption de larges papules circinées, rouge brunâtre, siégeant au front, dans les sourcils, sur les poignets et les mains, aux jambes et à la *plante des pieds*.

En ce point, les plaques sont peu saillantes, mais en revanche il s'est *fait à leur centre un léger soulèvement épidermique, recouvrant un liquide louche.*

7 juillet. Aux deux jambes est apparue une éruption de taches rouge sombre, à centre occupé par des bulles purulentes. L'épiderme de la plante des pieds s'est exfolié en laissant des ulcérations superficielles.

Vomissements, muguet, plaques ptérygoïdiennes.

L'enfant sort, réclamé par ses parents.

Obs. III. — *Syphilide polymorphe (macules, papules, bulles) chez un enfant de deux mois.* — R..., entré avec sa mère le 26 février 1886, à l'hôpital Saint-Louis (service de M. E. Besnier).

Coryza double, sanieux et sanguinolent.

Fissures suintantes des commissures et du limbe labial.

Sur le front, le cou et les quatre membres, surtout les inférieurs, on voit des *taches* pâles, arrondies, disparaissant par la pression. En certains points, elles sont plus foncées, légèrement saillantes et la pression ne suffit pas à les faire disparaître. A la paume des mains, taches rouge sombre, avec *bulles louches au centre*. Deux *macules bulleuses à la plante* du pied gauche.

1er mars. Poussées érythémato-bulleuses sur les flancs et le thorax.

2 mars. Mort avec des symptômes d'athrepsie aiguë.

(1) Parrot. Loc. cit., p. 27.
(2) Parrot. Loc. cit., p. 28.

C'est sans doute aux cas de ce genre, que Vogel appliquait la dénomination de roséole *semi-bulleuse*, de même que celle de *roséole papuleuse* était proposée par Trousseau pour ceux où l'évolution néoplasique avait abouti aux *papules*, mais ce sont là des étiquettes dermatologiques fautives, ou du moins incomplètes, et je crois plus conforme à l'observation clinique d'admettre l'existence d'une *syphilide polymorphe*, caractérisée par des *macules* et des *papules*, pouvant dans certaines circonstances se recouvrir de *bulles ;* seulement, tandis que, chez le nouveau-né, en raison de conditions circulatoires spéciales, et de l'état succulent, spongieux (Barthélemy) des tissus, la *bulle* est constante et seule appréciable, chez les enfants plus âgés, au contraire, les autres modalités éruptives sont *apparentes* et *prédominantes.* Je rejette donc l'existence, à titre isolé, de trois *espèces autonomes :* bulleuse, maculeuse et papuleuse.

Je viens de décrire la syphilide polymorphe sous son aspect le plus habituel ; mais il s'en faut qu'elle se présente toujours avec des caractères aussi tranchés ; ceci m'amène à parler de ses variétés dont il me paraît exister quatre principales :

A. Variété fruste.
B. — ulcéreuse.
C. — circinée.
D. — psoriasiforme.

A. *Fruste.* — Elle n'est pas très rare ; les éléments éruptifs y sont réduits au minimum ; on peut voir, par exemple (je prends au hasard dans mes observations), deux ou trois taches arrondies, rouge sombre, squameuses, au niveau du genou ; deux taches analogues au-dessus du sourcil, une *très légère* fissure labiale et *c'est tout ;* l'enfant, comme dans le cas auquel je fais allusion, n'en succombe pas moins, et l'on trouve à l'autopsie des lésions spécifiques en abondance. Je n'insiste pas : on comprend, du reste, que rien n'est plus *protéiforme* que cette variété, comme nombre, siège et mode de groupement des lésions.

B. *Ulcéreuse.* — Sous une influence spéciale, encore mal déterminée d'ailleurs, les lésions (macules, papules ou bulles), celles *surtout* qui siègent aux régions postérieures, peuvent s'ulcérer ; l'aspect particulier qu'elles revêtent alors a été décrit par les auteurs sous le nom de *syphilis ulcéreuse*, étiquette très contestable car il s'agit là d'une simple complication pouvant se montrer aussi à l'occasion d'éruptions non spécifiques, l'érythème athrepsique, par exemple. Cependant, fidèle au cadre que je me suis tracé, j'étudierai plus loin, à son rang dans le tableau classique, cette variété de la syphilide polymorphe.

C. *Circinée.* — Il y a, dans tous les cas, un certain nombre d'éléments arrondis ou ovalaires ; mais ils sont parfois si abondants, et l'ensemble de l'éruption est si caractéristique que le nom de syphilide érythémato-papuleuse *circinée* s'impose. (Cf. collect. Fournier, n° 316, vitr. 130.)

D. *Psoriasiforme.* — Variété très rare, j'en ai vu un seul exemple mais très net ; il m'a été montré, à l'hôpital Saint-Louis, par mon ami M. le docteur Bruchet. Il s'agit d'un enfant, soigné à la policlinique de M. le professeur Fournier. Les lésions occupaient principalement, mais non exclusivement, la région postérieure des cuisses et des jambes ; c'étaient de *grands* éléments *cerclés* ou *hémi-cerclés*, recouverts de squames furfuracées *très abondantes.* Il y avait, en outre, des macules dans le cuir chevelu, et des pléiades ganglionnaires aux aines et au cou. Le père était syphili-

tique d'ancienne date. La mère avait été contagionnée pendant sa grossesse. Je parlerai plus loin d'une forme d'*érythème squameux*, décrite par Trousseau et Lasègue sous le nom de *faux psoriasis* et considérée par eux comme spécifique. Je me borne à dire ici qu'elle n'a rien de commun avec la syphilide psoriasiforme.

Pour en finir avec la syphilide érythémato-papuleuse polymorphe, il me faut parler maintenant des modifications qu'elle subit en certaines régions, sous l'influence du siège. Il s'agira surtout ici de la *face*, du pourtour des *orifices* cutanéo-muqueux, des muqueuses elles-mêmes. Je n'affirme nullement d'ailleurs que toutes les lésions muqueuses contemporaines de cette syphilide soient, *anatomiquement*, des éléments de même nature, plus ou moins modifiés dans leur aspect par la différence de texture des tissus. Mais, outre que cela est probable, ces lésions lui font ordinairement cortège; leur description peut donc se placer ici sans grand inconvénient.

A la face, les syphilides occupent avec prédilection le pourtour de l'orifice buccal, le menton, le front et les sourcils; autour de la bouche elles sont larges, peu saillantes, à contours parfois distincts, plus souvent confondus; il se forme ainsi une nappe rouge, irritée par l'écoulement de la salive et des liquides, nappe correspondant à peu près à la région des poils chez l'homme, on dirait que l'enfant a été *barbouillé d'un jus rouge*. Souvent cette surface est *excoriée, fissurée, suintante*, recouverte de concrétions jaune brunâtre, particulièrement au-dessous des narines, autour des lèvres, au sillon mento-labial; l'aspect devient alors aussi repoussant que caractéristique. (Collect. Parrot, n° 52, vitr. 139.)

Sur le reste de la face, spécialement au front, et dans les sourcils les syphilides sont grisâtres, rugueuses, couvertes d'écailles furfuracées, ou de croûtes épaisses, grises ou brunâtres. Parfois même elles sont franchement impétiginiformes; j'en ai vu un exemple. C'est à des cas analogues que l'on doit sans doute le nom d'*impetigo syphilitique* employé à tort par quelques auteurs; ces divers aspects sont dus à la richesse du système sébacé de cette région; aussi la forme *séborrhéique* s'observe-t-elle sur la plupart des éruptions de la face, quelle que soit leur nature.

Sur le cuir chevelu elles sont rares et généralement peu saillantes, mais pour la même raison croûteuses et parfois rupioïdes. (Collect. Parrot, n° 4.)

Avant de m'occuper des muqueuses, je dois dire que d'une façon générale, dans les points où la peau se trouve habituellement en contact avec elle-même, et qui, partant, sont toujours humides, par exemple l'espace interfessier, le sillon génito-crural, les espaces interdigitaux, l'ombilic, les aisselles, etc., les syphilides prennent un aspect spécial : elles sont plus saillantes, leur surface est d'un gris jaunâtre, humide, suintante, *érosive* en un mot; ce sont là les plaques muqueuses de la peau, les plaques de Legendre qu'il est préférable de nommer, avec M. Fournier, *syphilides papulo-érosives*.

M. Sevestre (1) insiste avec raison sur la « plaque auriculaire » développée au niveau du sillon qui sépare le crâne du pavillon de l'oreille. Elle n'occupe pas toute la longueur de ce pli, mais spécialement son extrémité antéro-supérieure, presque jamais l'extrémité postéro-inférieure; détail important, car en ce dernier point on peut voir survenir, chez les enfants mal tenus, des rougeurs ou même des érosions qu'il ne faut pas confondre avec des accidents spécifiques. En revanche, l'*otorrhée* doit être tenue pour très suspecte; il n'est pas rare qu'elle soit imputable à des plaques du *conduit auditif externe*.

Les syphilides du *foyer génital* présentent quelques particularités : sur le scrotum elles sont végétantes, condylomateuses, quelquefois ulcérées. (Cf. plus loin syphilide ulcéreuse.) Chez la petite fille c'est surtout la partie inférieure des grandes lèvres qu'elles affectent : elles y sont arrondies, végétantes ou ulcéreuses. A la fourchette elles se montrent plutôt *fissuraires*.

L'anus est parfois, comme chez l'adulte, un véritable nid à syphilides, D'après Natalis Guillot elles y prendraient souvent une disposition *radiée, en cocarde*. D'autres fois elles sont fissuraires, se cachent dans les plis, qu'il faut étaler avec soin pour les mettre en évidence.

Muqueuses. — A. *Nasale*. — Elle est très fréquemment atteinte, et le *coryza* est un des symptômes les plus constants et les plus précoces de la syphilis héréditaire. Au rapport de West, il pourrait même exister seul en dehors de toute autre manifestation; cela peut être. Pour ma part, j'ai vu des enfants bien et dûment syphilitiques, comme le montra plus tard l'autopsie, présenter pour toute lésion apparente un coryza sanieux, accompagné d'une ou deux fissures des lèvres. Il importe donc à un haut degré d'en bien connaître les caractères : au début, un simple enchifrènement et gêne respiratoire, surtout marquée quand l'enfant veut téter. Cette gêne peut manquer, et d'ailleurs elle existe aussi dans le coryza simple, peut-être même y est-elle plus accentuée (Sevestre). Mais tandis que dans ce cas l'écoulement est muco-purulent, dans le coryza spécifique, de séreux qu'il est d'abord, il devient très vite sanieux et parfois légèrement sanguinolent : les deux narines laissent suinter un liquide puriforme strié de sang; ce liquide se concrète en croûtes jaune brunâtre ou verdâtre, obstruant l'orifice narinaire. L'épistaxis, signalée par Trousseau et Lasègue, est très rare.

Ce coryza est très tenace. Il persiste jusqu'à la mort, et, quand la guérison a lieu, il est ordinairement le dernier des stigmates spécifiques à disparaître. J'ai vu, à l'hôpital Saint-Louis, un enfant de quatre ans, soigné à l'âge de six mois, dans le service de M. Fournier, pour une syphilis héréditaire précoce à symptômes classiques. Cet enfant avait parfaitement guéri, il était même d'une force et d'une vigueur peu communes, mais il *gardait un coryza* resté longtemps sanieux et fétide, devenu simplement muqueux, et persistant depuis le *début* de la maladie.

Le substratum anatomique de ce coryza a donné lieu à quelques discussions; cela se conçoit, la muqueuse de Schneider se soustrayant pendant la vie à l'examen direct et s'altérant rapidement après la mort. Pourtant on l'a vue, à l'autopsie, parsemée d'*ulcérations* superficielles peu étendues, recouvertes d'un exsudat jaunâtre, diphthéroïde, analogues, en un mot, à celles de la muqueuse buccale; histologiquement, d'après Zeissl, l'altération n'atteint que l'épithélium, les papilles, les glandes et le tissu conjonctif de la muqueuse; elle ne se propage que rarement du périoste aux cartilages et aux os. Ces constatations anatomiques permettent je crois, de joindre le coryza aux autres localisations de la syphilide papuleuse polymorphe. Elles concordent avec l'observation de Parrot qui, contrairement à Bertin, Trousseau et Lasègue, regarde comme très rares

(1) A. Sevestre. Loc. cit., p. 491.

les lésions profondes (périoste, os, cartilage) et leurs conséquences, l'effondrement des os du nez.

Ce dernier stigmate, qui donne lieu à l'aspect connu sous le nom de nez en lorgnette (Fournier), s'observe beaucoup plus tard et doit être étudié avec la syphilis héréditaire tardive.

Par contre, M. Sevestre a observé assez fréquemment, à la suite du coryza, l'atrésie de l'orifice narinaire : « La peau est à ce niveau plus lisse, plus tendue, comme attirée à l'intérieur, et l'orifice est lui-même plus étroit ; il semble, en un mot, que la narine se rétracte vers l'intérieur. Cette apparence très spéciale se produit lorsque le coryza dure depuis quelques semaines (1). »

B. *Conjonctivale.* — L'angle externe et parfois aussi l'angle interne des paupières peuvent être le siège de fissures, empiétant surtout sur la peau. Je mentionne ici pour mémoire l'ophthalmie purulente et toutes ses graves conséquences. Ce n'est évidemment pas d'une conjonctivite spécifique qu'il s'agit ; mais sa fréquence chez les petits syphilitiques est telle, dans les hospices surtout, qu'il est impossible de ne pas la signaler.

C. *Labiale.* — On ne saurait trop insister sur les lésions de cette muqueuse : très fréquentes, s'observant au moins quatre fois sur cinq, elles sont d'importance majeure en raison des dangers qu'elles font courir aux nourrices, sinon aux mères (2), et aussi parce que, dans certains cas, elles constituent à elles seules presque toute la symptomatologie extérieure de la maladie. Elles ont été bien étudiées par Trousseau, Parrot et M. Sevestre. La description de mon maître me semble particulièrement heureuse et je la reproduirai dans ses traits principaux.

Les *fissures* sont de beaucoup les plus caractéristiques de ces lésions : elles peuvent se présenter sous trois aspects assez différents, selon qu'elles sont *commissurales*, *médianes* ou *dispersées* (Sevestre).

Les fissures commissurales, dont le nom indique suffisamment le siège, s'étendent à la fois sur la muqueuse et sur la peau ; elles sont souvent profondes, larges, généralement recouvertes d'une croûte. Il n'est pas rare non plus de les voir former sur la peau un bourrelet grisâtre qui circonscrit une surface rose et suintante. Elles coexistent presque toujours avec les autres variétés de fissures ; ce sont, à proprement parler, des *plaques muqueuses*.

Les fissures médianes siègent surtout à la lèvre supérieure, à droite et à gauche du lobule médian, occupant le fond de la dépression qui existe normalement à ce niveau. Dans certains cas, l'épiderme seul paraît fendillé, mais si l'on relève la lèvre et si on en écarte les extrémités, on voit que cette fissure va jusqu'au chorion muqueux. Elle respecte la peau, mais se prolonge sur la muqueuse dans une étendue de 6 à 10 millimètres. Généralement fusiforme, elle mesure en son milieu de 1 à 2 millimètres de largeur et de profondeur. Son fond est rouge, sanguinolent, ou jaune abricot et parfois recouvert d'une petite concrétion jaunâtre assez consistante. En prenant la lésion entre les doigts, on perçoit d'ordinaire une induration très manifeste. Ainsi constituées, ces fissures sont un signe à peu près certain de syphilis et l'enfant qui les présente doit toujours être considéré au moins comme *très suspect, alors même que l'examen le plus attentif ne révèle aucune autre manifestation* (Parrot, Sevestre). Je me rallie absolument à cette opinion. A la lèvre inférieure on peut aussi observer une fissure médiane mais unique et occupant le milieu de la lèvre. Quand elle existe *seule*, elle est beaucoup moins significative que les précédentes ; en effet « on sait qu'il n'est pas rare de voir chez des personnes d'ailleurs saines, durant la saison froide, la lèvre inférieure atteinte habituellement d'une fissure profonde qui laisse à sa suite une cicatrice permanente » (Parrot). Même en ce cas la défiance est encore de règle, surtout s'il y a induration.

Les *fissures dispersées* peuvent se montrer en plus ou moins grand nombre sur des points quelconques de la lèvre supérieure ou de la lèvre inférieure. Elles sont toujours disposées d'arrière en avant, et donnent à l'orifice buccal une apparence toute particulière. Leurs caractères ne diffèrent pas d'ailleurs de ceux des fissures médianes ; leur valeur séméiologique est la même ; il faut les tenir pour plus que suspectes, même quand elles sont très légères. Je me rappelle de façon très précise le cas d'un nourrisson des Enfants-Assistés, malingre et chétif, mais sans autres stigmates qu'une fissure *très superficielle* de la lèvre inférieure et deux ou trois taches rouge sombre, légèrement squameuses, au niveau du genou. Il fut confié à une nourrice qui, deux mois plus tard environ, fut atteinte d'un chancre du sein.

Toutes ces fissures *commissurales*, *médianes* ou *dispersées*, sont douloureuses et provoquent souvent les cris des enfants : on conçoit aisément leur rôle néfaste si la douleur est suffisante pour gêner ou abolir la succion ! Au reste, elles peuvent guérir et laissent à leur suite des cicatrices d'abord violacées, puis blanchâtres. Quand elles ont été nombreuses, le limbe labial présente après la guérison un aspect froncé vraiment caractéristique (Parrot).

Outre les fissures, on voit aussi sur les lèvres de petites érosions superficielles, arrondies, à fond jaunâtre. J'ai vu, à plusieurs reprises, ces érosions se transformer en fissures et je crois vraisemblable que telle est ordinairement l'origine de ces dernières.

D. *Bucco-linguale.* — Si presque tous les auteurs s'accordent à reconnaître la fréquence et la valeur diagnostique des fissures et des érosions labiales, il en est tout autrement en ce qui concerne la muqueuse buccale. Ici la confusion est complète. Tandis que P. et E. Diday (1) déclarent que « les plaques muqueuses des cavités buccale et pharyngienne sont un symptôme d'autant plus commun que les enfants sont plus jeunes ; que, d'ailleurs, elles n'offrent rien qui les distingue de celles de l'adulte, de celles de la syphilis acquise », Roger (2) les croit moins fréquentes ; Henoch (3) les considère comme rares, et Parrot (4) n'en a rencontré que sur la langue. Je crois, pour ma part, qu'il ne faut guère s'attendre à rencontrer chez les nouveau-nés ces plaques opalines si caractéristiques, des vérolés adultes. Cela tient-il à ce que la muqueuse n'a pas à subir le contact et les frottements de matières alimentaires plus ou moins

(1) A. Sevestre. Loc. cit., p. 30.

(2) Cette distinction est motivée par la notion de la loi de Colles ou de Baumes, sur laquelle je n'ai pas à insister, mais qui peut se résumer ainsi : Une femme, d'apparence saine, mère d'un enfant qui a reçu héréditairement la syphilis de son père, n'a rien à redouter de cet enfant comme contamination syphilitique.

(1) P. et E. Diday. Loc. cit., p. 594.

(2) Roger. *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, t. II, p. 44.

(3) Hénoch. *Leçons cliniques*, traduction française, p. 74.

(4) Parrot. Loc. cit., p. 47.

dures? Ou bien faut-il faire intervenir l'absence de certains irritants particuliers (tabac, spiritueux)? C'est possible à la rigueur et cela trouverait un semblant de confirmation dans ce fait que les plaques muqueuses de la bouche sont déjà plus rares chez la femme. Quoi qu'il en soit, le fait en lui-même me paraît indiscutable, et je me range à l'opinion de M. Sevestre, qui admet aussi leur rareté, et explique les divergences entre les auteurs précités par la confusion avec certaines altérations de la muqueuse, fréquentes chez les nouveau-nés et indépendantes de la syphilis. Il est donc indispensable de décrire rapidement ces lésions. Il en existe plusieurs variétés, mais les plus importantes de beaucoup sont celles que Parrot a décrites sous le nom d'*ulcérations athrepsiques*. Leurs localisations et leur aspect sont très particuliers. On les observe :

1° Sur le frein de la lèvre inférieure et sur celui de la langue qui sont *épaissis* et *érodés*, quelquefois même rongés par un véritable ulcère à fond saignant, ou gris jaunâtre.

2° Sur le voile du palais où elles ont *deux* points d'élection caractéristiques : d'abord la partie moyenne du raphé de la voûte palatine où l'on voit fréquemment, chez les nouveau-nés, deux petites saillies blanc jaunâtre (kystes épidermoïdes de Guyon et Thierry). Or, il se fait souvent à ce niveau deux petites ulcérations allongées d'avant en arrière, à bords taillés à pic, à fond jaunâtre, ordinairement superficielles ; elles peuvent se creuser davantage et aller jusqu'à l'os. Ce sont là les ulcérations médio-palatines de l'athrepsie, les *aphthes de Bednar* (1) de quelques auteurs.

3° Cette variété, plus commune encore, répond aux plaques *ptérygoïdiennes* de Parrot : ce sont des ulcérations arrondies, pouvant atteindre jusqu'à 1 centimètre de diamètre; situées symétriquement sur les parties latérales de la voûte palatine, au niveau de la saillie que forment en ces points les apophyses ptérygoïdes. A l'état normal on y voit une éminence mamelonnée, et la muqueuse comprimée par l'os sous-jacent est pâle. Ces ulcérations sont bilatérales; quand il n'en existe qu'une, on peut être certain que l'ulcération symétrique ne tardera pas à se montrer. Au début, elles font une légère saillie et semblent recouvertes d'une sorte de couenne blanc jaunâtre; puis elles s'affaissent, se creusent, s'élargissent et deviennent brun sale. Il n'est pas rare qu'elles guérissent, leur surface se déterge, devient rosée et reprend l'aspect de la muqueuse normale.

Indépendamment des ulcères athrepsiques, la muqueuse buccale peut encore, quoique plus rarement chez des enfants aussi jeunes, se couvrir d'érosions diverses non spécifiques, par exemple, les *aphthes*, les *plaques diphthéritiques*, etc. Et il est très probable que les ulcères signalés par Paletta, Monteggia, Casati, etc., comme caractéristiques de l'hérédo-syphilis, rentrent dans l'une ou l'autre de ces variétés. Malgré tout, l'opinion de Trousseau et surtout celle de P. et E. Diday, si compétents tous deux et parfaitement au courant des travaux de Parrot, n'en reste pas moins embarrassante et difficile à concilier avec celles de Roger, d'Henoch, de Parrot et de Sevestre.

Quoi qu'il en soit, voici les résultats de mon observation personnelle : *assez fréquemment*, j'ai vu chez les enfants syphilitiques, au niveau des gencives sur la partie antérieure de la langue et la voûte palatine, de petits ulcères de forme très variable, arrondis, ovalaires, en fer à cheval, ou encore sinueux, irréguliers ; une fois entre autres, les deux tiers antérieurs de la langue, complètement couverte de ces lésions, étaient comme *mangés des vers*. Ces ulcères sont ordinairement tapissés d'une sorte de pulpe gris sale ou blanc jaunâtre. Ils m'ont paru se déterger et guérir rapidement et, d'ailleurs, je les ai observés chez des enfants qui ne présentaient nul autre symptôme spécifique et considérés comme des athrepsiques. Ce fait, joint à leur aspect si dissemblable de celui des plaques muqueuses de l'adulte, oblige à beaucoup de réserve, et je me borne, comme M. Sevestre, à les tenir pour très suspects.

Je serai bref sur une dernière lésion, spéciale celle-là à la muqueuse linguale, très bien étudiée par Parrot dans ses caractères objectifs, mais regardée à tort par lui comme spécifique : il s'agit de la prétendue *syphilide desquamative de la langue* (Parrot), mieux nommée *glossite exfoliatrice marginée* (Fournier). En quelques mots, voici son aspect et sa marche : à la pointe de la langue ou sur les bords, on voit apparaître une *tache* d'un demi-millimètre à 1 millimètre de diamètre, blanche, arrondie, au niveau de laquelle l'épithélium est plus *épais* et plus *blanc* qu'à l'état normal; puis très rapidement, en vingt-quatre ou trente-six heures, à la place de ce disque laiteux se montre un anneau *blanc*, circonscrivant une surface *rouge* qui est le centre de la tache dont l'épithélium est tombé et où l'on voit les papilles. « La plaque débute en un point quelconque de la langue, mais toujours sur la face dorsale; souvent plusieurs plaques apparaissent en divers points et tendent à se réunir; il en résulte alors une figure policyclique, formée d'arcades irrégulières se rejoignant par des angles rentrants (1). »

Dans un mémoire sur les rapports du rachitis et de la syphilis, présenté, en 1886, à l'Académie de médecine, j'avais fait remarquer la fréquence de cette glossite chez des enfants absolument indemnes de syphilis; mon ami M. Louis Guinon (2) a publié sur ce sujet un travail très bien fait où il arrive aux mêmes conclusions; ce sont aussi celles de M. Sevestre. Je n'insisterai donc pas et je me borne à ajouter que cette affection singulière s'observe aussi chez l'adulte, comme en témoignent les moulages 338 et 411 du musée de Saint-Louis (Collect. Fournier, vitr. 115).

V

Syphilide acnéiforme. — Quoique cette dénomination soit déjà employée en syphiligraphie et corresponde à l'une des sous-variétés de la classification de M. le professeur Fournier, comme elle ne fait pas partie de la nomenclature classique adoptée pour la syphilis héréditaire, je ne la propose qu'avec réserve. Je sais, en effet, combien, dans une synonymie déjà si surchargée, l'on doit être avare de termes nouveaux. Mais j'ai observé trois cas, me paraissant si nettement mériter ce nom, et impossibles à classer sous l'une des étiquettes usuelles, que je crois pouvoir compter sur l'indulgence du lecteur. Au reste, qu'on veuille bien le remarquer, il s'agit ici, non d'une tentative de déclassement synonymique, mais d'une forme éruptive non décrite jusqu'ici, du moins je le crois. Voici mes trois observations résumées :

Obs. IV. — M..., trois mois. Hôpital Saint-Louis. Policlinique de M. E. Besnier, 22 novembre 1886.

Père syphilitique depuis le mois de mai 1885.

(1) Bednar. *Die Krankh. der Neugeb. und Saugl.*, Wien 1850, p. 105.

(1) A. Sevestre. Loc. cit., p. 39.

(2) L. Guinon. De la desquamation épithéliale de la langue chez les enfants, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1887, p. 385.

Mère contagionnée en décembre 1885; devenue enceinte à peu près à la même époque. Accouchée à terme le 1er septembre 1886. L'enfant est né fort et vigoureux. Les symptômes ont apparu, il y a quinze jours environ. Un peu d'enchifrènement, coryza avec écoulement abondant non sanieux.

Il existe, dans le pli coccygien, aux plis fessiers, aux plis internes des cuisses et poplités, des surfaces rouges surélevées, suintantes, allongées dans le sens des plis. Ces surfaces sont limitées par des bordures plus pâles et plus saillantes que le reste du placard. Autour d'elles et à leur niveau se voient en grand nombre de *petits* éléments arrondis, saillants, gros comme des *têtes d'épingle* ou des pois très petits, centrés d'un point jaunâtre et à bords rouge violacé, surélevés.

Il est aisé de reconnaître que les placards et surtout leurs bordures saillantes sont formées d'éléments analogues un peu élargis et noyés à demi dans la tuméfaction générale de la nappe néoplasique.

En outre, on voit des agglomérats d'éléments analogues à ceux de ces nappes principales, à la face interne des cuisses et des pieds, aux mains et autour de la bouche. Fissure commissurale à fond jaunâtre bordé de croûtelles brunes.

Sur le scrotum, quelques syphilides papulo-érosives à type classique (surface rouge suintante, avec anneau périphérique légèrement saillant).

Quelques ganglions très petits aux aisselles et à la région rétro-cervicale. Rien sur les muqueuses.

L'enfant est revenu une fois, et n'a plus reparu.

Obs. V. — La nommée G..., vingt-quatre ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 9 novembre 1886, avec son enfant âgé de sept semaines (service de M. E. Besnier, salle Gibert n° 8).

Elle a été traitée, il y a deux ans, dans le service de M. Fournier pour un chancre de la lèvre inférieure, s'est mariée il y a un an. Son mari était sain, grossesse normale. Elle est accouchée, il y a sept semaines et à terme, d'un enfant vigoureux, malade depuis quinze jours.

Cet enfant est porteur, aux fesses, aux cuisses, à leurs plis notamment, d'une éruption de papules larges comme de très petites lentilles, légèrement déprimées au centre.

Aux membres supérieurs, éruption d'éléments analogues mais plus petits encore, miliaires.

A la face, accumulation de papules recouvertes de croûtes grisâtres.

A la plante des pieds quelques macules arrondies, rouge sombre, légèrement desquamées.

Fissures labiales, coryza.

La mère nourrit l'enfant au sein; on lui prescrit une cuillerée à bouche de liqueur de van Swieten, et à l'enfant dix gouttes à faire prendre en quatre fois dans une cuillerée de lait.

22 novembre. Il s'est fait aux fesses une sorte de gangrène très superficielle; on y voit de larges surfaces à bords irréguliers, à fond rose piqueté de points rouges. L'éruption spécifique est en voie d'amélioration.

4 décembre. Les lésions ont presque complètement disparu. Les couches épidermiques sphacélées se sont reconstituées. Actuellement, il ne reste que des macules. L'état général, au contraire, s'est progressivement aggravé. L'enfant qui, à l'entrée, était très vivace, s'est alangui. Diarrhée verte, amaigrissement. Suppression de la liqueur de van Swieten.

19 décembre. Amélioration lente mais progressive de l'état général. Pas de nouvelles lésions, pas de diarrhée.

La mère et l'enfant quittent l'hôpital en cet état.

Obs. VI. — La nommée B...; trente-cinq ans, amène à l'hôpital Saint-Louis, le 7 décembre 1886, son enfant âgé de sept semaines (policlinique de M. E. Besnier).

Cette femme a contracté la syphilis, en avril 1886. Elle accouche à terme, le 18 octobre suivant, son enfant était superbe, il est atteint depuis une semaine environ.

État actuel : la presque totalité des membres inférieurs est recouverte de vastes nappes rouges, peu surélevées et peu épaisses. Sur leurs bords, et dans leurs intervalles se voient des papules de la dimension d'un petit pois, saillantes, luisantes et ombiliquées à leur centre, occupé par une petite croûtelle qu'on peut enlever avec l'ongle; on voit alors un petit pertuis à surface humide.

Autour de la bouche, taches rouges à contours irréguliers; à leur niveau agglomérats de papules identiques à celles des membres inférieurs.

Quelques fissures superficielles aux lèvres.

Une plaque érosive sous la face inférieure de la langue. Quelques ganglions aux aisselles et aux aines. Il n'y en a pas au cou ni à l'épitrochlée.

L'état général est excellent.

Le 12 décembre. L'enfant est ramené à la policlinique. Il s'est fait sur les nappes rouges, surtout au niveau des parties convexes des fesses et aux malléoles, des exulcérations irrégulières, très superficielles, à fond jaune grisâtre.

Le 17, il entre à l'hôpital. Il existe à la jambe gauche une tuméfaction étendue avec rougeur et fluctuation. La veille de l'entrée cette collection purulente s'était spontanément et partiellement évacuée.

Un stylet introduit par l'orifice pénètre sous les téguments décollés, de 5 à 6 centimètres au moins.

En outre, il s'est fait, à la face postéro-interne des membres inférieurs et aux pieds, une production de petites gommes dermiques grosses comme des pois ou un peu plus. Certaines d'entre elles sont encore peu apparentes et plus appréciables au doigt qu'à la vue.

Les ulcérations précédemment indiquées se sont étendues. Sur leur fond rosé apparaît un fin piqueté rouge.

19 décembre. L'enfant a beaucoup pâli, teinte légèrement subictérique, diarrhée. Coryza.

Il meurt le 22 décembre.

Autopsie faite quatorze heures après la mort.

Foie de coloration violette avec quelques zones jaune brunâtre à limites indécises.

Lésions de péritonite, liquide louche; arborisations et friabilité intestinales.

Noyaux disséminés de bronchopneumonie.

Le tibia gauche, seul os qui ait pu être examiné, était recouvert d'une mince couche ostéophytique.

En somme, dans ces trois observations de syphilis infantile, l'élément éruptif initial, la *lésion élémentaire*, a été une papule saillante, ombiliquée, centrée d'une croûtelle, de dimensions très petites (tête d'épingle, pois, petite lentille). On pourra se faire une idée à *peu près* exacte de l'élément isolé, en examinant, au musée de Saint-Louis, la pièce n° 717 (vitr. 42). Ces papules constituaient, par leur agglomération, de vastes nappes plus ou moins épaisses et saillantes, où la lésion élémentaire perdait de sa netteté et de son individualité, mais il était toujours aisé de la reconnaître sur les bordures et dans les intervalles des nappes.

Est-ce là une éruption vraiment *acnéique*, c'est-à-dire due à l'infiltration néoplasique des follicules pilo-sébacés? Je n'en sais rien et n'ai garde de l'affirmer; tout au moins est-elle *acnéiforme*. J'ajoute qu'on ne saurait la rapporter à aucune des syphilides décrites par les auteurs. En effet, rien de commun entre elle et la syphilide en plaques ou papuleuse polymorphe. Aucune analogie non plus avec la variété étudiée par Parrot, sous le nom de syphilide vésiculo-pustuleuse (Cf. plus loin). Je dois dire pourtant, qu'une des planches du livre de ce maître me semble reproduire une éruption à lésions élémentaires comparables dans une

certaine mesure (1); elle porte la rubrique *syphilide en plaques*, et il est facile de s'assurer qu'elle ne correspond ni à la description que Parrot consacre à cette syphilide, ni aux moulages qu'il a fait exécuter (2).

Dans mes trois observations, le type spécial que j'étudie s'est montré, pour ainsi dire, à l'état de pureté, abstraction faite de quelques macules squameuses dans un cas, de quelques plaques papulo-érosives dans un autre, je crois donc légitimes son isolement et sa constitution à l'état de variété autonome. Je rentre maintenant dans le cadre classique, en passant à la description de l'*érythème*.

VI

Érythème syphilitique; érythème squameux; faux psoriasis. — Ces mots, dépourvus de toute signification précise, s'appliquent à un ensemble d'éruptions de caractères équivoques et de nature encore mal déterminée. S'il existait pour la syphilis héréditaire une classification rationnelle analogue à celle qu'a proposée M. Fournier pour la syphilis acquise, on devrait, en bonne logique, s'attendre à voir figurer ici, en première ligne, la roséole (syphilide érythémateuse de M. Fournier). Il n'en est rien, comme on va voir, et, en réalité, rien n'est moins précis que ce groupe.

Sous le nom d'*érythème squameux*, M. Gailleton et l'un de ses élèves, M. Madier-Champvermeil (3), ont décrit, avec détails, une éruption qu'ils croient caractéristique de la syphilis héréditaire et dont voici les traits principaux : à sa première période, l'éruption se présente sous forme d'un érythème diffus, d'un rose vif ou clair, constitué par des plaques, tantôt de la largeur d'une pièce de 5 francs, tantôt occupant, comme une nappe, un membre ou un segment de membre; son siège d'élection est la paume de la main, le cou, qu'il embrasse comme le ferait un collier, et surtout les fesses, la face postérieure des cuisses et des jambes et la face plantaire; quelquefois, il est surtout prononcé aux régions malléolaire et péri-anale.

C'est là, pour ces auteurs, l'*érythème simple* ou *syphilide* hyperhémique; tout peut se borner là. Mais le plus souvent, la lésion passe à son deuxième degré (érythème squameux); la couleur devient plus foncée, rouge cuivré; la peau s'épaissit et ses couches superficielles desquament. Cette desquamation débute ordinairement par les plis de la main, les talons et les malléoles, le cou entouré comme d'un collier, etc. Elle peut s'étendre à toute la région lombaire et aux membres inférieurs; la lésion, vue d'ensemble aux régions postérieures, présente alors la configuration générale d'un fer à cheval, dont les deux branches seraient formées par les jambes et la partie arrondie par la limite de l'éruption aux lombes.

Ces divers points se recouvrent de squames épaisses, blanches et sèches, qui, au bout de quelques jours, se soulevant en bloc par larges plaques, laissent à nu une surface rouge, sèche, comme vernissée, entourée sur ses limites d'une collerette épidermique, correspondant à la brisure de la squame tombée. Tantôt les surfaces érythémateuses, mises à nu, se recouvrent lentement de nouvelles squames; tantôt, en particulier aux fesses, aux cuisses et aux jambes, il se produit une desquamation incessante, analogue à celle de l'eczéma sec et du pityriasis rubra; mais jamais de sécrétion, ni même de suintement, jamais le linge n'est mouillé, *empesé* : la peau est épaissie, rugueuse, mais toujours sèche.

Ces éruptions persistent souvent pendant plusieurs semaines; elles coïncident, en général, avec d'autres accidents spécifiques [?] (syphilide papuleuse, acné, ecthyma, abcès furonculeux) et s'observent surtout chez des enfants forts et vigoureux. Dans quelques cas, sur les surfaces enflammées, apparaissent des bulles, généralement petites et transparentes (érythème bulleux, faux pemphigus syphilitique de Roger).

D'autres fois enfin, surtout dans les cas graves, et presque toujours aux régions postérieures, il se produit, au niveau des plaques érythémateuses, des ulcérations que nous étudierons plus loin.

Cette description est objectivement fort exacte; mais convient-il d'accorder à cette lésion le caractère spécifique que revendiquent pour elle MM. Gailleton, Madier-Champvermeil, P. et E. Diday, etc. ? Ici, une distinction s'impose : Trousseau et Lasègue, M. Roger, ont observé des cas d'éruptions squameuses, qu'ils nomment *faux psoriasis* et considèrent comme spécifiques, et que MM. Gailleton et Madier-Champvermeil font rentrer dans leur *érythème squameux*. Mais, comme le fait justement remarquer M. Sevestre, il y a là confusion; en réalité, le faux psoriasis n'est qu'une simple modification de la syphilide en plaques ou papuleuse; c'en est la *variété psoriasiforme* dont j'ai moi-même cité un exemple fort net, et qu'il ne faut pas confondre avec les *éruptions squameuses* de M. Madier-Champvermeil. Et d'autre part, en ce qui concerne ces dernières, je crois, comme M. Sevestre, qu'il faut être très réservé sur leur nature. D'abord, et sans prendre cela pour une raison absolue, je ne puis m'empêcher de remarquer qu'elles ne correspondent à aucune des éruptions de la syphilis acquise; en second lieu, que Parrot, si enclin à *voir syphilitique*, ne le mentionne même pas. Enfin, de même que M. Sevestre, je les ai observées chez des enfants qui me semblaient absolument indemnes de syphilis, et, comme à lui, elles me donnent l'impression d'un érythème, produit par l'action de causes banales, chez des enfants à peau particulièrement irritable. (*à suivre.*)

(1) Parrot. Loc. cit., Pl. III. — Le texte ne contient aucune allusion à ce malade.

(2) Collection Parrot, pièce 105. — Parrot a écrit à l'encre, derrière le support, le diagnostic : « Syphilide en plaques. »

(3) Madier-Champvermeil. *Des syphilides palmaire et plantaire étudiées spécialement dans la syphilis héréditaire*, Thèse de Paris, 1874.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mai 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

COMMUNICATIONS

Gangrène phéniquée. — **M. Lucas-Championnière**, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Monod, dit avoir également observé un certain nombre de cas d'accidents gangréneux déterminés par des pansements phéniqués. Il admet que, dans ces cas, il s'agit de malades présentant une prédisposition spéciale de la peau, attendu que ces accidents s'observent aussi bien avec des solutions phéniquées faibles.

M. Monod déclare qu'en effet la malade dont il a donné l'observation présentait cette disposition spéciale de la peau.

Opérations préliminaires pour l'ablation des tumeurs malignes des fosses nasales. — **M. Ollier** fait une communication sur un procédé spécial qu'il a imaginé pour se créer une

large voie dans l'ablation des tumeurs malignes des fosses nasales. (Sera publiée.)

M. TRÉLAT emploie, dans ces cas, le procédé de M. Desprès (de Saint-Quentin) qui consiste à faire une incision latérale du nez, dans le sillon naso-jugal, incision permettant également une large ouverture et laissant, après l'opération, une difformité à peine appréciable.

M. OLLIER répond qu'on se donne plus de jour en ouvrant les deux volets d'une fenêtre qu'en n'en ouvrant qu'un seul. L'ouverture qu'il pratique est donc forcément plus grande que celle qu'obtient M. Desprès (de Saint-Quentin).

Traitement de l'anus contre nature. — M. RICHELOT fait une communication sur la section extemporanée de l'éperon dans l'anus contre nature. Il croit, qu'avec les méthodes actuelles de pansement, on peut, dans beaucoup de cas, remplacer avec avantage l'entérotomie de Dupuytren par la section pure et simple de l'éperon. Sans vouloir dénigrer l'opération de Dupuytren, M. Richelot passe en revue quelques-uns de ses inconvénients : l'entérotome saisit mal l'éperon et peut glisser; on observe parfois, à la suite de cette opération, des phénomènes nerveux très graves; on a vu, dans quelques cas, la section lente de l'éperon aboutir à une ouverture du péritoine. L'entérotomie donne surtout des résultats favorables, dans les cas où il y a des adhérences préalables.

Dans l'observation de M. Richelot, il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans qui était atteint d'une hernie inguinale droite. Cette hernie s'était étranglée. M. Marchand pratiqua, en avril 1887, un anus contre nature. Dans ces derniers temps, il se produisit de l'érythème autour de cet anus artificiel et ce malade devint de plus en plus agité. Le bout inférieur était enfoui sous un gros bourrelet muqueux, les deux lames de l'éperon étaient mobiles l'une sur l'autre. M. Richelot saisit l'éperon avec deux pinces hémostatiques, coupa en dedans des pinces avec des ciseaux de façon à enlever l'éperon, sutura le long des pinces en adossant les surfaces séreuses, puis enleva les pinces. Le malade n'eut pas de fièvre, ni de douleurs. Trois semaines après, M. Richelot termina la cure de l'anus, boucha l'orifice supérieur en avivant autour et en faisant une suture à étages. Les suites de cette seconde opération furent simples, les selles passèrent par l'anus. Cependant, il s'établit une fistule stercorale que M. Richelot essaya de fermer avec le thermocautère sans y réussir. Puis, le malade, étant devenu de plus en plus agité, dut passer dans un asile d'aliénés.

Cette observation a surtout pour but de montrer que, dans certains cas, la section extamporanée de l'éperon convient à la cure définitive des anus contre nature; ce qui ne veut pas dire qu'il faut condamner l'entérotomie et les opérations plus complexes.

Ablation du larynx. — M. GOUGUENHEIM présente un malade âgé de quarante-trois ans, qui contracta la syphilis en 1869, eut des accidents laryngés en 1871, des accès de suffocation en 1882 et dut subir la trachéotomie en 1883. La dilatation avec la pince de Fauvel, les cautérisations du trajet au galvanocautère et beaucoup d'autres procédés restèrent sans résultat. Le 15 novembre dernier, M. Gouguenheim commença à pratiquer la dilatation avec les sondes spéciales imaginées par Schrœder (de Vienne). Ces sondes sont au nombre de douze qui constituent une filière déterminée. M. Gouguenheim a employé onze numéros. Il passe aujourd'hui facilement le n° 11, et depuis trois mois ce malade respire bien en bouchant sa canule. Il n'a jamais laissé les sondes plus d'une heure. Ce malade présentait au-dessous des bandes ventriculaires une oblitération complète.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a opéré un malade qui, à la suite d'une fracture du larynx, avait un cal complètement oblitérant. Il s'est simplement servi de sondes Béniqué et a obtenu un très bon résultat. Il présentera ce malade.

M. DESPRÉS demande à M. Gouguenheim de présenter de nouveau son malade dans dix-huit mois. On sait, en effet, avec quelle facilité ces rétrécissements, comme tous les rétrécissements d'ailleurs, se reproduisent. M. Després en cite plusieurs exemples, et comparativement rapporte l'observation d'un malade atteint d'un rétrécissement du larynx, qui porte une canule trachéale à soupape et s'en trouve beaucoup mieux que ceux auxquels on est obligé de refaire la trachéotomie une seconde fois.

M. CHAUVEL a essayé sans succès la dilatation du larynx avec les pinces de Fauvel.

M. GOUGUENHEIM s'engage à présenter de nouveau son malade. Il a vu, à Vienne, dans le service de Schrœder, des malades qui ont été bien définitivement guéris par ce procédé.

Ablation, par le vagin, des tumeurs fibreuses de l'utérus. — M. TERRILLON fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La discussion sur cette communication est remise à la prochaine séance.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 15 mai 1889, un concours s'ouvrira le 20 novembre 1889, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

— La première épreuve du concours pour deux places de chirurgien du Bureau central est terminée. Sont déclarés admissibles par ordre de mérite : MM. Ricard, Broca, Lejars, Poirier, Walther, Castex, Ménard, Guinard.

— Les questions orales, données au concours pour trois places de médecin du Bureau central, sont les suivantes : « Valeur séméiologique de la polyurie. — La fièvre dans les maladies du foie. »

— *Concours d'agrégation (anatomie et physiologie).* — Les candidats à la place d'agrégé d'anatomie pour la Faculté de Paris sont au nombre de trois. Ce sont MM. Guinard, Rœtterer et Variot.

Les candidats à la section de physiologie sont au nombre de six. Ce sont : pour la Faculté de Paris, M. Gley ; pour la Faculté de Bordeaux, M. Hédon ; pour la Faculté de Lille, M. Meyer ; pour la Faculté de Lyon, M. Vialleton ; pour la Faculté de Montpellier, MM. Abelous et Lapeyre.

Le jury est ainsi constitué : 1° Juges titulaires : MM. Mathias-Duval, président ; Farabeuf, Charles Richet, François-Franck, Paulet (de Montpellier), Tourneus (de Lille) et Morat (de Lyon); — 2° Juges suppléants : MM. Straus, Poirier, Remy et Reynier.

— *Concours d'agrégation (physique, chimie et pharmacie).* — Le jury de ce concours est ainsi constitué :

1° Juges titulaires : MM. Gavarret, président ; Gariel, Armand Gautier, Regnauld, Engel (de Montpellier), Charpentier (de Nancy) et Figuier (de Bordeaux).

2° Juges suppléants : MM. Proust, Hanriot, Gabriel Pouchet et Villejean.

Les candidats liront leur composition dans l'ordre suivant :

Chimie : MM. Monange, Denigèze, Fauconnier.

Physique : MM. Patein, Weiss, Bertin-Sens, Lecercle, Faucher.

— M. le docteur Lassègue a été nommé médecin directeur de l'hospice maritime du Cap-Breton (Landes).

— *École pratique.* — Un pavillon d'anatomie est ouvert pendant le semestre d'été. MM. les étudiants y trouveront des atlas, quelques traités d'anatomie, des os et différentes pièces anatomiques. Les préparations provenant des examens y seront déposées.

Ce pavillon d'études sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Filleul et Trinité (de Rouen); Gavard (de Viuz-en-Sallas).

— M. le docteur Jules Simon recommencera ses conférences sur la thérapeutique infantile, à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 22 mai à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Consultation clinique le samedi.

— M. le professeur Brouardel reprendra le cours de médecine légale, le lundi 27 mai, à quatre heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 19 mai dans le bois de Meudon. Départ à midi par le chemin de fer de la gare Montparnasse, pour Clamart. On sera de retour à Paris avant six heures. On peut se rendre aussi à Clamart par le tramway de la place Saint-Germain-des-Prés.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 26 mai, à Mantes. — Départ de Paris, gare Saint-Lazare à huit heures vingt-cinq.

NOTA. — Pour profiter de la réduction de 50 p. 100, accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de botanique (galerie des herbiers), au plus tard le vendredi 24 mai, à quatre heures, et de se trouver à la gare vingt minutes avant le départ du train.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 58. — MARDI 21 MAI 1889. 62e ANNÉE. MARDI 21 MAI 1889. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL BICHAT. — M. HENRI HUCHARD.

La mort dans l'angine de poitrine (1).

La terminaison de l'angine de poitrine *vraie*, livrée à elle-même, est presque toujours fatale. Le pronostic de ce syndrome est donc d'une extrême gravité. Or, dans les développements que j'ai consacrés à la symptomatologie de ce syndrome, j'ai souvent parlé de la *mort subite*, comme étant la terminaison la plus fréquente de l'angor pectoris. Personne n'ignore que les choses se passent ordinairement ainsi.

Mais la mort subite peut survenir de deux manières différentes : dans le cours ou à la fin d'un accès douloureux, ou encore brusquement, par le fait d'une syncope, sans que celle-ci ait été précédée ou accompagnée d'une douleur quelconque. Quelques auteurs ont pensé qu'alors le malade meurt entre deux accès angineux, en ne considérant pas cette syncope comme un élément de la maladie elle-même, comme une attaque syncopale appartenant à l'angor pectoris. C'est là une erreur manifeste : l'angine de poitrine est une affection éminemment syncopale — *syncopa angens* ou *anginosa*, comme le disait si bien Parry — et les malades tombent habituellement comme foudroyés, sans faire un mouvement, sans proférer une plainte. C'est la mort « sans phrase », comme on le dit.

Un exemple que j'ai observé récemment va vous le démontrer. Un de mes malades jouait au billard; subitement, on le voit pâlir et devenir livide ; on se précipite vers lui, on le soutient, *il était mort debout*; aussitôt il s'affaisse, sans proférer un son, dans les bras de ses amis accourus vers lui. Un autre s'arrête subitement au milieu d'une conversation commencée, et tombe, comme une masse, sans finir sa phrase. D'autres encore tombent foudroyés en prononçant ces quelques mots : « Oh ! mon cœur. » Quelques-uns font quelques mouvements, portent la main à la région précordiale, comme pour en arracher un corps étranger, et ils s'affaissent. L'un de mes malades veut prendre place dans un tramway qui passe ; il fait quelques pas en courant ; soudain, on le voit étendre les bras en avant, et tomber la face contre terre ; il était mort. Enfin, on les trouve souvent morts dans leur lit, et la terminaison a été tellement rapide et silencieuse, que la personne couchée à côté n'a rien vu, rien senti, rien entendu.

Le vulgaire attribue les morts subites aux « ruptures d'un anévrysme » ; je suis convaincu que, dans la plupart des cas, elles sont dues à des angines de poitrine méconnues.

La mort peut être seulement *rapide*, et survenir moins brusquement, moins brutalement, à la suite de plusieurs accès imbriqués ou subintrants, dans le cours ou à la fin d'un accès d'une durée plus ou moins longue. C'est ainsi que j'ai vu mourir plusieurs de mes malades. L'un d'eux, en particulier, a subi pendant deux jours, d'une façon presque continue, les étreintes répétées de son mal, avec refroidissement progressif des extrémités, diminution et petitesse du pouls radial, disparition du choc précordial, diminution, puis absence du premier bruit cardiaque ; ce qui donnait lieu ainsi à la sensation des *bruits du cœur fœtal*, ou *embryocardie*. Puis, après une série d'accès qui ont affaibli le cœur de plus en plus, la mort est survenue rapidement, mais toujours dans un état lipothymique ou syncopal.

D'autres fois, la mort rapide a lieu, non par syncope, mais au milieu de véritables symptômes *asphyxiques*. C'est à ce genre de mort qu'a succombé le malade dont j'ai rapporté longuement l'observation dans la *Revue de médecine* : à neuf heures du soir, il se plaint d'une violente angoisse, d'une douleur atroce, avec sensation d'étouffement dans la région précordiale, puis il devient violacé, portant constamment les mains au-devant de la poitrine comme pour y arracher un poids insupportable. A onze heures et demie, on le trouve toujours en proie à de vives souffrances, dans un état de cyanose très prononcée; il fait alors trois ou quatre inspirations et succombe rapidement. Or, à l'autopsie, on trouva une oblitération complète de la coronaire droite et un rétrécissement de la coronaire gauche. Je profite de ce fait pour vous dire, en passant, que la lésion de la coronaire droite donne plus souvent naissance à des accidents respiratoires et asphyxiques. Un autre malade, que j'ai observé, pendant plusieurs mois, avec M. le docteur Michaux (de Paris), sur le point de rentrer chez lui, se sent pris subitement d'une vive oppression ; il entre dans une

(1) Extrait d'un volume de *Leçons de thérapeutique et cliniques médicales sur les maladies du cœur*, sur le point de paraître.

pharmacie, boit quelques gouttes d'eau de mélisse et s'affaisse. Au bout d'une demi-heure environ, ses enfants qu'on avait été prévenir le voient sans connaissance, respirant à peine, avec le cou énormément gonflé et bleuâtre, les lèvres cyanosées et tous les signes apparents de l'asphyxie. Quelques instants après, il succombait, sans avoir présenté aucun symptôme de paralysie. A ce sujet, je vous rappelle que, dans la maladie de Stokes-Adams que je vous ai décrite, les malades présentent souvent, au moment de leurs accès syncopaux, des signes indéniables d'asphyxie, et c'est ainsi qu'on les voit alors avec la face violacée, le cou turgide, les extrémités froides et bleuâtres. Ainsi donc, dans certains cas de sténocardie, la mort rapide survient au milieu d'accidents à la fois syncopaux et asphyxiques.

La mort *lente* s'observe également au milieu des symptômes *asystoliques* les mieux accusés. Cette terminaison n'a pas lieu de vous surprendre, car vous n'oubliez pas que vos malades sont des artério-scléreux, et qu'à ce titre, l'insuffisance d'irrigation sanguine du myocarde détermine à la longue des lésions trophiques ou inflammatoires dans la fibre cardiaque ; celle-ci finit par fléchir sous l'effort continu du sang, les cavités se dilatent et, avec elles, les orifices auriculo-ventriculaires, qui deviennent insuffisants, et enfin les accidents asystoliques s'installent pour ne plus rétrocéder.

Mais le plus souvent, dans les cas de mort lente, il ne s'agit pas, à proprement parler, d'accidents asystoliques; il n'y a pas ou il y a peu d'œdème des membres inférieurs, les congestions viscérales sont presque absentes, mais on voit progressivement les battements cardiaques perdre de leur énergie, le pouls radial devenir insensible, et à l'auscultation du cœur on constate soit « des battements en ailes d'oiseau » (*flutterings* des Anglais), soit le rythme fœtal des bruits du cœur ou *embryocardie*. Peu à peu, les contractions du myocarde s'affaiblissent, elles deviennent de plus en plus défaillantes, et le malade s'éteint. Alors, il a succombé, non à l'asystolie, mais aux progrès croissants de l'insuffisance myocardiaque, ou d'une paralysie du cœur.

Mais, d'autres fois, les angineux meurent d'une *affection intercurrente*, due à la localisation prépondérante de l'artério-sclérose dans d'autres organes. C'est ainsi qu'ils peuvent succomber subitement à une thrombose du tronc basilaire, rapidement à une hémorrhagie ou à une thrombose cérébrale, lentement à la néphrite interstitielle, à la gangrène sénile des membres, etc.

De toutes les maladies intercurrentes, les plus graves sont surtout celles qui portent leur action sur les séreuses du cœur ou sur le myocarde. Il est à présumer qu'une dothiénentérie est capable de hâter le terme fatal, ou de prendre un grand caractère de gravité chez un angineux, en raison de l'atteinte plus ou moins profonde portée au myocarde par l'intermédiaire du système artériel dans le cours de cette maladie. L'artérite cardiaque aiguë de la fièvre typhoïde s'ajoutant à l'artérite chronique ou subaiguë préexistante, le raisonnement indique que la maladie angineuse doit prendre une nouvelle intensité. Mais c'est là simplement une supposition de ma part; car je n'ai pas encore observé jusqu'ici de coïncidences semblables. Pour le rhumatisme articulaire aigu, c'est autre chose; je puis vous citer la fin lamentable d'un angineux de quarante ans environ, très amélioré par le traitement ioduré et que j'ai pu observer pendant plus de deux ans avec MM. les docteurs Potain et Portallier. Les crises angineuses avaient presque disparu depuis huit mois, il n'éprouvait plus qu'à de très rares intervalles quelques douleurs précordiales, lorsqu'il fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu avec complication d'endo-péricardite. Les accidents angineux reprirent une nouvelle acuité, ils devinrent extrêmement fréquents, les syncopes se répétèrent plusieurs fois par jour et le malade succomba après quelques jours de vives souffrances. A ce sujet, deux suppositions peuvent être faites : ou l'affection rhumatismale avait produit une nouvelle poussée aiguë du côté de l'aorte; ou, ce qui est plus vraisemblable, la complication seule d'endo-péricardite avait suffi pour déterminer promptement les symptômes d'une paralysie réelle sur un myocarde déjà profondément touché et en imminence d'insuffisance par le fait de la cardio-sclérose.

Le mécanisme de la mort *rapide* ou *lente* s'explique de lui-même, puisque je vous ai dit qu'elle survenait par asystolie ou par insuffisance myocardiaque. Il suffit d'ajouter que, dans ces derniers cas, les malades paraissent mourir par le poumon, tant sont grandes parfois l'intensité et l'acuité de l'œdème pulmonaire, ou encore d'une sorte d'emphysème aigu.

Il faut maintenant comprendre le mécanisme de la mort *subite*. Or, puisque vous savez déjà que l'angine vraie est due au rétrécissement ou à l'oblitération des artères coronaires, il me semble que, dans ces conditions, l'explication de la mort est bien simple : le muscle cardiaque est insuffisamment nourri par des artères rétrécies ou oblitérées, il est ainsi en imminence continuelle de paralysie, comme peuvent l'être divers organes et en particulier la moelle épinière ischémiée par le fait de la sclérose des artères médullaires. Il suffit, comme l'a dit Oppolzer, d'un simple lambeau valvulaire venant oblitérer momentanément l'embouchure d'une ou des deux coronaires, ou encore d'un spasme des artères cardiaques, pour arrêter la circulation dans le myocarde. Ce fait ne peut vous surprendre. Un organe ne reçoit plus assez de sang pour son fonctionnement : il s'arrête. Rien n'est plus simple, et toutes les expériences faites, depuis Chirac en 1698 jusqu'à nos jours, pour démontrer ce fait si naturel, me semblent superflues. Elles peuvent être ainsi résumées :

1° La ligature des coronaires, ou l'interruption expérimentale de leur circulation détermine l'anémie du cœur et consécutivement son arrêt dans un temps très variable, en deux ou trois minutes (Roussy), en une demi-heure ou une heure (Erichsen, Panum, Samuelson).

2° Cette variation dans les résultats tient à plusieurs causes : à l'importance du tronc vasculaire oblitéré; au siège de l'oblitération, les effets de celle-ci ne se faisant que tardivement sentir lorsqu'elle existe dans un point où la circulation collatérale et complémentaire est capable de s'établir; à l'importance de la région musculaire privée de sang, l'ischémie ayant une influence beaucoup plus défavorable sur les régions ganglionnaires du cœur.

Or, quelques auteurs font jouer un grand rôle à la lésion des ganglions cardiaques, lésion que je ne nie pas certainement, mais que je crois bien difficile à constater, puisqu'il s'agit d'organes dont l'anatomie est encore à faire, au moins chez l'homme. Sans doute, par analogie avec ce qui existe chez certains animaux, on décrit bien trois ganglions, celui de Remak au voisinage des veines caves, celui de Ludwig

dans la cloison interauriculaire, et enfin celui de Bidder au niveau de la valvule mitrale.

Cependant, il paraît démontré qu'il existe dans le sillon longitudinal, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur, un centre ganglionnaire que je serais tenté d'appeler le *nœud vital du cœur*, et dont la blessure est presque immédiatement suivie de l'arrêt des ventricules. D'un autre côté, Koplewski a constaté des modifications des ganglions dans certaines hypertrophies cardiaques, et Vinogradoff a rattaché à l'arrêt de leur action la mort par le chloroforme et dans certains cas de pneumonies franches. Wassilieff et Poutjatine ont étudié ces altérations ganglionnaires dans les maladies chroniques du cœur; le dernier auteur rapporte même l'observation d'une malade de quarante ans environ, qui, après avoir souffert d'angor pectoris, a succombé à un œdème du cerveau et du poumon consécutif à un état parétique du cœur. Or, l'autopsie a fait constater une névrite chronique de ces ganglions. Plus récemment, Hoffmann a rapporté l'observation d'un malade âgé de soixante-dix ans, qui mourut avec tous les signes d'un affaiblissement du cœur et chez lequel on a trouvé à l'autopsie une sclérose des coronaires, une induration fibreuse du myocarde avec atrophie peu accentuée de ses fibres; une hyperplasie conjonctive des ganglions avec état granuleux et pigmentaire des cellules nerveuses, disparition des noyaux, épaississement scléreux de la couche et de la paroi endothéliale. A la même époque Poletika, auteur d'un excellent travail sur « l'arrêt subit du cœur dans la sclérose des coronaires », a constaté la dégénérescence graisseuse et pigmentaire des cellules nerveuses avec atrophie des noyaux.

Toutes ces lésions ganglionnaires, si bien étudiées par les médecins russes, sont *chroniques*; elles ne peuvent donc pas rendre compte d'un accident *aigu*, la syncope mortelle. Pour que celle-ci se produise, il faut qu'un spasme des artères coronaires, déjà rétrécies depuis longtemps, prive tout à coup les ganglions et le muscle du sang nécessaire à leur fonctionnement. C'est là, selon moi, le seul mécanisme que l'on puisse invoquer pour expliquer la mort subite de l'angine de poitrine.

Mais l'interruption du cours sanguin porte aussi son action sur le tissu musculaire du cœur, et sans admettre, comme autrefois, que la surcharge graisseuse et la dégénérescence granuleuse de cet organe sont le plus souvent des causes de mort subite, sans refuser à ces lésions (avec Corvisart, Laënnec et Hamernick) toute influence étiologique à ce point de vue, il faut vous rappeler le fait physiologique suivant : le rythme des contractions cardiaques ne dépend ni des centres nerveux, ni des ganglions; c'est une propriété inhérente au muscle cardiaque lui-même, et peut-être aussi aux terminaisons nerveuses intra-musculaires. La preuve nous en est donnée par les expériences physiologiques, et par nos connaissances embryologiques, ces dernières nous ayant appris que les contractions rythmiques du cœur apparaissent déjà chez l'embryon en l'absence de toute trace de cellules nerveuses (Eckard).

Pour expliquer cet arrêt du cœur, il n'est pas nécessaire d'invoquer, avec Bezold, une paralysie réflexe du myocarde, ce qui ne se comprend guère; ou encore, avec Cohnheim et Schultess-Rechberg, une sorte d'intoxication locale du muscle cardiaque par des substances toxiques qui, se produisant sous l'influence des contractions du cœur, sont entraînées par la circulation à l'état normal, tandis qu'elles s'accumulent dans l'intérieur du myocarde et provoquent sa paralysie quand la circulation se ralentit ou s'arrête; mais, ces auteurs, dans cette explication trop hypothétique, ont pris l'effet pour la cause. Sans doute, l'arrêt de la circulation, non seulement dans le cœur, mais dans tous les organes, détermine l'accumulation de substances toxiques qui peuvent à leur tour provoquer des accidents divers parmi lesquels je place les contractions fibrillaires des muscles; mais tout cela ne nous explique pas pourquoi le cœur s'arrête. Or, d'après moi, il est plus simple et plus vrai de dire :

L'arrêt subit du cœur dans l'angine de poitrine est *préparé* par les lésions probables des ganglions intracardiaques et par l'état d'ischémie du myocarde; il doit être *provoqué* par un état spasmodique des vaisseaux coronaires, ou encore par une thrombose de ces mêmes vaisseaux qui privent brusquement le muscle cardiaque et ses ganglions du liquide nourricier dont ils ont besoin pour leur fonctionnement.

En résumé, la mort des angineux peut survenir de trois façons : par *syncope* (terminaison de beaucoup la plus fréquente), par *asphyxie*, par *asystolie*, ou mieux par *insuffisance myocardiaque*.

Dans le dernier cas, les malades ne meurent pas comme angineux, mais comme cardiopathes : la preuve, c'est que les accès sténocardiques diminuent, perdent de leur netteté à mesure que les symptômes asystoliques s'accusent. C'est là un fait que j'ai depuis longtemps remarqué, et loin de regarder l'angine de poitrine comme une courte asystolie, ainsi que Beau le pensait à tort, j'ai coutume de dire qu'il y a un véritable antagonisme *physiologique* et *clinique* entre l'angine de poitrine et l'asystolie. La raison en est facile à comprendre : car l'angine de poitrine est non seulement caractérisée, mais causée en partie par l'élévation de la tension artérielle, tandis que dans l'asystolie cette tension tombe, au contraire, au-dessous de la normale, et cela au profit de la tension veineuse qui augmente.

Toutefois, ce serait une erreur de croire que les angineux soient voués d'une façon fatale et certaine à la mort; ils peuvent guérir spontanément dans la proportion de 5 ou 10 p. 100, comme le prouvent les faits de guérison rapportés par Heberden, Fothergill, Hoffmann et Gintrac.

Mais, lorsqu'il s'agit d'auteurs anciens, on peut toujours se demander s'ils n'ont pas confondu l'angine vraie avec les pseudo-angines qui guérissent presque toujours ou même toujours, comme je vous le démontrerai plus tard; on peut se demander encore s'ils n'ont pas proclamé trop hâtivement des guérisons qui n'étaient que des rémissions. Je vous rappellerai, à ce sujet, l'exemple de Hunter, dont la durée des accidents a dépassé vingt ans avec de longs intervalles d'accalmie; les faits rapportés par Gutthrie et Walshe qui ont cité chacun un cas où le premier paroxysme remontait à vingt-quatre ou vingt-six ans; celui de M. Brouardel, dont je vous ai parlé plus haut; enfin, un malade que j'observe en proie à des crises angineuses depuis vingt-six ans, et qui s'en est cru guéri pendant deux ou trois ans.

Mais si la guérison spontanée est rare et même tout à fait exceptionnelle, elle devient presque le fait habituel lorsqu'elle est soumise au traitement rationnel que je vous exposerai plus tard et que vous comprendrez mieux si vous connaissez la nature et la pathogénie de la sténocardie.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Terrillon.

Ablation par la voie vaginale de fibromes volumineux interstitiels de l'utérus, à large base d'implantation.

Je désire vous entretenir d'une opération, qui consiste à aller par la voie vaginale, et au moyen d'une discision ou même d'une résection du col de l'utérus, à la recherche d'un fibrome volumineux, non pédiculé et présentant une large base d'implantation dans la paroi de l'utérus. Contre ces fibromes qui progressent et s'accusent par des troubles variés : douleurs, hémorrhagies, etc., on a mis en œuvre différents procédés opératoires : celui que j'ai en vue actuellement est le procédé d'ablation par morceaux, déjà employé par Baker Brown, par Thomas, et perfectionné par M. Péan, sous le nom de procédé par morcellement.

Cinq fois j'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération, dans des circonstances spéciales et assez difficiles ; dans les cinq cas, j'ai eu un excellent résultat. De ces cinq opérées, je ne parlerai pas de la première, dont l'observation a déjà été publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (1888, p. 1231), par un de mes élèves, M. Valat.

Ma deuxième malade, âgée de quarante-deux ans, avait un fibrome volumineux, occupant tout le bassin, et dépassant le pubis de 5 centimètres environ. Le col utérin est effacé, avec un bord tranchant, limitant un orifice de la largeur d'une pièce de 5 francs. La pulpe du doigt perçoit un fibrome logé dans la cavité et paraissant adhérent à la paroi gauche de l'utérus, dont la cavité est reconnue mesurer 16 centimètres.

Le 22 août 1888, je fis une section bilatérale du col avec de forts ciseaux. Les lèvres, solidement saisies avec une forte pince, étant écartées, et l'orifice interne étant débridé avec un bistouri boutonné, j'introduisis facilement trois doigts, ce qui me permit de reconnaître que le myome était confondu avec la paroi gauche de l'utérus et revêtu par la muqueuse. Après avoir incisé cette dernière, je décortiquai avec le doigt une partie de la membrane d'enveloppe du fibrome et j'introduisis une pince à érignes pour le saisir et l'attirer le plus possible en bas.

Avec de forts ciseaux longs et courbés, je pus sectionner dans la tumeur, et, en tordant avec ma pince, extraire un morceau de la grosseur d'un œuf. En répétant cette manœuvre plusieurs fois, je parvins à enlever de nombreux morceaux, représentant une masse du volume de deux poings d'adulte ; il y eut une perte de sang assez abondante. La cavité anfractueuse, qui restait libre, ainsi que le vagin, furent remplis de gaze iodoformée, après lavage au sublimé. Le 4 septembre, après des coliques expulsives, la malade rejette un autre fibrome sphacélé ; puis, quatre jours plus tard, un troisième du poids de 120 grammes, et plus tard encore, quelques morceaux de polypes ; enfin, le 1er octobre la guérison est complète et l'utérus revient à son volume normal. Je remarquerai que, dans ce cas, l'ablation de ces fiqromes eût été impossible en une seule séance, à cause de la situation profonde et cachée de deux d'entre eux, et que c'est grâce à une antisepsie parfaite et rigoureuse (tampons, lavages quotidiens, etc.), que leur expulsion a pu avoir lieu sans accidents.

J'ai pratiqué la même opération sur deux autres malades semblables.

Sur quatre autres malades de mon service, j'ai fait une tentative pour enlever des fibromes occupant le voisinage de la cavité utérine et provoquant des hémorrhagies et des douleurs ; n'ayant pu, pour différentes raisons, en faire l'ablation, j'ai toutefois constaté la disparition des accidents après la discision et la dilatation rapide du col. C'est là une intervention qui, au besoin, peut rendre des services.

ABLATION DES TUMEURS NASO-PHARYNGIENNES

PAR L'OSTÉOTOMIE VERTICALE ET BILATÉRALE DU NEZ ET SON RENVERSEMENT DE HAUT EN BAS.

Par M. Ollier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

J'ai exposé, pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens, un procédé opératoire consistant à renverser le nez de haut en bas, après avoir pratiqué l'ostéotomie verticale et bilatérale de la façon suivante : on fait d'abord une incision en forme de fer à cheval, commençant au niveau du bord postérieur de l'aile du nez à droite, remontant vers le point le plus élevé de la dépression naso-frontale, puis redescendant à gauche par le même chemin jusqu'au niveau du bord postérieur de l'aile du nez ; cette incision va du premier coup jusqu'à l'os ; puis, avec une scie à lame étroite, on sectionne les os dans la direction de la plaie extérieure ; avec quelques coups de ciseaux, on termine la mobilisation du nez, que l'on renverse de haut en bas. Pour augmenter le jour, il est souvent utile de mobiliser la cloison, soit avec les doigts, soit avec les ciseaux, puis on procède à l'extraction du polype. Cela fait, le nez est relevé et la peau est suturée au moyen de nombreux fils ; après quelque temps il ne reste de l'opération qu'une cicatrice à peine apparente.

Telle est l'opération que j'ai pratiquée nombre de fois, et sur un jeune homme entre autres, qui a été présenté, en 1886, par M. Le Fort : il portait à cette époque une volumineuse tumeur faisant saillie dans l'orbite, de l'exophthalmie, un écoulement de liquide grisâtre par le nez et de la rougeur des paupières. La tumeur n'offrait pas de souffle et la vision était conservée. On hésitait entre une collection purulente et un kyste. Une première incision fut faite par M. Le Fort, puis, plus tard, une deuxième par M. Reclus ; mais la tumeur reparut de nouveau, et, en décembre dernier, je constatais qu'elle avait grossi, que le nez était épaissi et déformé, et que les os propres et l'apophyse montante étaient rejetés en dehors. En examinant la cavité nasale, nous aperçûmes une masse rougeâtre, laissant suinter du pus ; en outre, depuis quelque temps, le malade était devenu plus somnolent.

Après avoir pratiqué les deux premiers temps de mon opération, c'est-à-dire l'incision cutanée et le renversement de la charpente du nez, j'explorai très facilement le contour de la tumeur, qui se laissait pénétrer par des trabécules osseuses, venant de la base du crâne, et qui se prolongeait sous forme de poche derrière l'orbite ; je fis l'ablation de la masse tout entière et le nettoyage le plus complet des sinus sphénoïdaux. Je relevai ensuite le nez et j'en fis la suture. Les suites de l'opération furent excellentes ; cinq à six semaines plus tard toute suppuration avait disparu et actuellement la guérison et la cicatrice ne laissent rien à désirer.

L'examen histologique de la tumeur a démontré que c'était un kyste à parois épaisses, contenant dans son intérieur des néoformations secondaires. Relativement à sa pathogénie, je me rallie à l'idée d'un kyste congénital plutôt qu'à l'idée d'un kyste par rétention, pour ces raisons que, dès l'âge de onze ans, on avait remarqué la déformation du nez et, d'autre part, que les kystes par rétention occupent rarement plusieurs sièges à la fois.

Depuis 1875, époque à laquelle j'ai décrit pour la première fois ce procédé opératoire, je l'ai mis en pratique au moins une centaine de fois dans des cas de polypes naso-pharyngiens. L'opération est excellente ; elle donne le plus de jour possible ; elle n'est nullement dangereuse ; tous les éléments du nez sont conservés ; la réunion est assurée et la cicatrice terminale à peine visible. Aussi, cette opération préliminaire peut-elle être appliquée avec

les mêmes avantages contre les néoplasmes, quels qu'ils soient; un certain nombre de fois, dans une dizaine de cas de cancer du maxillaire, elle m'a permis, sinon d'enlever totalement ces tumeurs, ce qui était impossible, au moins d'apporter un peu de soulagement aux malheureux, qu'aucune intervention ne pouvait guérir. Je mentionnerai en terminant que mon opération diffère de celle de Chassaignac en ce qu'elle ne sacrifie aucune partie du nez; les os propres sont conservés, ce qui n'existe pas dans le procédé de Chassaignac.

SYPHILIS DÉNUTRITIVE SECONDAIRE

VERGETURES ABDOMINALES

Par M. le docteur P. COULHON, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans le cours de ces dernières années, quelques cliniciens ont dirigé leurs investigations et attiré l'attention du monde médical sur une manifestation symptomatique inconnue jusqu'alors.

Les uns l'ont observée dans la pleurésie, les autres dans la fièvre typhoïde, d'autres dans la phthisie pulmonaire. Enfin, la Société médicale des hôpitaux, dans sa dernière séance d'octobre 1887, recevait une communication de M. le docteur Balzer, relative à deux observations de vergetures dans la syphilis.

Le symptôme, dont il est question, consiste, en effet, dans l'apparition, en certaines régions de la peau, de petites taches linéaires, violacées, laissant après elles, au bout d'un certain temps, des marques blanches analogues, en tous points, aux vergetures des femmes enceintes.

De même que ces dernières, elles sont produites par un étirement, une déchirure des fibres lamineuses et élastiques du derme, avec amincissement de la peau, mais sans atrophie des éléments cutanés. C'est ce qui les distingue des vestiges des éruptions spécifiques, qui toutes, sauf les formes résolutives, laissent, après elles, des lésions atrophiques. Il ne faut donc pas confondre ces vergetures avec les stigmates des syphilides papuleuses, populo-squameuses, pustuleuses ou tuberculeuses, ou avec les macules atrophiques, décrites par notre éminent syphiligraphe, M. le professeur Fournier, car, non seulement la forme n'est pas exactement la même, mais les lésions anatomiques diffèrent essentiellement.

Le fait que je vais exposer pourra donner une idée précise de ce nouveau signe, dont il est un type saisissant :

Au printemps de l'année 1884, le nommé D..., sous-officier en garnison dans une de nos villes frontières, obtint les faveurs d'une jeune Prussienne. La belle, opérant en pays conquis, lui administra, en un tour de main, une bonne syphilis. Le virus germanique possédait une telle malignité, qu'en quelques semaines le malheureux troupier perdit l'appétit, les forces et l'embonpoint. Le ventre, qui commençait à s'arrondir, s'affaissa, les chairs fondirent à vue d'œil.

Les manifestations du côté de la peau se réduisirent à peu de chose : quelques croûtes dans le cuir chevelu, et de rares papules dans le dos. Du côté des muqueuses, des lésions insignifiantes. La diathèse porta ses coups profondément, et atteignit l'organisme dans les actes de la vie végétative. Le système nerveux ganglionnaire fut compromis dans ses fonctions; la nutrition fut en péril.

Après sa libération du service militaire survenue en octobre, D..., appelé à un poste administratif, vint me consulter. Autrefois vigoureux, gros, trapu, taillé en force, il était devenu faible, maigre et languissant. Sa peau, collée sur les os, était devenue terreuse et grisâtre; son humeur était triste et sombre. Il n'était plus que l'ombre de lui-même; c'était une ruine. Pour toute manifestation syphilitique, il avait deux plaques muqueuses des joues.

Il était urgent de parer à un état inquiétant et grave. Un traitement spécifique fut immédiatement institué : frictions hydrargyriques renouvelées jusqu'à salivation; à l'intérieur, une dose quotidienne de 3 grammes d'iodure de potassium.

Quinze jours ne s'étaient pas écoulés, que l'appétit revenait avec les forces; à la fin de novembre, le malade reprenait sa gaieté habituelle, et son allure martiale.

Au mois de janvier 1885, les formes plastiques commençaient à s'arrondir, et un embonpoint de bon aloi annonçait, sinon la guérison, au moins la disparition momentanée de la diathèse.

Tout paraissait aller à souhait, quand, un matin de février, D... vint me raconter que, depuis la veille, il s'était aperçu d'un changement remarquable dans la coloration du tégument abdominal. Inquiet, désolé, il ôta ses vêtements, et je pus constater que la moitié inférieure de la peau du ventre était devenue violacée, et que, sur un fond violet, apparaissaient de nombreuses taches linéaires, d'une coloration beaucoup plus foncée, presque noire. A première vue, cela donnait l'aspect d'une vaste surface ecchymosée, ou menacée de gangrène. La peau avait conservé sa couleur naturelle dans toute la région sus-ombilicale.

Étonné de ce phénomène étrange, je rassurai mon malade, et, quoique je ne fusse pas moi-même édifié sur sa cause, je lui affirmai que ce ne pouvait être qu'une manifestation de la syphilis.

Il n'y avait, du reste, aucune saillie, aucune déformation, aucune douleur spontanée, ni provoquée par la pression. La comparaison, que j'établis immédiatement avec certaines femmes fécondes, dérida D... et fit entrer un peu de calme dans son esprit.

Le traitement antisyphilitique, suspendu depuis quelque temps, fut repris, en y ajoutant quelques frictions locales.

A partir de ce jour, D... devint un pilier de mon cabinet de consultation; sous un prétexte quelconque, il venait demander un avis; il était, en réalité, atteint d'une légère psychopathie, due, sans doute, à ces bizarres vergetures.

Aucun symptôme, digne d'être noté, ne se montra depuis lors. L'état général, qui s'était rapidement amélioré depuis le début du traitement, resta excellent, et c'est à peine si, de temps à autre, il y eut à intervenir médicalement, pour réprimer quelques rares plaques muqueuses de la gorge ou du scrotum.

Le tribut payé à la syphilis avait été excessif dans le principe : le virus avait épuisé sa malignité en frappant ses premiers coups.

En novembre 1887, D... fut averti par sa famille, qu'un projet de mariage, conçu depuis quelques années, était l'objet de démarches suivies, et qu'on était sur le point d'aboutir. Il m'en avait déjà plusieurs fois entretenu, mais j'avais opposé un veto catégorique, non pas tant à cause de la contagion vénérienne et de ses conséquences possibles, dont le traitement suivi éloignait les dangers, que pour éviter à une intéressante jeune femme une surprise douloureuse et de cruels mécomptes.

Mis en demeure d'accorder une autorisation vivement désirée, je soumis le malade à un nouvel examen. Il ne restait absolument rien des manifestations ordinaires de la syphilis. L'induration spécifique du chancre initial était inappréciable pour une personne non prévenue; les vestiges des plaques muqueuses et des papules s'étaient effacés. Ce qui persistait malheureusement et ne pourra sans doute jamais disparaître, ce sont les vergetures cutanées, passées à l'état cicatriciel.

Je dis état cicatriciel, le mot n'est pas juste, car il n'y avait pas eu de plaies, ni d'atrophie, il ne pouvait y avoir de cicatrices. Mais ce terme seul peut bien rendre l'aspect particulier de la lésion.

Trois lignes concentriques, parfaitement régulières, à concavité interne, partant de la ligne transversale de l'ombilic, et aboutissant au pli de l'aîne, se montrent de chaque côté de l'hypogastre.

La couleur en est d'un blanc nacré ; la surface est semée de petits plis transversaux, visibles à l'œil nu, mais curieux à examiner à la loupe ; ce sont des rides légères, nombreuses, et extrêmement ténues de la membrane épidermique.

La région inguino-crurale est criblée de petites taches blanches, distinctes les unes des autres, apparaissant confluentes surtout au niveau de l'entonnoir fémoral.

Devais-je donner mon consentement au matrimonium dans des conditions pareilles ? Je ne crus pas devoir le refuser, car la lésion étant à jamais ineffaçable, c'était condamner pour toujours un homme jeune et valide au célibat. J'acquiesçai donc, mais à la condition de temporiser, d'attendre quelques mois.

En mettant à nu la région abdominale, il se produisait encore une légère suffusion violente, due sans doute à un trouble de la circulation capillaire, par l'action de l'air. Il était prudent de laisser complètement disparaître cette teinte révélatrice.

Dans la suite, advienne que pourra ; mais il est douteux que la femme puisse jamais montrer, quelle que soit l'abondance de sa progéniture, un système de vergetures plus régulières, mieux formées, et plus symétriques que celles de son mari.

Indépendamment de l'intérêt qui peut s'attacher à un fait sans précédent connu dans l'histoire de la syphilis, deux points doivent être relevés dans la description qui précède. Le premier, c'est la disposition systématique des lésions, qui rappelle la symétrie de certaines maladies de peau, et indique l'existence, dans le derme comme dans l'organisme, de lieux de moindre résistance. Cette régularité permettrait de distinguer, chez la femme, ces vergetures de celles de la grossesse, qui sont semées sans ordre à la surface de l'abdomen. Le second point, c'est la coloration violacée, noirâtre, due à une infiltration sanguine du tissu cutané. En même temps que la rupture des fibres élastiques du derme, il s'était produit une déchirure des capillaires, qui avait amené la formation de plaques ecchymotiques, comparables à celles qui se montrent à la deuxième période du scorbut. L'absence de relief primitif et d'indurations consécutives, l'apparition subite des ecchymoses, leur teinte foncée immédiate, font supposer que l'extravasation sanguine s'était faite dans l'épaisseur de la peau, contrairement à celles du scorbut, dont le siège occupe le tissu cellulaire sous-cutané.

Il reste maintenant à déterminer la nature intime, la cause première, la pathogénie de ces vergetures.

On a, dans un cas analogue, émis l'idée que cette blessure du derme pouvait se rapporter à un trouble trophique, Cette opinion, qui paraît plausible au premier abord, est impossible à soutenir, car elle pèche par la base. Un trouble trophique, en effet, suppose l'existence antérieure d'une névrite périphérique, ou d'un état morbide du névraxe ou tout au moins des ganglions trophiques intervertébraux. Dans le cas actuel, le plexus lombaire, dans le territoire duquel se trouve la région malade, n'a jamais donné aucun signe de souffrance ; il n'y a eu ni production vésiculeuse, ni œdème, ni trouble vaso-moteur. On n'a pu constater aucune modification de la sensibilité dans aucun de ses modes : toucher, température, douleur ; aucune altération des phénomènes physiologiques de la motilité ; ni rétention, ni incontinence des réservoirs d'excrétion. Il n'y a eu, par conséquent, ni névrite, ni myélopathie ; il ne pouvait y avoir trouble trophique.

Une opinion plus séduisante, et qui paraît mieux en situation, est celle qui consiste à rattacher la lésion à la diathèse syphilitique. Il paraît, en effet, rationnel de considérer comme spécifique, un phénomène qui se montre en pleine période évolutive de la maladie constitutionnelle. Cependant, en se livrant à un examen approfondi de la question, on ne tarde pas à voir s'élever une objection sérieuse. Si l'on admet, en effet, la vergeture comme une lésion spécifique, elle doit être classée, en raison de son siège, avec les syphilodermies. Or, les syphilodermies ont quatre caractères pathognomoniques, qui, s'ils ne se rencontrent pas toujours réunis, se groupent au moins par deux, dans tous les faits connus.

Ces caractères sont : la production de matière syphilomateuse, l'hyperchromie classique, teinte cuivrée, jambonnée, tristis color ; l'atrophie consécutive ; enfin, la cicatrice, ou formation de tissu inodulaire, même sans solution de continuité de la peau.

Ces caractères se retrouvent-ils dans la vergeture ? Nullement. Et non seulement ils n'y figurent pas, mais encore aucun d'eux, même à l'état isolé, ne s'est montré un seul instant. Nous n'avons donc pas affaire à une manifestation diathésique.

Est-ce à dire, pour cela, que la syphilis n'ait eu aucune part dans la production de la lésion du derme ? Ce serait aller trop loin, mais on est forcé de reconnaître qu'elle n'en est que la cause indirecte.

La cause première, directe, est le trouble profond de la nutrition, consécutif à l'infection de l'organisme. La diathèse s'était montrée dès l'abord, chez notre malade, d'une sévérité impitoyable. La désassimilation, comme on l'a vu, avait marché avec une rapidité effrayante. Les éléments anatomiques de tous les tissus s'étaient désagrégés en partie, et, emportés par le torrent circulatoire, avaient été éliminés. Le derme, comme les autres tissus, avait perdu une partie de sa trame ; il était devenu plus faible, moins résistant, plus vulnérable.

Le traitement institué avait bien diminué, et même arrêté la désassimilation ; mais, le milieu dans lequel s'étaient formés les molécules organiques de reconstitution, était encore imprégné du principe infectieux. La médication elle-même modifiait les conditions normales de la réparation. Les cellules fondamentales devaient donc se ressentir, forcément, de cette dépravation profonde de la nutrition. Eussent-elles pris naissance dans un milieu physiologique normal, elles ne pouvaient pas, en s'incorporant en grand nombre, à la fois, dans un tissu déjà affaibli, lui fournir immédiatement un appui suffisant, pour résister à une distension rapide et soutenue.

Ainsi peut s'expliquer logiquement la rupture des fibres élastiques du derme et des capillaires, par le développement de l'abdomen et le tiraillement consécutif de la paroi tégumentaire.

Il ne paraît pas exagéré d'admettre également que l'altération profonde de la crase sanguine n'a pas été étrangère à la formation presque scorbutique des ecchymoses, puisque les mêmes lésions, et même de plus prononcées, ne donnent jamais lieu, dans la grossesse, à de pareilles extravasations sanguines.

De toutes les considérations qui précèdent, il paraît donc légitime de conclure que les vergetures observées ne sont pas d'essence infectieuse, qu'elles sont sous la dépendance d'un trouble de nutrition, et qu'elles ne méritent pas plus le nom de syphilitiques, que celles, qui ont été décrites dans la phthisie, ne méritent celui de vergetures tuberculeuses.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de réserve en 1889.

A la date du 17 mai courant, le ministre de la Guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve aura lieu, en 1889, dans les conditions suivantes (19e corps d'armée excepté) :

266 médecins seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne, savoir :

230 médecins aides-majors de première ou de deuxième classe ;

36 médecins-majors de deuxième classe.

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile, et seront pris parmi ceux qui n'ont pas encore été appelés, en commençant par les plus jeunes de grade.

Des aides-majors de première classe pourront être convoqués à défaut de médecins-majors.

La durée du stage sera de vingt-huit jours dans tous les corps d'armée. L'appel devra s'opérer de telle sorte, qu'il se termine au moment de la clôture des manœuvres.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes formées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée et ne seront accueillies par eux qu'autant que les motifs, sur lesquels ils s'appuieront, paraîtront nécessiter impérieusement qu'il y soit fait droit.

Les intéressés seront d'ailleurs prévenus que, s'ils n'accomplissent pas leur stage en 1889, ils y seront astreints l'année suivante.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchement). — L'épreuve de médecine opératoire aura lieu mardi, à quatre heures et demie, à l'École pratique.

— Le concours de l'adjuvat s'est ouvert, aujourd'hui lundi, à midi et demi, sous la présidence de M. le professeur Guyon; MM. Poirier, Jalaguier, Brun et Rémy, juges.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pierre-Edouard Tribes, ancien chirurgien en chef des hôpitaux de Nîmes, décédé à l'âge de soixante-douze ans. Il laisse un digne successeur dans la personne de son fils, M. le docteur Marius Tribes, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— M. le docteur Terrillon commencera ses leçons sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, le mercredi 22 mai, à l'hospice de la Salpêtrière, et les continuera les mercredis à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

33

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

S^t^ dép. dét. à Paris, Ph^ie^ Lebeault, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (Bouchardat, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Ph^ie^ Champigny, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

86

LES BONBONS DE FER DIASTASÉ

du Dr V. BAUD

CONTIENNENT 1 CENTIGR. 1/2 DE CITRATE DE FER

Le nouveau mode de préparation que nous appliquons au **Fer**, accroît beaucoup son efficacité curative et fait disparaître les actions locales irritantes de sa forme chimique, en lui substituant une loi de la nature, qui le rend plus apte à exercer sans troubles son action digestive et d'assimilation.

Notre méthode consiste à provoquer un mouvement de germination dans la graine de cresson; à obtenir qu'elle absorbe et assimile une solution médicamenteuse titrée. Pendant ce travail vital, elle développe une abondante diastase, principe de la salive et de la digestion.

Reste à dragéifier ces graines en évitant de compromettre les principes diastasiques, et, selon l'expression du savant **Bouchardat**, le malade peut avaler son médicament dans son laboratoire. (*Voir la brochure*). Paris, 22 et 19, r. Drouot.

Dr V. Baud

37

MÉDICATION ANTI-BACILLAIRE

Phthisies, tuberculoses, adénites.

PERLES D'IODOFORME DE CLERTAN

Chaque perle contient, sous une enveloppe gélatineuse mince, transparente et très soluble, cinq centigr. d'iodoforme en solution dans l'éther.

Dose moyenne : 4 par jour, 2 à chaque principal repas.

PERLES DE CRÉOSOTE DE CLERTAN

Chaque perle contient, sous une enveloppe gélatineuse mince, transparente et très soluble, cinq centigr. de *créosote pure* de hêtre, en solution dans l'éther. — Dose moyenne : 4 par jour, 2 à chaque principal repas.

Fabrication et gros : Maison L. Frere, 19, rue Jacob, Paris, et dans toutes les pharmacies.

40

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES.

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, ph^en^ à Paris, et toutes les ph^ies^ de France et de l'étranger.

Paterson

58

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

33

ALBUMINATE DE FER

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Spécifique des troubles de la menstruation.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies^.

47

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

70

VINS TITRÉS D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, etc.

Vin de quinquina titré simple : Tonique, fortifiant. — **Vin de quinquina ferrugineux :** Chlorose, anémie, longues convalescences, etc. Ph^ie^, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

74

PHOSPHATINE FALIÈRES

Cette préparation permet aux médecins de donner aux enfants le phosphate de chaux sous la forme d'un aliment très agréable.

Le phosphate de chaux (phosphate bi-calcique) contenu dans la **Phosphatine Falières** est d'une pureté parfaite et complètement assimilable. Son mode de préparation a été introduit dans le nouveau Codex à la suite de nos observations sur son incontestable supériorité dans la médication phosphatée.

Son emploi est indiqué chez les *enfants*, au moment du sevrage, chez les *femmes enceintes* ou *nourrices*, chez les *vieillards* et les *convalescents.*

Une cuillerée à bouche contient 25 centigr. de phosphate de chaux.

Paris, 6, avenue Victoria, et pharmacies.

77

APIOL DES D^RS^ JORET & HOMOLLE

L'APIOL est le spécifique des désordres menstruels : il provoque les règles et arrête leur écoulement exagéré ou persistant. Mais on délivre, sous le nom d'Apiol, de simples extraits ou teintures de persil. L'Apiol vrai, liquide oléagineux, plus dense que l'eau et d'une belle couleur ambrée, est celui des Drs Joret et Homolle, le seul expérimenté avec succès, notamment dans le service du Dr Marotte, à la Pitié. — Dose : 1 caps. matin et soir pendant 5 à 6 jours lors de la venue présumée des règles ou de leur écoulement.

Dép^t^ g^al^ : Ph^ie^ Briant, 150, r. Rivoli. T^tes^ ph^ies^.

49

ÉTABLISSEMENT THERMAL VICHY

(*Allier*) *PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT* (*Allier*)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabète, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

25

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0 fr. 50** le mètre; 2° le catgut n°s 1, 2, 3, 4, **1 fr. 25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1 fr. 25** le mètre; 4° le macintosh, **5 fr.**

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

69

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Éch. f°.)

80

PEPTONE COLLAS

Préparée avec la **Pepsine Boudault.**

SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX.

La **Peptone COLLAS** est entièrement **assimilable.** Elle a même été injectée directement dans les veines, sans qu'on en ait retrouvé la trace dans les urines.

Elle se présente sous la forme d'une poudre très légère, très soluble dans l'eau, le bouillon et le vin. Son goût, analogue à celui de la viande rôtie, s'harmonise très bien avec celui du bouillon. La **Peptone Collas** représente comme valeur nutritive dix fois son poids de viande.

Pharmacie Collas, *8, rue Dauphine, Paris.*

99

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boîte de 20 cachets à 0,25 c^gr^. . . . . *2 fr.*

Ph^ien^ ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

56

CASCARA MIDY : Pilules rigoureusement dosées à l'Ext. Hyd. Alcool

de **Cascara Sagrada**, la meilleure préparation contre la **Constipation habituelle** et **l'atonie de l'intestin.**

2 fr. 50 le flacon, 113, faubourg Saint-Honoré.

77

LE SERVICE VACCINAL DE LA SEINE

envoie c^tre^ mandat : *Vaccin de Génisse*, le tube, **1** fr. *Pulpe vaccinale*, le tube **2** fr. — On trouve le Vaccin tous les jours au Dépôt : *4, rue de Sèvres.*

N° 59. — JEUDI 23 MAI 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 23 MAI 1889. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 22 mai 1889.

Le concours de l'agrégation (chirurgie et accouchements) vient de se terminer. On en trouvera le résultat à notre « Chronique et nouvelles scientifiques ».

Nous adressons toutes nos félicitations aux heureux vainqueurs de ce brillant concours. Mais nos lecteurs s'uniront à nous pour adresser plus particulièrement encore leurs compliments à notre collaborateur M. Ricard, qui dirige avec tant de distinction la partie chirurgicale de notre Journal.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La communication faite dans la dernière séance par M. Worms, sur le diabète à évolution lente, est devenue le point de départ d'une discussion intéressante et qui, croyons-nous, n'est pas près de se terminer. M. Dujardin-Beaumetz, restant, comme M. Worms, sur le terrain purement clinique, lui a fait un certain nombre d'objections relativement aux conclusions générales qu'il avait tirées de l'analyse de ses 41 observations. Puis il a fait connaître ses idées personnelles sur les différentes formes du diabète et surtout sur leur traitement. Il a fait justice du régime lacté, qu'il regarde comme une des plus mauvaises choses pour les diabétiques; puis il a réhabilité les pommes de terre.

M. Germain Sée, fidèle à ses principes de médecine physiologique, s'est inquiété d'abord de savoir si à l'état normal les urines contiennent ou ne contiennent pas de sucre. Il a fait, avec M. Hardy, des expériences qui montrent que l'urine normale contient du sucre, ainsi que l'avait montré Claude Bernard, auquel M. G. Sée rend d'ailleurs toute justice. On trouvera au compte rendu un résumé détaillé de la communication de M. G. Sée et de ses idées personnelles sur le diabète. Relativement au traitement, au régime et à l'hygiène du diabétique, M. G. Sée se trouve complètement d'accord avec M. Dujardin-Beaumetz.

L'Académie a entendu, au début de la séance, une lecture intéressante de M. Legroux sur une communication congénitale des deux cœurs par inocclusion du septum ventriculaire; puis un travail de M. Ollier sur la résection du genou. Cette opération, qui lui donnait, avant 1870, 75 p. 100 de mortalité, ne lui en donne plus aujourd'hui que 5 à 6 p. 100, et cela grâce non seulement à l'emploi de la méthode antiseptique, mais surtout à l'emploi du pansement unique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. SEGOND.

Deux cas d'ostéomyélite.

J'ai à faire ce matin deux opérations d'évidement osseux. La première est sur un jeune garçon de dix-neuf ans, ouvrier tapissier, blond, aux paupières rouges, au teint pâle, présentant, en un mot, tous les caractères des petits Parisiens lymphatiques.

Jusqu'en 1885, ce jeune homme s'est bien porté ; mais, tous ses parents sont des scrofuleux avérés.

En 1885, il fait une chute sur le genou gauche, qui devient aussitôt le siège d'une tuméfaction douloureuse, disparaissant au bout de huit jours, au bout desquels il reprend son métier de tapissier. Mais trois ou quatre mois plus tard, il est atteint d'hydarthrose intermittente du genou et s'en va, vers le milieu de l'année dernière, consulter M. Verneuil qui diagnostique une tumeur blanche du genou, c'est-à-dire une ostéo-arthrite tuberculeuse, et prescrit le repos, la compression et l'immobilisation dans un appareil silicaté.

Au bout d'un certain temps, le malade se remet et reprend encore une fois sa profession, mais, quelques mois après, le mal récidivant, il va, cette année même, consulter M. le docteur Launois ; le fémur est tuméfié, mais les mouvements de la jointure sont conservés et les douleurs ne sont pas considérables ; puis, un matin, on aperçoit, sur les bandes qui enveloppent le membre malade, une tache produite par une goutte de pus, provenant d'un abcès qui s'était formé dans le losange poplité, la suppuration s'établit et un ou deux séquestres sont extirpés.

Aujourd'hui, nous constatons une atrophie légère de la jambe et de l'hydarthrose ; d'ailleurs, point de douleur, ni rougeur, ni empâtement de la jointure. Les mouvements de l'articulation sont limités, la flexion notamment. Le fémur, dans les trois quarts inférieurs de son étendue, est très augmenté de volume, les tissus sont empâtés tout à l'entour. Sur la face postérieure de la cuisse, dans le losange poplité, on aperçoit un trajet fistuleux conduisant sur le tissu osseux dénudé.

Le second malade est un petit pâtissier de vingt et un ans, également lymphatique, pâle, sans autres antécédents que celui de sa mère morte tuberculeuse. Jusqu'à l'âge de quinze ans, il s'est bien porté, mais, à ce moment, à la suite d'un coup de froid, il est tombé très sérieusement malade, souffrant de douleurs fort vives dans l'avant-bras, suivies de la formation d'un abcès qui s'ouvre spontanément et, depuis lors, est resté fistuleux. Par cette fistule, plusieurs séquestres se sont fait jour au dehors.

En résumé, si, chez nos deux malades, il s'agit bien d'une ostéomyélite des adolescents ; si, chez le jeune pâtissier, le diagnostic ne nous laisse aucun doute en raison des accidents aigus, fébriles, douloureux, qu'il a éprouvés ; chez l'autre, par contre, le cas est moins net, car nous ne trouvons pas de période aiguë au début, mais une évolution *insidieuse* du mal.

Je ne ferai pas ici l'histoire de l'ostéomyélite aiguë des adolescents qui est bien connue aujourd'hui, surtout après les travaux de M. Lannelongue sur ce sujet. Je ne parlerai pas non plus des diverses dénominations qu'elle a reçues jusqu'à celui d'ostéomyélite aiguë. Je veux seulement appeler votre attention sur quelques points particuliers de cette affection.

Le siège du mal est-il sous le périoste, ou bien au centre même de l'os ? Ce siège est-il constant, c'est-à-dire au niveau du bulbe de l'os ou mieux, du cartilage juxta-épiphysaire ? Cela est très important à savoir, car de l'idée que l'on se fera de la lésion initiale du mal, résultera tel ou tel mode thérapeutique. S'il s'agit purement d'un abcès sous-périostique, il suffira de donner issue au pus. Dans l'autre cas, c'est-à-dire dans le cas de lésion intra-osseuse, on devra, en plus, trépaner l'os pour éviter la formation de séquestres ultérieurs.

Pour moi, j'ai adopté la théorie de M. Lannelongue, d'autant plus qu'un coup de trépan n'aggrave pas le moins du monde la lésion, et qu'il n'est pas d'affection osseuse plus grave que l'ostéomyélite.

Un autre point a été aussi l'objet de nombreuses discussions scientifiques : je veux parler de la nature même du mal. Vous savez que tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître aujourd'hui la présence, dans le pus, de micro-organismes.

Or, deux théories sont en présence : 1° la première qui veut que le micro-organisme de l'ostéomyélite soit spécifique et que sa production entraîne un empoisonnement particulier de l'organisme ; 2° la seconde déclare que ce micro-organisme n'a rien de spécial, qu'il n'est pas spécifique.

Je ne trancherai pas la question, je me bornerai à dire seulement que les recherches les plus sérieuses paraissent militer en faveur de l'existence d'un microbe spécifique.

Je citerai à l'appui le cas suivant : il y a quinze jours, j'étais appelé auprès d'un petit enfant ayant à la fois une nécrose des deux tibias, des eschares sur les fesses, dans le dos, des abcès au niveau des omoplates ; or, le tout avait évolué en huit jours, ce qui plaide encore en faveur d'une intoxication spéciale.

M. Trélat a cru devoir admettre, en outre d'une ostéomyélite des adolescents, commençant par des phénomènes aigus, pour passer ensuite à la chronicité prolongée, une autre ostéomyélite dite *insidieuse*, qui correspondrait à ce groupe de lésions auquel Gosselin a donné le nom d'ostéomyélite apyrétique. Or, d'une thèse assez récente, il résulterait que toutes les ostéomyélites insidieuses seraient des ostéomyélites tuberculeuses. Je ne puis pas accepter cette manière de voir, car, parmi les cas cités par l'auteur, j'en connais dans lesquels on n'a jamais trouvé le moindre bacille tuberculeux.

En résumé, il existe réellement deux types très tranchés d'ostéomyélite : 1° la forme aiguë des adolescents dans laquelle prédomine une ostéite productive ; et 2° la forme tuberculeuse correspondant à la carie des anciens, où le tissu osseux fond pour ainsi dire sous la curette du chirurgien. Puis, entre ces deux formes bien nettes, il existe des cas à diagnostic difficile, qui ne constituent pas une maladie spéciale : ce sont ou des ostéites tuberculeuses ou des ostéites aiguës des adolescents, mais caractérisées les unes et les autres par leur évolution insidieuse.

Nos deux jeunes malades d'aujourd'hui ne sont pas atteints, en réalité, d'ostéomyélite tuberculeuse, quoique tous deux soient des terrains prédisposés. Ils peuvent être des candidats à la tuberculose, je n'en disconviens pas, mais ce ne sont pas, en tous cas, des tuberculeux. J'ajoute que l'on voit quelquefois sur le même sujet se développer, pour ainsi dire côte à côte, la tuberculose et l'ostéomyélite des adolescents, les deux affections restant absolument indépendantes l'une de l'autre. C'est ainsi que j'ai pu constater les deux lésions évoluant simultanément sur le fémur d'une jeune fille.

En somme, chez celui de mes deux malades qui est atteint d'ostéomyélite du fémur, la maladie a évolué insidieusement, tout en restant l'ostéomyélite des adolescents, c'est-à-dire sans caractère de tuberculose.

Quoi qu'il en soit, chez lui de même que chez l'autre malade, il ne suffit pas de poursuivre le trajet fistuleux et d'ouvrir un peu le tissu osseux pour extraire le séquestre, il faut faire davantage, c'est-à-dire pratiquer une ouverture dépassant les limites de la cavité osseuse morbide, sans crainte de voir l'opération suivie de quelque incident fâcheux, et cette plaie, pansée à plat, guérit facilement dans l'espace de six ou sept semaines, dans les cas heureux. Cependant, il ne faut pas se dissimuler que, dans certains autres cas, la lésion des os peut continuer ses progrès et l'os de nouvelle formation devenir, lui-même, le siège d'une nécrose ultérieure.

HOPITAL DU MIDI. — M. Du Castel.

De la blennorrhagie chronique et de son traitement.

Parmi les malades atteints de blennorrhagie chronique, les uns se plaignent d'avoir la goutte militaire ; d'autres, des envies fréquentes d'uriner qui accompagnent chez eux la cystite du col ; quelques-uns sont particulièrement tourmentés par l'existence, dans leur urine, de ces filaments ou de ces bouchons muqueux qui accompagnent l'inflammation chronique de l'urèthre ; d'autres, enfin, se préoccupent de ces pertes, qui rappellent plus ou moins les pertes séminales, se reproduisant tantôt spontanément, tantôt à l'occasion de la défécation ou de la miction urinaire.

Chez chacun de ces malades, il est absolument nécessaire d'établir qu'il s'agit d'une uréthrite chronique, de rechercher l'ancienneté de la maladie et de s'assurer qu'une blennorrhagie aiguë a bien réellement ouvert la série des

accidents, de préciser enfin le volume et tous les caractères objectifs de la goutte, la fréquence des besoins d'uriner et sous quelles influences la maladie est susceptible de reprendre, par moments, les caractères de l'acuité. Il faudra aussi déterminer, le plus exactement possible, le siège de l'inflammation. Pour arriver à ce dernier résultat, le médecin devra se livrer à un examen méthodique du canal ; la méthode que vous me voyez employer ordinairement est celle recommandée par M. le professeur Guyon et sur laquelle je crois devoir entrer ici dans quelques détails.

On introduit, dans le canal, un explorateur à boule, de volume moyen (n° 15 ou 16) ; on le pousse jusque vers le milieu de la portion spongieuse, puis on le ramène au méat, en suivant la paroi inférieure ou la paroi supérieure. De cette exploration des parties les plus antérieures de l'urèthre, l'instrument ne ramène pas, en général, de sécrétion ; les lésions, dans la blennorrhagie, occupant ordinairement les parties profondes de l'avant-canal. Introduisant alors de nouveau l'instrument, vous le poussez jusque dans le cul-de-sac du bulbe, vous arrêtant au moment où l'explorateur butte contre le sphincter uréthral ; généralement alors, la boule revient couverte de pus, car c'est en ce point que l'inflammation siège ordinairement.

On répète cette manœuvre à deux ou trois reprises, en ayant soin de tourner et retourner chaque fois la petite olive dans le cul-de-sac bulbaire, afin de la bien imprégner du muco-pus accumulé dans cette cavité. Quand on a, de cette façon, nettoyé l'urèthre antérieur de toute sécrétion morbide, on fait pénétrer la boule exploratrice dans l'urèthre postérieur, en forçant le sphincter membraneux ; si la sonde revient sans ramener de sécrétions pathologiques, ou si celles-ci ne s'écoulent pas dans la minute qui suit l'exploration, c'est que l'urèthre postérieur est indemne.

Il faut avoir grand soin, dans le cathétérisme de l'urèthre, de noter s'il n'existe pas, en quelque point du canal, un certain degré de rétrécissement, ou une sensibilité exagérée, car celle-ci vous aidera à préciser le siège de l'inflammation dont elle constitue une des manifestations.

M. Aubert ne croit pas le procédé de M. le professeur Guyon à l'abri de toute critique : le nettoyage de l'urèthre antérieur serait difficilement complet ; on pourrait, par suite de ce nettoyage imparfait, porter, de l'urèthre antérieur dans l'urèthre postérieur, une petite quantité de pus susceptible de provoquer l'inflammation de celui-ci ; on pourrait aussi, en ramenant la sonde après l'exploration de l'arrière-canal, ramasser, chemin faisant, du pus oublié dans l'urèthre antérieur et croire à une uréthrite postérieure qui n'existerait pas. Aussi le chirurgien de l'Antiquaille de Lyon conseille-t-il de faire, avant de pratiquer l'examen de l'arrière-canal, un lavage complet de l'avant-canal, et voici comment il le pratique : il introduit dans l'urèthre un tube de caoutchouc du calibre d'une sonde n° 10 de la filière Charrière ; à travers ce tube, il pousse un liquide antiseptique jusqu'à ce que celui-ci s'écoule absolument pur et n'entraine plus aucune sécrétion uréthrale. Il est quelquefois nécessaire, pour arriver à ce résultat, d'injecter 500, 600, 700 grammes même de liquide ; ce n'est que lorsque l'avant-canal a été ainsi minutieusement nettoyé, qu'on peut pratiquer, en toute sécurité, l'examen de l'arrière-canal.

M. Eraud pense, qu'avec le procédé de M. Guyon, il est facile de prendre pour du pus la graisse qui a servi à oindre la sonde et qui revient émulsionnée sur le talon de celle-ci.

La manière de procéder de M. Aubert est peut-être plus rigoureusement scientifique, mais celle de M. Guyon est beaucoup plus pratique et me paraît suffisamment exacte dans la vie ordinaire. Il est bon, cependant, de connaître les reproches qui lui ont été adressés et ses petites imperfections ; on arrivera ainsi facilement à éviter les dangers et les erreurs d'interprétation, auxquels elle pourrait soi-disant conduire.

Après avoir examiné le pus rejeté, après avoir établi par le cathétérisme le siège même de l'inflammation, il sera nécessaire de rechercher l'état d'intégrité ou de maladie de la prostate, ainsi que des organes génitaux ; et c'est en s'appuyant sur l'ensemble de ces différentes notions que le médecin pourra instituer un traitement rationnel de l'affection en cause.

Il faudra, à ce propos, chercher, avant toutes choses, à modifier l'état général, surtout si l'on croit que quelque diathèse (rhumatisme, scrofule, etc.) soit la cause de la longue durée de la maladie ; il faudra chercher à obtenir un changement d'habitudes, s'il paraît y avoir, dans la vie habituelle du malade, de mauvaises conditions hygiéniques, des vices d'hygiène.

Ceci dit, entrons maintenant dans quelques détails sur la question de thérapeutique proprement dite.

Le traitement balsamique, si utile dans la blennorrhagie aiguë, ainsi que nous l'avons dit dans une précédente leçon (1), n'a, le plus souvent, qu'une action bien légère et fort contestable sur la blennorrhée. Dans la blennorrhagie aiguë, c'est en employant les médicaments à hautes doses que l'on aura le plus de chances de remporter un succès ; dans la blennorrhagie chronique, il sera préférable, au contraire, d'employer les balsamiques à doses peu élevées et d'en prolonger, pendant longtemps, l'administration. En agissant ainsi, le médecin verra quelquefois, à la longue, la médication exercer sur la maladie une influence progressivement favorable. Mais, en général, chez les vieux blennorrhéiques, c'est en vain que le copahu succède au cubèbe, le santal au woodoil, le goudron à la térébenthine ; la médication interne ne réussit pas plus à diminuer la sécrétion purulente, que les excès ne parviennent à en réveiller l'acuité. Le véritable traitement de la blennorrhagie chronique, disons-le, c'est le traitement local.

Les conditions de l'intervention médicale sont ici différentes de ce qu'elles sont de la blennorrhagie aiguë. Dans cette dernière, vous combattez le plus ordinairement des inflammations étendues et superficielles ; dans la blennorrhagie chronique, dans la blennorrhée, tout au contraire, vous avez affaire à des lésions, localisées il est vrai, mais plus profondes. Aussi, les procédés les plus avantageux seront ceux qui vous permettront de porter localement des médicaments plus actifs, de localiser votre intervention, tout en la rendant plus énergique.

Je ne ferai que mentionner le porte-caustique de Lallement, l'ingénieux endoscope de M. Desormeaux, les bougies et les pulvérisations médicamenteuses ; ce sont là des procédés dont on ne saurait contester l'utilité, mais ils me paraissent devoir céder le pas aux méthodes plus courantes : les injections, les lavages et les instillations.

Les injections sont beaucoup plus efficaces contre les blennorrhagies aiguës ou subaiguës, que contre les inflammations chroniques dont les lésions localisées tendent à gagner en profondeur. Les lavages reconnaissent les mêmes indications que les injections, dont elles ne sont qu'une

variante. Je les crois cependant d'une utilité plus grande que ces dernières et susceptibles d'atteindre plus complètement le but poursuivi ; malheureusement elles sont d'un maniement moins commode et beaucoup plus délicat.

Les solutions que l'on emploie en injections dans la blennorrhagie chronique comme dans l'aiguë, sont toujours relativement peu concentrées ; celles dites de Ricord, celles aux trois sulfates, sont encore les plus usuelles. Quant aux injections antiseptiques, efficaces dans la blennorrhagie subaiguë, elles me paraissent d'une influence plus discutable dans la blennorrhagie vraiment chronique.

Dans cette dernière, les instillations ont de véritables avantages sur les injections, quel que soit le siège de la maladie, comme agissant directement et exclusivement sur le point du canal qu'on veut atteindre et permettant de graduer à volonté la quantité du liquide porté dans l'urèthre. Les solutions de nitrate d'argent, en particulier, produisent amplement le degré de cautérisation nécessaire pour modifier les inflammations chroniques de l'urèthre. La solution au cinquième est celle qui paraît satisfaire généralement aux conditions voulues. La petite exacerbation qui en est la suite tombe vite pour faire place à un amendement plus ou moins notable de la maladie. Ces instillations doivent être faites tous les quatre ou cinq jours, parfois même à des dates plus éloignées, notamment dans le cas d'urèthre irritable.

J'ajoute, en terminant, que les instillations préférables, comme je viens de le dire, dans l'uréthrite antérieure, sont *seules* applicables au traitement de l'uréthrite postérieure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mai 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre du directeur général de l'Assistance publique, annonçant le vote du Conseil général, qui alloue une subvention de 2000 francs à l'Académie, pour le service de la vaccine animale.

COMMUNICATIONS

Un cas de communication interventriculaire suivi d'autopsie. — M. LEGROUX rapporte en son nom et au nom de son interne, M. Dupré, l'observation d'un enfant, âgé de quatre ans et demi, qui entra à l'hôpital pour une rougeole ; il présentait du côté de l'appareil cardiaque les symptômes suivants : à la palpation de la région précordiale, on percevait un frémissement cataire systolique bref. La percussion indiquait un accroissement de l'étendue de la matité cardiaque dans le sens transversal ; enfin, on entendait dans toute la zone précordiale un souffle systolique très rude, ayant son maximum dans le troisième espace intercostal gauche et ne se propageant pas plus particulièrement dans une direction déterminée ; avec cela le petit malade n'avait pas de cyanose, le pouls avait ses caractères normaux ; jamais cet enfant n'avait accusé de dyspnée, aucun trouble fonctionnel imputable à une affection organique du cœur.

Ces caractères répondaient exactement à la symptomatologie attribuée à la communication congénitale des deux ventricules par M. H. Roger, en 1879. MM. Legroux et Dupré attribuèrent à cette lésion les symptômes observés. A quelque temps de là, le petit malade succomba à une angine diphthérique toxique ; l'autopsie put être faite et l'examen nécroscopique vint confirmer de tous points le diagnostic qui avait été fait.

Il existait, en effet, à la base de la cloison interventriculaire, un orifice qui faisait communiquer les deux cavités ventriculaires. Il y avait en même temps un léger degré d'hypertrophie du ventricule droit. Les valvules étaient saines et suffisantes ; enfin, il n'y avait aucune trace de rétrécissement de l'artère pulmonaire.

Résection du genou. — M. OLLIER veut appeler l'attention de l'Académie sur cette opération que l'on pratiquait très rarement, en France, et qui est devenue aujourd'hui une opération de chirurgie courante. Peu de chirurgiens, en effet, avant l'application de la méthode antiseptique, pratiquaient la résection du genou. Cela tenait à la grande mortalité qu'elle donnait ; ainsi, avant 1870, M. Ollier l'a pratiquée un certain nombre de fois et il avait une mortalité considérable, 75 p. 100. Aujourd'hui la même opération ne lui donne plus que 5 à 6 p. 100 de mortalité. Autrefois aussi elle donnait de mauvais résultats orthopédiques. Il n'en est plus de même aujourd'hui. A quoi tiennent ces heureuses modifications ? A la simplification du pansement, au pansement rare et même au pansement unique que préfère M. Ollier, aux procédés opératoires et, enfin, aux précautions antiseptiques. M. Ollier n'applique, en effet, qu'un seul pansement qu'il laisse de trente à soixante-dix jours selon les cas ; il a recours à l'iodoforme et il pratique le drainage, à l'aide de drains résorbables. Les suites de l'opération sont toujours apyrétiques ; il obtient toujours une réunion immédiate absolue. Cette réunion immédiate est ici absolument nécessaire.

M. Ollier n'est pas partisan des opérations économiques, parcimonieuses ; il est, selon lui, de toute nécessité de faire, au contraire, de larges résections, car c'est encore le meilleur moyen d'éviter les récidives. Il emploie le drainage et la suture. Il recherche l'ankylose et c'est, en grande partie, dans ce but qu'il laisse un seul pansement aussi longtemps et qu'il recherche l'immobilisation et la réunion immédiate. Quoique les expériences, sur les animaux, qu'a faites M. Ollier, lui aient démontré qu'on pouvait parfaitement, après ces résections, obtenir des articulations mobiles, il pense que chez l'adulte, tout au moins, il ne faut pas hésiter à rechercher l'ankylose dans une position rectiligne. Chez les enfants, M. Ollier est partisan des opérations parcimonieuses. Mais chez l'adulte, si l'on veut se mettre à l'abri des récidives, il faut faire, au contraire, de larges résections.

DISCUSSION SUR LE DIABÈTE

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, à propos de la communication faite dans la dernière séance, par M. Worms, sur le diabète à marche lente, désire présenter quelques observations sur le même sujet. Comme M. Worms, il veut rester sur le terrain purement clinique.

M. Worms, sur ses 41 cas, n'a constaté que 4 fois une soif exagérée et 9 fois seulement de la polyurie. Ce sont là, selon M. Dujardin-Beaumetz, des chiffres fort au-dessous de ce que donne l'observation clinique. La polydipsie et la polyurie sont, au contraire, des symptômes très fréquents du diabète. M. Worms n'a constaté qu'une seule fois, sur ses 41 cas, un appétit exagéré. C'est encore là une proportion que ne peut admettre M. Dujardin-Beaumetz. Les diabétiques, dit-il, sont, en général, de belles fourchettes, et c'est grâce à ce bel appétit, qu'ils peuvent supporter si longtemps la maladie sans inconvénients. Aussitôt que le diabétique présente la moindre complication, le moindre incident, il perd ses forces, s'épuise et dépérit.

M. Dujardin-Beaumetz ne pense donc pas avec M. Worms que le diabète puisse être considéré comme un brevet de longévité. C'est une maladie dans laquelle la nutrition est altérée ; ce n'est pas, ainsi que le pense M. Worms, un simple symptôme comme la fièvre, c'est une maladie *totius substantiæ*, dans laquelle l'organisme tout entier est affecté.

M. Worms admet deux formes cliniques de diabète : le diabète à marche lente et bénigne, le diabète à forme grave ; M. Dujardin-Beaumetz en établit trois formes : 1° la forme bénigne et légère ; 2° la forme lente et moyenne d'intensité ; 3° la forme grave. La quantité de sucre émise ne peut servir de critérium. Tel malade

qui rend 300 à 400 grammes de sucre, peut avoir un diabète peu grave.

Au point de vue du traitement, M. Dujardin-Beaumetz insiste sur la nécessité d'un régime rigoureux; il rappelle que le lait est funeste, la lactose du lait augmentant considérablement la quantité du sucre dans les urines; il rappelle que bien des diabétiques croient pouvoir se permettre des fruits, ce qui est une grosse erreur, les fruits étant très sucrés. Bien des diabétiques aussi croient pouvoir manger la croûte du pain ordinaire; or, la croûte contient beaucoup plus de fécule que la mie; M. Dujardin-Beaumetz recommande volontiers le pain de soya, 100 grammes par jour de pommes de terre cuites à l'eau. Bouchardat avait, avec raison, insisté sur les avantages des aliments gras pour les diabétiques; M. Dujardin-Beaumetz recommande également les graisses, la charcuterie, la choucroute, le caviar, qui sont des stimulants de l'appétit. S'il condamne la saccharine au point de vue de l'hygiène générale, il la trouve très utile et très précieuse pour donner aux diabétiques l'illusion du sucre, et cela d'autant mieux qu'elle permet de leur prescrire deux boissons stimulantes très énergiques : du thé et du café noir, très préférables aux alcools dont beaucoup de diabétiques ont de la tendance à abuser.

Au point de vue de la thérapeutique, M. Dujardin-Beaumetz rappelle que M. Martineau avait proposé l'arséniate de lithine, il s'en était même singulièrement exagéré les bons effets. Toutefois, l'arséniate de lithine peut être considéré comme un bon adjuvant au régime. M. Worms emploie le sulfate de quinine, M. Felizet a proposé le bromure de potassium. Ces médicaments peuvent être utiles comme tous ceux qui ont une action élective sur la moelle.

En résumé, on peut faire vivre longtemps des diabétiques, on peut améliorer leur sort, mais on ne peut pas les guérir.

M. GERMAIN SÉE pense que, dans l'étude du diabète, un premier point s'impose à l'examen, c'est celui de savoir si, à l'état normal, les urines contiennent ou ne contiennent pas de sucre. Il est évident, en effet, que si l'urine normale contient du sucre, le diabète ne peut plus être considéré que comme l'exagération d'un état physiologique, et ainsi s'explique la longue survie de certains diabétiques.

Or, il résulte des recherches que M. G. Sée a faites avec M. Hardy, que bien réellement l'urine normale contient du sucre, ou d'autres substances similaires. Sans doute, si on se sert des moyens d'examen ordinaires de l'urine, on ne constatera pas facilement la présence du sucre dans une urine normale. Mais il en sera tout autrement dans bien des cas, si l'on utilise un réactif beaucoup plus sensible, la phenylhydrazine, qui permet de reconnaître le sucre de l'urine lorsqu'il est à la dose de 0,033 p. 100. 14 fois sur 42 cas, des individus réputés sains ont présenté la réaction caractéristique du sucre.

Il est facile de faire le départ entre ceux de ces individus qui sont réellement sains, quoique rendant du sucre, et ceux qui sont réellement diabétiques, ne fût-ce qu'à un faible degré. Si on leur donne à tous 160 grammes de mie de pain blanc, au bout de quelques heures cette substance fera apparaître des quantités considérables de sucre dans l'urine des diabétiques, ou tout au moins des candidats diabétiques; elle est sans influence sur les individus réellement sains.

Les urines dans lesquelles il n'y a pas trace de sucre ne diffèrent pas d'une façon absolue des urines diabétiques. Le chlorure de benzoïle, le naphtol ou le furfurol permettent, en effet, d'y reconnaître la présence d'hydrates de carbone semblables au groupe des dextrines et voisins du groupe glycose. Leur transformation en ce dernier groupe est possible.

La glycosurie est donc un phénomène normal. Elle peut s'exagérer sous l'influence d'une excitation nerveuse ou de toute autre condition anomale, et dès lors le diabète est constitué; dès lors, c'est une véritable auto-intoxication pouvant amener parfois l'empoisonnement du sang par sa transformation en acide oxybutyrique et consécutivement ce terrible coma diabétique dont on ne connaît aucun cas de guérison, malgré les traitements les plus énergiques (alcalinisation du malade au moyen de 120 gr. de bicarbonate de soude), sauf le cas rappelé par M. Worms. Il est vrai que, par contre, cette conception nouvelle du diabète est essentiellement consolante, en ce sens qu'elle nous permet de comprendre comment certains diabétiques peuvent vivre quinze, vingt ans, sans être particulièrement incommodés par leur maladie, lorsqu'elle est bien soignée.

Le diabétique est un terrain admirablement disposé pour l'apparition des accidents les plus redoutables; c'est une sorte de *noli me tangere*, à propos duquel on ne saurait être trop réservé, puisqu'il suffit souvent du plus léger écart alimentaire pour provoquer la mort.

On connaît les cataractes diabétiques, les complications des plaies, enfin la tuberculose qui est un mode de mort très fréquent du diabétique, quelque âge qu'il ait. M. G. Sée a vu des diabétiques de quatre-vingt-cinq ans mourir phthisiques. Les liquides sucrés sont, on le sait, un excellent terrain de culture pour le bacille de Koch, ainsi que l'a montré M. Nocard; peut-être est-ce à cette circonstance que l'on doit attribuer la fréquence de la phthisie diabétique.

On sait, en effet, depuis les travaux de Claude Bernard, que la formation de la substance glycogène est une fonction normale du foie, et que cette substance se développe non seulement aux dépens des substances amylo-sucrées introduites avec les aliments, mais aussi aux dépens des albuminates, provenant du dehors ou du dedans.

La transformation de glycogène en sucre est-elle modérée? c'est l'état normal; est-elle exagérée? l'individu est, en quelque sorte, inondé de sucre, c'est l'état pathologique, et cette exagération ne se produit pas seulement lors de la piqûre du quatrième ventricule, elle est surtout la conséquence d'une circulation hépatique exagérée qui peut se produire dans une foule de circonstances variées. En envisageant de la sorte le diabète, M. G. Sée s'écarte complètement de l'opinion de M. Bouchard, et de celle défendue tout récemment par Cantani, à savoir que le diabète n'est qu'un ralentissement de la nutrition.

Le foie n'est d'ailleurs pas le seul à fournir de la substance glycogène. On a démontré que des animaux, des grenouilles, des oiseaux, par exemple, privés de foie, formaient encore de la substance glycogène et celle-ci se produit surtout par l'intermédiaire des muscles (pectoraux, muscles de la cuisse, voire même muscles cardiaques). Cette propriété glycogénique du muscle est même un fait de première importance au point de vue du traitement.

De même que la glycosurie normale et le diabète s'enchaînent, de même toutes les variétés du diabète ne sont que des modifications d'un même état. En d'autres termes, le diabète est une maladie une et indivisible. Il peut être léger et grave, sans que ces deux états diffèrent essentiellement l'un de l'autre; tel diabète, léger aujourd'hui, deviendra grave demain, ce qui se reconnaît le plus souvent à ce signe d'importance capitale, que la quantité de sucre rendue n'est plus modifiée par le régime carné.

Il y a le diabète des riches et des pauvres, en ce sens que ces derniers, ne pouvant se soigner comme il convient, présentent souvent, toutes choses égales d'ailleurs, des accidents dont les premiers restent longtemps indemnes.

Il y a le diabète maigre, et le diabète gras, ou plutôt le diabète des gras, et ces derniers se distinguent par cette circonstance qu'ils supportent infiniment mieux leur maladie.

Il y a aussi le diabète des enfants ou des adultes et le diabète des personnes d'âge mûr, bien différents comme gravité. Il est rare qu'un enfant diabétique vive plus de deux ans. Les enfants, comme les pauvres, ont un diabète de misère, alors que les adultes et les riches ont un diabète de luxe.

Le traitement du diabète a varié avec les doctrines régnantes, et, chose remarquable, on a vu des traitements basés sur les idées les plus erronées donner néanmoins d'heureux résultats.

Bouchardat pensait que la dyspepsie jouait le plus grand rôle dans la production du diabète; aussi a-t-il surtout insisté sur le régime des diabétiques. Il paraît démontré aujourd'hui que les

diabétiques n'ont rien du dyspeptique, et les recherches de Cantani à cet égard paraissent probantes, et cependant l'influence heureuse du régime ne saurait être contestée.

Mialhe envisageait surtout l'acidité du sang, et c'est à ce titre qu'il conseillait les alcalins. L'hypothèse de l'acidité du sang, cause de tout le mal, a fait son temps, et cependant le traitement par les alcalins est encore, à juste titre, en vigueur.

D'autres auteurs ont supposé l'existence dans le foie d'un ferment empêchant la transformation de la substance glycogène, et ils ont donné contre ce ferment des antiseptiques tels que le benzoate de soude, l'iodoforme, ou encore l'acide salicylique; il est vrai que ces substances, de même que l'arsenic employé comme substance stéatogène (la piqûre du quatrième ventricule sur un chien arsenisé ne provoque plus de glycosurie), ne me paraissent pas très recommandables; en somme, à l'heure actuelle, il n'y a que trois moyens à opposer au diabète : le régime, la musculation et les médicaments.

Comme régime, M. G. Sée se range à l'opinion de M. Dujardin-Beaumetz, au sujet du lait. Le lait est un abominable médicament contre le diabète, en raison du sucre de lait qu'il contient, et surtout en raison de ses propriétés diurétiques. Il conseille l'usage de 150 à 200 grammes de graisse, auquel on peut ajouter des sardines, des harengs, mais surtout de la viande à discrétion et surtout de la mie de pain très blanc, car il faut en finir avec les vieilles croûtes. La mie de pain contient 87 p. 100 d'eau; c'est donc un aliment trompeur; en outre, 500 grammes ne contiennent guère plus de 28 grammes de fécule.

On peut également donner des pommes de terre à la condition qu'elles soient cuites à l'eau ou au four. Comme boisson, il faut insister sur le thé, le café, etc.

L'exercice est également un excellent moyen, puisque les muscles peuvent suppléer le foie au point de vue de ses fonctions glycogéniques.

Comme médicament, ce sont les nervins qui rendent le plus de service. L'opium empêchant la déperdition de sucre, est un bon médicament, mais sous ce rapport, il ne vaut pas l'antipyrine. C'est l'antipyrine qui diminue le plus la quantité d'urine. M. G. Sée l'emploie pendant quinze jours ou trois semaines, en même temps qu'un régime plus sévère, puis il revient au régime habituel, et, de la sorte, il permet au malade de naviguer longtemps entre l'antipyrine et le régime.

M. ROBIN ne peut que confirmer l'opinion de M. G. Sée, au sujet de la glycogénie et de l'azoturie à l'état physiologique.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

197. M. RÉCAMIER. Rapports du rein et son exploration chirurgicale. — 198. M. LARTET. Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez les enfants. Traitement par l'extension et la supination combinées à la flexion. — 199. M. CAIRON. Considérations sur quelques traumatismes de la région latérale du crâne. — 200. M. FASSINA. Des abcès de la rate dans les maladies infectieuses et particulièrement dans la maladie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours d'agrégation (chirurgie et accouchements) s'est terminé par les nominations suivantes :

Chirurgie. — Paris : MM. Nélaton, Tuffier et Ricard. — Montpellier : M. Estor. — Bordeaux : M. Villar. — Lille : M. Phocas. — Lyon : M. Gangolphe.

Accouchements. — Paris : M. Bar. — Bordeaux : M. Rivière. — Lille : M. Bureau.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le concours du Bureau central (médecine) vient de se terminer par la nomination de MM. Dreyfous, André Petit et Variot.

— *Hôpitaux du Havre.* — Les concours ouverts près lesdits hôpitaux viennent de se terminer par la nomination de M. Frottier comme médecin-adjoint et par celle de M. Engelbach comme chirurgien-adjoint.

— *Concours d'agrégation (anatomie et physiologie).* — La leçon de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation, aura lieu dans l'ordre suivant :

MM. Guinard, Retterer et Variot : « La cellule et son développement. » — MM. Abelous et Gley : « Ferments digestifs. » — MM. Meyer et Vialleton : « Travail musculaire. » — MM. Lapeyre et Hédon : « Régulation de la chaleur. »

— La seconde épreuve (exposé fait par les candidats eux-mêmes de leurs travaux personnels, aura lieu dans l'ordre suivant :

Anatomie. — MM. Retterer, Guinard et Variot.

Physiologie. — MM. Meyer, Vialleton, Hédon, Gley, Lapeyre et Abelous.

— Le sujet de la composition écrite du concours d'agrégation de physique, chimie et pharmacie était : « Rein, anatomie et physiologie. »

— *Concours du prosectorat.* — La première séance de ce concours est reportée au lundi 3 juin.

— *Concours de l'adjuvat.* — Les candidats ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Muscles moteurs du globe oculaire. »

La lecture des copies commencera vendredi prochain à quatre heures, dans l'ordre suivant : MM. Roques de Tursac, Mauclair, Fauré, Louis, Delagénière, Noguez et Chipault.

— Par décision ministérielle, en date du 15 mai 1889, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Martin, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Villiès, pour l'École de Saint-Maixent; Baudisson, pour le 6e bataillon de chasseurs à pied; Tayac, pour le 40e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Pelletier, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Simon, pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; Darbouet, pour le 108e d'infanterie; Aubin, pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 mai 1889, ont été nommés :

Pharmacien de l'hôpital Bichat : M. Guerbet; pharmacien de l'hospice d'Ivry : M. Cousin.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 mai 1889, un concours s'ouvrira, le 3 avril 1890, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, à l'École de médecine de Rouen.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Perroud (André), bachelier ès lettres, est délégué dans les fonctions de préparateur de chimie minérale, en remplacement de M. Lignon, démissionnaire.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Labbé est maintenu dans les fonctions de prosecteur.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Broussolle, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Fleurot, d'un cours de pathologie externe.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Bédard, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse, est chargé, en outre, d'un cours de physiologie à ladite École.

— Le Congrès international pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation se tiendra, du 17 au 22 juin, sous la présidence de M. Jules Simon, demeurant place de la Madeleine, 10.

Le Congrès international des œuvres d'assistance en temps de guerre se tiendra, du 17 au 20 juillet, sous la présidence de M. de Vogüé, demeurant rue Faber, 2.

Le Congrès international d'assistance publique se tiendra, du 28 juillet au 4 août, sous la présidence de M. le docteur Th. Roussel, demeurant rue des Mathurins, 64.

Le Congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme se tiendra, du 29 au 31 juillet, sous la présidence de M. le docteur Bergeron, demeurant boulevard Haussmann, 157.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur M. Jausion (de Saint-Paul-Cap-de-Joux).

— M. L. Guignard, professeur de botanique à l'École de pharmacie, fera sa prochaine herborisation le dimanche 26 mai dans la forêt de Carnelle. — Rendez-vous à la gare du Nord à dix heures un quart pour le train partant de Paris à dix heures quarante-cinq pour la station de Presles. — Prière de déjeuner avant le départ. — Retour à Paris à six heures cinquante-deux.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera une excursion géologique publique, le dimanche 26 mai, à Noisy-le-Sec, Pantin et Romainville. — Il suffit pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous gare de l'Est, où l'on prendra, à onze heures trente-cinq du matin, le train pour Noisy-le-Sec. — On sera rentré à Paris vers quatre heures.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 60. — SAMEDI 25 MAI 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 25 MAI 1889. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des manifestations cutanées et muqueuses de la syphilis héréditaire précoce (1).

Par M. le docteur L. JACQUET, ancien interne des hôpitaux.

VII

SYPHILIDE LENTICULAIRE. — Nous n'en avons pas fini avec l'érythème ; c'est encore lui que nous allons retrouver à l'origine de cette éruption, considérée à tort, par Parrot et Diday, comme une variété de la *syphilide en plaques*. Voici la description de Parrot et je dois dire tout d'abord qu'au point de vue objectif, elle est bien près d'être parfaite (2) : « C'est sans contredit, après la syphilide bulleuse, la plus simple, la plus nette, la plus facile à reconnaître. De toutes, c'est la plus dure, la plus solide. Elle se montre la dernière et, après elle, il semble que la peau soit épuisée pour la végétation. Presque toujours elle guérit spontanément, et avec elle s'éteint, d'une manière définitive, l'activité diathésique. On ne la voit jamais se développer en dehors des fesses, de la région postérieure des cuisses et des jambes, de la partie inférieure du scrotum et des grandes lèvres. Elle consiste en saillies lenticulaires, très aplaties ou demi-sphéroïdales, n'ayant jamais plus de 1 centimètre de large, violacées ou rouge-cerise. Leur centre, dont l'épiderme est aminci, plus lisse et plus luisant qu'à la périphérie, est rarement excorié, suintant, déprimé et circonscrit par une collerette épidermique.

Leur distribution a quelque chose de caractéristique, étant exclusivement groupées sous forme d'îlots, sur quatre régions qu'isolent certains plis du tégument, d'autant plus profonds que les enfants sont plus gros. Ce sont, en les énumérant de haut en bas : la fesse, la moitié supérieure de la cuisse, sa moitié inférieure et le mollet. Leur saillie et leur confluence sont à leur maximum sur la fesse et s'atténuent graduellement et d'une manière très notable sur les autres segments, dans l'ordre où je viens de les énumérer ; de telle sorte que la partie inférieure de la cuisse est, en général, faiblement atteinte et le mollet très rarement.

Dans chacune de ces régions, c'est la partie centrale qui présente les lésions les plus accentuées. Les papules y sont plus larges, plus saillantes et plus nombreuses qu'à la périphérie où, par une décroissance successive, elles dégénèrent en de simples taches. Il n'y en a jamais sur la peau des sillons. »

Parrot (1) avait précédemment décrit cette éruption sous le nom d'érythème papuleux, et la considérait comme une variété de l'érythème simple. Un peu plus tard, il en affirma la nature spécifique ; elle devint alors pour lui la *syphilide lenticulaire*. J'ai prouvé, par des faits, en 1886 (2), que cette prétendue syphilide était *toujours* la suite, le reliquat d'un érythème *vésiculeux* simple, grâce à la série des transformations suivantes :

1° Érythème vésiculeux des régions postérieures ;

2° Éclatement des vésicules, laissant à nu des érosions dermiques, plus ou moins agrandies, ordinairement isolées, arrondies, à fond rouge vif, saignant (*érosions post-vésiculeuses*) ;

3° Bourgeonnement du derme ainsi mis à nu et formation parfois très rapide, favorisée sans doute par les contacts irritants, de *pseudo-papules* (papules par *bourgeonnement dermique*, et non par infiltrat), ressemblant absolument à celles de la syphilis, et reproduisant exactement la forme, les dimensions et la *localisation* des érosions initiales (3) [*papules post-érosives*]. Cette localisation se fait par ordre de fréquence :

A la région fessière ;

Sur la convexité des régions crurale et jambière postérieure ;

Sur la base du scrotum et la partie inférieure des grandes lèvres ;

Exceptionnellement à la marge de l'anus (4).

Si maintenant, aidé de ces notions, l'on veut bien se reporter à la description de Parrot, on constatera, je pense, que sa teneur se comprend et s'éclaire. On trouvera tout simple « que la peau semble, après cette éruption, épuisée

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 521.

(2) PARROT. Loc. cit., p. 39.

(1) PARROT. *L'Athrepsie*, p. 103.

(2) L. JACQUET. *Revue des maladies de l'enfance*, 1886, p. 288.

(3) Parrot a très bien décrit (Cf. *L'Athrepsie*, p. 99) l'érythème vésiculeux et les érosions qui lui succèdent. C'est la *relation* entre ces érosions et les *papules* de sa fausse syphilide lenticulaire qui lui a échappé. On verra, saisie pour ainsi dire sur le vif, cette relation dans l'Observation I de ma thèse.

(4) Cf. Collect. Parrot, les pièces 8 et 63.

pour la végétation », que, « presque toujours, elle guérisse spontanément, et qu'avec elle s'éteigne, d'une manière définitive, l'activité diathésique », qu'elle ait des sièges de prédilection aussi fixes, qu'elle respecte *les sillons cutanés*, etc., etc.

Tous ces caractères un peu étranges, rapportés à une syphilide, sembleront naturels, ce mécanisme spécial connu et admis.

J'ai abandonné ma première dénomination d'érythème papuleux post-érosif, pour celle de *syphiloïde post-érosive* qui, dans ma pensée, devait rappeler, en même temps que le mode d'origine particulier à cette lésion, son analogie avec les syphilides. M. Sevestre (1), tout en confirmant, dans un très intéressant travail sur les érythèmes infantiles, les faits que j'ai avancés, propose la substitution du terme *érythème lenticulaire* à celui que j'adopte (2). Eh bien ! malgré toute la déférence que je professe pour mon maître, je m'en tiens à ma dénomination, non que je la trouve parfaite, tant s'en faut ; mais, en premier lieu, je l'avoue, parce qu'elle est de moi, et que, malgré ses défauts, je lui conserve une tendresse toute paternelle ; — mon maître ne m'en voudra pas, j'en suis sûr ; accessoirement aussi, parce qu'il ne s'agit pas là d'un érythème, mais de la *suite*, du *reliquat* d'un érythème, ce qui est bien différent, et qu'enfin l'éruption n'est pas forcément lenticulaire, car j'ai rapporté, dans ma thèse, un cas de syphiloïde post-érosive *en nappe* (3).

VIII

Syphilide tuberculeuse ou gommeuse. — On a englobé sous cette rubrique une série de lésions d'ordre disparate ; d'une part, en effet, dans les faits de Putégnat, Bassereau, Virchow, etc., il s'agit de tubercules ramollis, ulcérés, recouverts parfois de croûtes épaisses et noirâtres ; d'autre part, les cas de Barlow, Baumler, Taylor semblent se rapporter à des lésions analogues au furoncle. Enfin les descriptions les plus récentes, celles de Rinecker, Parrot, MM. Toutut (4), Sevestre s'appliquent à de petits abcès *sous-cutanés*, que ces auteurs regardent comme de véritables *gommes*. Je ne m'étendrai pas sur les deux premières catégories de faits ; ils sont rares, encore mal décrits et mal déterminés comme nature. Quant à ceux de la troisième, ils sont très fréquents et parfaitement étudiés, mais en dépit de l'opinion à peu près unanime, je crois leur spécificité contestable. Et d'abord, je dois mettre en garde contre le nom de syphilide *tuberculeuse* ou *gommeuse*, ou encore de *gommes de la peau* qu'on leur attribue ; il pourrait faire croire à leur *identité* avec les éruptions de même nom si fréquemment observées chez l'adulte. Or, il n'y a pas même analogie. Qu'on en juge : au début, petites masses indolentes, dures, variant de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'une cerise, *mobiles sous la peau*, mais ne tardant pas à lui adhérer. Il existe alors une saillie violacée qui, comprimée, laisse voir à son centre une tache d'un blanc jaunâtre ; c'est la matière ramollie de la tumeur, aperçue par transparence à travers la peau amincie. Il se fait, en ce point, une petite ouverture circulaire donnant issue au contenu qui est généralement du pus bien lié. La petite cavité ainsi constituée se comble rapidement, et, au bout de trois ou quatre jours, l'*orifice central s'est refermé*, et il ne reste plus qu'une petite cicatrice ponctuée indélébile.

Ces gommes se voient principalement sur la peau des fesses, des cuisses et des jambes, aux régions postéro-externes. On les rencontre souvent aussi sur le tronc, assez souvent dans le cuir chevelu, et parfois aux mains et aux pieds (Sevestre). Elles sont ordinairement assez nombreuses et toujours disséminées. On les observe surtout à partir du quatrième mois, mais elles peuvent être plus précoces.

Somme toute, cette description que je résume d'après Parrot et M. Sevestre, et qui, je le répète, est fort exacte, s'applique à de petits abcès *sous-cutanés*, à évolution *rapide*, sans aucune tendance *ulcérative*. Ils ne sauraient être rapprochés à aucun point de vue des *gommes* de la peau [syphilide tuberculeuse de M. Fournier (1)]. Peut-on, tout au moins, les comparer aux *gommes vraies* ou gommes sous-cutanées? Comme siège, oui, ce n'est pas douteux ; comme caractères histologiques, c'est possible encore, mais comme évolution, non pas ; elles n'ont ni leur marche lente, ni leur bourbillon, ni leurs tendances ulcératives. De plus, s'il est vrai qu'on les rencontre très fréquemment chez des enfants notoirement syphilitiques, je crois pouvoir affirmer qu'elles existent aussi parfois chez des sujets simplement débilités et athrepsiques. M. Toutut lui-même cite une observation de ce genre dans sa thèse (2). J'hésite donc, je l'avoue, malgré toute l'autorité de Parrot et de M. Sevestre, à accepter franchement leur spécificité et je serais plutôt tenté d'y voir une *complication*, dont les lésions locales de la syphilis et le mauvais état général qu'elle crée favoriseraient l'éclosion.

IX

Syphilide phlegmoneuse. — Ce nom est appliqué par Barlow (3) et par Zantiotis (4), à des cas un peu différents ; ceux de Barlow me paraissent rentrer dans la catégorie des abcès sous-cutanés, dont il vient d'être question. Ceux de Zantiotis ressortissent à des érythèmes phlegmoneux ou plutôt diffus, plus ou moins étendus et toujours très graves. Il en cite deux observations, chez des enfants héréditairement infectés. J'en ai vu plusieurs, moi aussi, ce n'est donc pas là une rareté. Tantôt tout se borne à une plaque érysipélateuse de la face, du tronc ou des membres, plaque qui peut disparaître en quelques jours, et c'est là le premier degré de la lésion ; tantôt la plaque augmente d'étendue, la tuméfaction et la fluctuation apparaissent et il peut se faire *spontanément*, si l'on n'intervient pas, une ouverture par où s'écoule du pus en abondance et du tissu cellulaire sphacélé. Dans ces cas, les téguments sont envahis et décollés avec une rapidité parfois vraiment effrayante. Dans une de mes observations, la rougeur avait débuté sur les parties latérales du cou, avait gagné l'aisselle, le thorax, et, à l'autopsie, je trouvai une nappe purulente dans toute cette étendue. Ce sont donc là, je le répète, de véritables phleg-

(1) A. Sevestre. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1887, p. 450.
(2) A. Sevestre. *Progrès médical*, 1889, p. 1 et 2.
(3) L. Jacquet. Loc. cit., p. 26.
(4) Toutut. Thèse de Paris, 1887.

(1) Pour s'en convaincre, Cf. l'article de M. Barthélemy, in *Dictionnaire de Jaccoud*, p. 525.
(2) Toutut. Loc. cit., p. 53.
(3) Barlow. Case of phlegmonous syphilides, *The Lancet*, 4 nov. 1876.
(4) Zantiotis. *Gazette hebdomadaire*, 1886, p. 832.

mons diffus sous-cutanés, et si Zantiotis a bien fait de signaler leur fréquence chez les enfants vérolés, je ne vois rien en revanche qui l'autorise à admettre leur nature spécifique.

X

Syphilide vésiculo-pustuleuse ou ecthymateuse. — Les auteurs sont pauvres en détails sur ces variétés. D'après Parrot (1) ce serait là une forme rare et tardive constituée par des vésicules dont le contenu devient rapidement purulent, et par des pustules d'ecthyma qui apparaissent sur des plaques rouges et se développent successivement et avec une grande rapidité. Leur pourtour est violacé et leur tendance à l'ulcération des plus marquées. Jamais l'éruption n'est généralisée; l'abdomen semble être un de ses sièges de prédilection.

Quelques auteurs décrivent aussi une *acné*, un *impetigo syphilitique*. Ces diverses éruptions ne correspondent, en réalité, à aucune variété essentielle de syphilide, et, au point de vue de l'origine, doivent vraisemblablement être rangées en deux catégories : dans la première, rentrent les éruptions qu'un aspect un peu insolite a empêché de rapporter à leur véritable cadre; c'est ainsi qu'on a décrit sous le nom d'*ecthyma syphilitique* des cas de syphilide *papulo-bulleuse* à bulles ulcérées, ou encore sous le nom d'*impetigo spécifique*, des cas de syphilides papuleuses couvertes de croûtes jaunâtres épaisses, comme cela se voit, à la face, par exemple. Dans la seconde, il s'agit de lésions banales, probablement d'origine microbienne, et qui, de même que les abcès sous-cutanés, et les érythèmes phlegmoneux mentionnés plus haut, sont plus fréquents, sans doute, chez les enfants syphilitiques; ce qui amènera à reconnaître pour eux toute l'importance de l'*antisepsie cutanée* (Sevestre).

XI

Syphilide ulcéreuse. — Encore une étiquette dermatologique des plus contestables et d'ailleurs des plus contestées; presque tous les auteurs (Parrot, Diday, Sevestre, etc.) conviennent, en effet, qu'il n'y a là qu'une simple complication des diverses variétés de syphilides, et non une syphilide spéciale. Mais si le mot est mauvais, la lésion existe et elle vient si fréquemment compliquer les syphilides et en dénaturer l'aspect qu'il est indispensable de l'étudier avec quelques détails.

Presque toutes les éruptions spécifiques, quel que soi leur siège, peuvent chez les enfants subir la transformation ulcéreuse, mais c'est surtout aux régions postérieures que le fait se produit fréquemment et de façon caractéristique. Il peut se montrer sous *deux* formes principales qui ne me paraissent pas avoir été suffisamment distinguées par les auteurs (2) : une forme diffuse et superficielle, une forme limitée et profonde, ecthymatoïde. Elles peuvent d'ailleurs coexister. La première, dont la pièce n° 53 (collection Parrot) est un exemple, apparaît *exclusivement* aux fesses et à la partie postéro-interne des cuisses et des jambes, lorsque ces régions ont été le siège d'une éruption confluente.

Elle est caractérisée par de vastes surfaces superficiellement exulcérées, à bords irréguliers, à fond rose ou gris rosé, sur lequel apparaît un fin piqueté rouge, constitué par la *mise à nu* du corps papillaire. Il s'agit donc là, en réalité, d'une sorte de sphacèle de l'*épiderme*; cette lésion peut être très étendue, et, quand elle a gagné la totalité des fesses et la partie postérieure des cuisses et des jambes, elle forme alors dans son ensemble une sorte de vaste fer à cheval. Elle se constitue avec rapidité et lorsque l'état général s'améliore elle disparaît de même. Dans le cas contraire, elle peut se creuser davantage et devenir purulente. Dans certains cas, au lieu d'être diffuse, cette forme peut se limiter et se présenter sous la forme de plaques arrondies ou ovalaires à bords réguliers, légèrement décollés, à fond rosé piqueté de rouge. Cela s'observe, par exemple, dans la syphilide papuleuse des fesses (Cf. collection Parrot n° 27). Il s'agit là encore, qu'on le remarque bien, non d'une syphilide ulcérative, mais d'une plaque papuleuse au niveau de laquelle s'est limité le processus de gangrène épidermique dont il vient d'être question.

Je n'ai certainement pas épuisé les variétés d'aspect que peut revêtir cette lésion; il me paraît suffisant d'indiquer les principales et surtout de faire ressortir son manque absolu de spécificité; c'est une altération banale qui s'attaque parfois aux enfants atteints d'érythème athrepsique simple, chez qui la peau participe au peu de vitalité de l'être tout entier; il n'est point étonnant, alors, de voir l'épiderme, macéré et comprimé aux régions postérieures, se détacher et s'effriter pour ainsi dire.

La seconde forme, au moins aussi fréquente, est plus limitée, plus profonde, d'apparence ecthymateuse. Voici ses caractères d'après Parrot : « Le mal occupe les régions anales et ischiatiques, le scrotum et la partie la plus postérieure et la plus élevée des cuisses. Les ulcérations commencent par les plaques, mais elles n'y restent pas limitées et s'étendent aux parties voisines, envahissant rapidement de larges surfaces. Elles sont ordinairement profondes, et, par la netteté de leurs bords, semblent comme taillées à l'emporte-pièce. Leur fond est d'un rouge saumon, d'autres fois gris ou jaunâtre. Elles sont le siège d'un suintement séreux et saignent facilement. Il est très rare qu'elles couvrent une grande étendue sans discontinuité; presque toujours elles affectent la disposition de rigoles très sérieuses, de largeur et de profondeur variables, qui circonscrivent des îlots de peau. L'apparence du tégument altéré de la sorte est celle du drap lorsque certaines larves y ont cheminé en le rongeant. » Cette description est très exacte; on s'en convaincra en examinant les pièces n°s 54 et 85 du musée (collection Parrot). Les auteurs sont muets sur la nature de ces ulcérations; peut-être est-ce là une sorte de phagédénisme particulier, probablement d'origine microbienne, à rapprocher de l'*ecthyma térébrant*, qui s'en distingue par son apparition *spontanée*, sans lésions antérieures, son *évolution suraiguë*, sa *gravité* et parfois sa *généralisation*.

XII

Lésions des annexes de la peau. — A. *Onyxis et péri-onyxis*. — Ces altérations unguéales, quoique fréquentes, n'ont pas encore été étudiées avec toute la netteté désirable, et l'on s'entend peu sur la valeur qu'il convient de leur attribuer. L'*onyxis sec* serait une conséquence fréquente de l'érythème squameux : l'ongle perd sa transparence, son poli et se

(1) Parrot. Loc. cit., p. 121.

(2) Je dois dire cependant que Parrot a très bien décrit la seconde (Loc. cit., p. 38).

couvre de stries longitudinales, puis se détache et fait place à un ongle nouveau. Il n'est pas rare de voir ainsi la chute et le remplacement du même ongle s'effectuer plusieurs fois de suite (Madier-Champvermeil). Ce que j'ai dit de l'érythème squameux lui-même explique suffisamment ma réserve au sujet de cette lésion.

Le *péri-onyxis ulcéreux vrai*, c'est-à-dire le bourrelet rouge, ulcéré, quelquefois légèrement fongueux, qui se forme autour de l'ongle, et peut après suppuration plus ou moins prolongée amener sa déviation ou son élimination, a la même valeur que chez l'adulte, et comme chez lui n'est, en somme, qu'une *syphilide* siégeant au niveau de la matrice unguéale. Je le crois rare. Quelques auteurs (Doublet, Albers, Bertin, Gerhardt, Bouchut) ont cité des cas de péri-onyxis multiple et même généralisé aux vingt doigts. Quelques autres (Parrot, Sevestre), sans contester ces faits, leur refusent pourtant une signification aussi absolue. Il est possible que des lésions non spécifiques puissent amener un aspect analogue au péri-onyxis, ce qui expliquerait ces dissidences.

B. *Alopécie.* — Certainement très fréquente, elle n'est ni identique à celle de l'adulte, ni aussi significative. Mais cela tient évidemment, comme l'a fort bien remarqué M. Sevestre, à ce que la chute des cheveux est, à un certain moment de la vie de l'enfant, un phénomène *physiologique*, ceux qu'il présente à la naissance étant destinés à tomber quelques semaines plus tard pour être remplacés, après un temps variable, par d'autres de couleur différente et généralement plus pâle.

Ajoutons que, si l'influence nocive agit de très bonne heure sur le cuir chevelu, elle peut se traduire en empêchant les cheveux de pousser (Parrot).

Pour toutes ces raisons, la physionomie de cette lésion est autre que chez l'adulte : au lieu de l'alopécie en clairière si caractéristique, on observe des *bandes chauves* ordinairement limitées aux régions postéro-latérales (Parrot) ou, au contraire, fronto-pariétales (Barlow et Diday). Les cheveux sont courts, lanugineux, décolorés; çà et là on en voit de plus longs, ayant toutes les apparences de l'état normal. Enfin, chez quelques enfants, le crâne est recouvert d'un duvet soyeux, très inégalement distribué à sa surface.

On a noté aussi la chute des cils; elle est très rare; celle des sourcils est plus commune, mais s'explique ordinairement par la fréquence des éruptions papulo-squameuses à ce niveau. Somme toute, en tenant compte du peu de précision de tous ces caractères, et, d'autre part, en songeant au peu de vitalité des cheveux chez les enfants débiles, qui présentent souvent des plaques alopéciques notamment à la région *sous-occipitale*, comprimée presque en permanence, on aura peu de peine à conclure avec M. Sevestre que l'alopécie est loin d'avoir ici la même valeur diagnostique que dans la syphilis acquise.

XIII

DIAGNOSTIC. — Quoique j'aie, chemin faisant, prémuni contre un certain nombre de causes d'erreur, force m'est de revenir ici de façon plus spéciale sur le diagnostic, quelques particularités importantes n'ayant pu trouver place dans le cadre tout artificiel que j'ai suivi. En premier lieu il faut résolument se défaire du type classique du *petit vérolé*, véritable cliché clinique, toujours reproduit depuis Lameuve : on a positivement abusé du *petit vieillard* et Parrot a rendu un véritable service en montrant que, dans ces descriptions où l'on a accumulé complaisamment les marques « de toutes les décrépitudes », rien n'appartient *en propre* à la syphilis. En réalité, l'enfant syphilitique peut naître et naît fréquemment, on ne saurait trop le répéter, avec les plus belles apparences; s'il est malade en venant au monde, il est en proie à la forme bulleuse de la syphilide polymorphe et la face est presque toujours *respectée;* et quand celle-ci est envahie, les papules, les fissures, les croûtes peuvent étrangement l'altérer et le défigurer, mais l'enfant reste gras plutôt que maigre, et enfin c'est seulement quand la cachexie a fait des progrès, et qu'est survenue l'*athrepsie*, que la face s'amaigrit et revêt l'expression souffreteuse et vieillote, indice d'une vie qui s'éteint.

Par contre, on doit se rappeler aussi que parfois les lésions cutanées et muqueuses sont *réduites au minimum*, et quand, chez un enfant âgé de quelques semaines ou de quelques mois, on voit survenir une décrépitude dont on ne trouve pas la raison, il faut penser à la syphilis et être à l'affût des moindres signes révélateurs (Sevestre). La lésion la plus discrète, quelques macules squameuses, un coryza sanieux, une fissure labiale, etc., seront parfois les seuls stigmates extérieurs d'un mal qui a déjà profondément troublé l'organisme.

Je ne puis m'étendre sur les moyens généraux de diagnostic des syphilides ; ni leurs sièges de prédilection (fesses, cuisses, paume et plante, pourtour des orifices), ni leur coloration, *cuivrée ou maigre de jambon*, mais plus souvent encore d'un *gris violâtre* indéfinissable, ne sont des caractères suffisamment précis. Tout au moins, sera-t-il aisé le plus souvent, en se rappelant les termes des descriptions classiques, d'éviter les confusions avec les éruptions non spécifiques. Ainsi la *roséole simple* des nouveau-nés, faite de taches très confluentes, d'un rose vif, sans saillie, très éphémères, rappelant celles de la rougeole, n'en imposera pas pour la roséole syphilitique; pas plus d'ailleurs que la *roséole vaccinale*, qui dépasse *rarement* le voisinage des pustules et consiste en taches circulaires, d'un rose très vif; ni que la *rougeole* (fièvre, catarrhe laryngo-trachéal), ni enfin que l'*érythème athrepsique*, presque toujours localisé aux régions postérieures et qui, d'abord constitué par de simples taches, passe rapidement à une rougeur uniforme, parsemée de *vésicules* blanches.

Dans ses formes ordinaires, la syphilide papuleuse polymorphe sera toujours facile à reconnaître. Dans ses formes bulleuse et papulo-bulleuse, le *pemphigus simple*, déjà mentionné avec détails, la *varicelle*, rare chez les nouveau-nés; les éruptions *vaccinales* ne pourront guère prêter à confusion, pas plus que le *prurigo d'Hebra* (lichen strophulus), affection commune débutant par de *très petites* papules accompagnées de démangeaisons vives et d'urtication, ou l'*urticaire pigmentée*, affection très rare, caractérisée par des papules ortiées; des plaques *brunâtres* maculeuses ou papuleuses, assez larges, et des poussées vésiculo-bulleuses.

Indépendamment des éruptions prises dans leur ensemble, les *nids à syphilides*, tels que la face et le foyer ano-génital, prêtent à quelques remarques particulières.

A la face, toutes gourmes doivent être suspectées, et si le mal siège au menton, au pourtour de la bouche et des narines, dans les sourcils; si, au-dessous des croûtes, il y a des surfaces rouges, suintantes, excoriées, l'hésitation disparaîtra d'elle-même.

Au *foyer génital* se voient des lésions syphiloïdes d'un

diagnostic extrêmement délicat. M. E. Besnier (1) et M. Feulard (2) en ont publié chacun un cas. M. Hallopeau en a observé et fait mouler deux autres (3). M. E. Besnier en a montré un nouvel exemple à l'une des dernières réunions dermatologiques de l'hôpital Saint-Louis. Il ne s'agit donc pas là à proprement parler de raretés ; le lien commun entre ces divers cas est leur aspect *vacciniforme*; il se fait à la région *ano-génitale*, et à la face supéro-interne des cuisses, des saillies papuleuses, de dimensions variables, de forme arrondie, à centre exulcéré ou croûtelleux, entouré d'un petit bourrelet blanc grisâtre, d'aspect couenneux avec aréole rosée périphérique.

Je ne reviendrai pas ici sur la *syphiloïde post-érosive* des fesses, lésion facile à reconnaître en raison du mode de groupement particulier de ses éléments, mais je dois une mention aux formes d'ecthyma spéciales aux enfants et connues sous les noms d'ecthyma infantile aigu, d'ecthyma ulcéreux, d'ecthyma térébrant, etc. (4); elles seraient très embarrassantes si l'absence d'autres lésions, et leur évolution très rapide ne servaient à lever les doutes.

Somme toute, il faut bien le dire, le diagnostic de la syphilis infantile précoce est parfois entouré des plus grandes obscurités ; sans compter que, la vérole reconnue, on aura encore à se mettre en garde contre la possibilité d'une infection *non héréditaire*, d'une *syphilis infantile acquise*. Mais celle-ci, on le sait, naît toujours d'un *accident primitif*, d'un *chancre*, quels que soient son siège et son mode d'origine (infection par l'entourage de l'enfant, par la vaccine, la circoncision, etc.). Il n'est pas indifférent, tant s'en faut, d'établir le diagnostic, la gravité étant bien différente dans les deux cas : « L'hérédo-syphilis tue quantité d'enfants au seuil de la vie, dans leurs premiers jours, leurs premières semaines, leurs premiers mois ; sans parler de ceux en plus grand nombre encore, qu'elle tue *in utero*, si bien qu'au total, sur 100 enfants, issus de parents syphilitiques, il en est, suivant diverses statistiques, de 70 à 83 qui succombent à divers termes, par le fait de leur infection héréditaire » (Fournier). Tandis qu'au contraire, sur une statistique totale de 42 cas de syphilis acquise, observés en ville, ce qui change, il est vrai, beaucoup les conditions, M. Fournier n'a eu que 1 cas de mort, par athrepsie et complications pulmonaires. Je n'ai pas à m'étendre ici sur le pronostic de l'hérédo-syphilis, mais j'en ai assez dit pour montrer que si l'axiome de Ricord : « La syphilis est la meilleure des cachexies », est vrai, quand il s'agit de l'infection acquise, il faut, par contre, considérer l'infection héréditaire comme le plus terrible fléau de l'enfance.

XIV

Tout en suivant pas à pas, ou peu s'en faut, le tableau classique des manifestations cutanées et muqueuses de l'hérédo-syphilis, j'ai essayé de montrer qu'il était *réductible*, que certaines de ces manifestations sont à tort regardées comme spécifiques ; que d'autres *sont* de simples *modalités* éruptives et non des espèces distinctes ; que d'autres enfin, simples complications, ne doivent pas être regardées comme des parties essentielles du tableau nosologique. Je crois devoir, pour plus de clarté, résumer ici les modifications que je propose d'apporter au classement de ces symptômes :

1° Le pemphigus syphilitique, autrefois discuté comme nature ou considéré comme *espèce* éruptive spéciale à la syphilis héréditaire, doit être restitué à la syphilide papuleuse polymorphe, dont il est une simple variété expliquée par l'état de la peau dans les derniers jours de la vie fœtale ou les premiers moments de la vie extra-utérine.

2° La syphilide en plaques, ou mieux, la syphilide papuleuse polymorphe est constituée comme l'expression la plus commune de la maladie.

Elle englobe les variétés : *maculo-squameuse* (roséole pour quelques auteurs); — *bulleuse* (pemphigus syphilitique); — *papulo-érosive* (plaques muqueuses de la peau); — *circinée;* — *psoriasiforme ;* — *fruste.*

La plupart des accidents des muqueuses ressortissent à elle, en particulier : les *fissures labiales ;* — les *plaques bucco-linguales ;* — les *plaques ano-génitales ;* — probablement aussi le *coryza* (plaques pituitaires).

3° Il est nécessaire de faire une place à part à la syphilide *acnéiforme*, espèce mal décrite, assez fréquente pourtant, certainement distincte de la précédente.

4° La syphilide lenticulaire (*syphiloïde post-érosive*) est déchue de sa spécificité, et restituée à l'érythème vésiculeux, dont elle est une annexe.

5° La syphilide phlegmoneuse, mot qui s'applique à des érythèmes infectieux et aux phlegmons diffus du nouveau-né, doit être également effacée du tableau.

6° La syphilide ulcéreuse est, de l'aveu unanime, considérée comme une simple complication des diverses variétés de syphilides.

7° La nature spécifique de l'*érythème squameux* (Madier-Champvermeil), de la syphilide vésiculo-pustuleuse (Parrot), de la syphilide tuberculeuse ou gommeuse, reste en suspens jusqu'à enquête plus précise.

(1) E. Besnier. Syphilis et syphiloïdes infantiles, *Bulletin médical*, juin 1887.

(2) Feulard. Éruption papuleuse d'aspect vacciniforme, *France médicale*, 1887, n° 74.

(3) Musée de Saint-Louis, nos 1332 et 1861.

(4) Cf. au Musée les nos 420 et 535.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mai 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

DISCUSSION SUR L'ABLATION DES TUMEURS FIBREUSES UTÉRINES PAR LA VOIE VAGINALE

M. **Bouilly** ne peut qu'appuyer entièrement la pratique de M. Terrillon relativement aux fibromes sous-muqueux et interstitiels ; cette opération est bénigne et efficace, il l'a faite cinq fois depuis 1887 et a obtenu quatre guérisons et une mort. La première malade, âgée de trente ans, présentait de vives douleurs, des hémorrhagies depuis dix ans et un écoulement fétide dû à une portion gangrénée du fibrome; la masse était friable et ramollie; il a opéré cette malade le 14 juillet 1887, elle est restée guérie.

Une autre femme de cinquante ans, à laquelle il avait d'abord fait la double castration, a vu les hémorrhagies reparaître au bout d'une année ; en l'explorant, il a reconnu que le fibrome s'était énucléé spontanément. Il l'a retiré par morceaux pesant dans leur totalité 950 grammes. Chez deux autres malades atteintes des mêmes accidents, il a également morcelé la tumeur, pesant 900 grammes chez l'une et 1200 grammes chez l'autre. Dans ce dernier cas, l'opération eut lieu en deux temps à cause de l'abondance de l'hémorrhagie; d'ailleurs, l'intervention fut plus aisée la seconde fois, car la tumeur s'était abaissée. Malheureusement, la perte de sang avait été très abondante, et, vingt-

quatre heures après l'opération, la malade succombait. Enfin, la dernière opérée est en bonne voie de guérison. En résumé, M. Bouilly croit qu'en présence de semblables tumeurs, on ne doit pas hésiter à tenter leur extraction par la voie vaginale; il est inutile pour cela d'attendre qu'elles se soient engagées; il suffit qu'elles aient fait quelques avances par différentes manifestations.

M. GUÉNIOT dit qu'il faut établir une distinction entre les fibromes sessiles et les fibromes pédiculés de l'utérus. Pour les premiers, grâce à l'antisepsie et aux procédés hémostatiques actuellement en usage, les chirurgiens peuvent se montrer hardis, sectionner ou même reséquer le col pour arriver sur ces tumeurs; aussi M. Guéniot est-il d'accord avec M. Terrillon sur les avantages du procédé de morcellement appliqué par M. Péan à l'ablation de ces tumeurs.

Quant aux gros polypes, en raison de leur vascularité, M. Guéniot croit qu'il faut toujours être prudent dans les opérations destinées à les enlever. C'est pourquoi il a imaginé une anse spéciale à laquelle il a donné le nom de compresseur métallique.

M. SEGOND fait observer que les tumeurs fibreuses utérines donnent lieu à des indications très variées. M. Guéniot vient de parler des polypes; mais M. Terrillon, dans sa communication, n'avait en vue que les fibromes interstitiels de la cavité utérine. Relativement à ces tumeurs, M. Segond appuie les conclusions de M. Terrillon. Il a eu à intervenir quatre fois dans les mêmes conditions, et il résulte pour lui, de ces faits, que lorsqu'il s'agit de fibromes uniques pas très volumineux, tangibles, accessibles, on peut, à l'aide de sections multiples, après ouverture, dilatation ou section du col, enlever ces tumeurs morceau par morceau.

Il appuie donc entièrement les propositions de M. Terrillon relativement à la valeur de l'extirpation des fibromes utérins par la voie vaginale. Toutefois, cette opération n'est-elle pas, dans certains cas, d'une gravité exceptionnelle, soit qu'il s'agisse d'ablations incomplètes ou de perforations de l'utérus? Il peut donc y avoir des cas dans lesquels ce mode d'intervention est très grave, et M. Segond demande à M. Terrillon de fixer les limites de cette intervention. D'après la thèse de M. Secheyron, ces limites n'existent pas et l'on est effrayé, en voyant les figures représentées dans cette thèse, de l'importance des tumeurs que l'on propose d'enlever par la voie vaginale. Il y a lieu de se demander si, dans ces cas-là, à partir d'un certain degré relativement au volume de la tumeur, il n'est pas préférable de recourir à la voie abdominale.

M. POZZI ne croit pas qu'on doive aborder par la voie vaginale les grosses tumeurs. En effet, une opération compliquée par la voie vaginale est plus grave qu'une opération simple par la voie abdominale. Dans ces cas de grosses tumeurs, on agit un peu à l'aveugle. Il faut donc être sûr des limites de la tumeur avant de s'arrêter à tel ou tel mode d'ablation.

Quant à la question secondaire des polypes soulevée par M. Guéniot, M. Pozzi déclare s'être bien trouvé de l'emploi d'un anneau élastique, en caoutchouc, qu'il glisse le long de la tumeur jusqu'au niveau de son pédicule. Il trouve, d'ailleurs, que les craintes de M. Guéniot pour les hémorrhagies sont exagérées. Pour les éviter, M. Pozzi, en faisant la section du pédicule, en pratique en même temps la torsion. Il ajoute qu'avec un bon tamponnement iodoformé on pourrait facilement venir à bout de ces hémorrhagies. Il reste toujours, d'ailleurs, la ressource de la forcipressure.

M. DESPRÉS a souvent enlevé des polypes gros comme une tête d'adulte. Quant aux fibromes interstitiels, il n'y touche pas. Il rappelle que l'opération proposée par M. Terrillon n'est pas nouvelle; Huguier et Maisonneuve l'avaient déjà décrite et exécutée. Il y a une thèse de M. Guyon sur ce sujet. Cette opération n'est donc pas nouvelle. Elle n'est pas non plus sans inconvénients, à cause de la dilatation brusque du col qu'elle nécessite. Enfin, en cherchant à enlever ces fibromes interstitiels, on s'expose trop souvent à perforer l'utérus.

Quant aux polypes, s'ils ne sont pas trop volumineux, on pourra facilement passer autour d'eux tous les instruments que l'on voudra, si l'on a soin de coucher les malades sur le côté, excellente position pour ces sortes d'opérations. Si le polype est trop gros, on a toujours la ressource du morcellement enseigné par M. Péan. Qu'on enlève d'abord tout ce qui est saillant, on enlèvera ensuite facilement le reste.

M. GUÉNIOT répond à M. Pozzi qu'en raison de la vascularisation du corps fibreux, l'hémorrhagie est beaucoup plus fréquente et beaucoup plus à craindre qu'il ne semble le croire. Or il faut toujours redouter l'hémorrhagie pour ces malades déjà anémiées par des pertes de sang antérieures. Il faut donc préférer les procédés qui mettent le mieux à l'abri de ces hémorrhagies.

M. DESPRÉS dit que les corps fibreux de l'utérus ne saignent pas, tandis que les polypes saignent.

COMMUNICATION

Des rapports de l'aïnhum avec les amputations congénitales. — **M. RECLUS** fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

PRÉSENTATIONS

Ablation des corps étrangers de l'estomac. — **M. TERRIER** présente un malade qui avait avalé une fourchette qu'il lui a enlevée de l'estomac. Ce jeune homme vint à l'hôpital quelques heures après. M. Terrier sentant très nettement le manche de la fourchette au niveau de l'ombilic, fit une incision sur la ligne médiane, entre l'ombilic et l'épigastre, tomba sur l'estomac, trouva le corps étranger et put l'extraire très facilement. M. Terrier s'est toujours étonné de voir des chirurgiens proposer de faire, dans ces cas, une incision latérale; il a toujours pensé qu'une incision médiane serait bien préférable. Cette incision médiane doit être, selon lui, exploratrice en même temps que curative. Chez ce malade, l'incision abdominale étant faite, il attira entre ses doigts l'estomac avec la fourchette hors de la plaie, ouvrit l'estomac pour ainsi dire hors de la plaie abdominale, retira le corps étranger, sutura l'estomac, muqueuse et séreuse, le rentra dans l'abdomen, sutura le péritoine, puis la paroi. La durée totale de l'opération a été de trente-cinq minutes.

M. Terrier avait fait des recherches sur le cadavre et il avait vu qu'il était très facile d'arriver sur l'estomac en faisant une incision sur la ligne médiane entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. On rencontre de suite le lobe gauche du foie, la petite courbure de l'estomac qu'on distingue assez facilement du colon transverse. Cela fait, on attire l'estomac hors de la plaie de façon à en faire l'ouverture hors de la cavité abdominale.

M. OLLIER avait étudié la question à propos du malade opéré par M. Labbé qu'il a eu l'occasion de voir à Lyon et qu'il se proposait d'opérer. Il avait étudié comparativement l'incision latérale et l'incision médiane. En particulier, pour ce malade, il s'était arrêté à l'incision latérale parce qu'on sentait le corps étranger sur le côté et non sur la partie médiane. Il rappelle que, dans beaucoup de cas, on éprouve les plus grandes difficultés à sentir le corps étranger.

M. POLAILLON a enlevé une fourchette de l'estomac d'un homme chez lequel on ne pouvait sentir aucun corps étranger. C'est en déplaçant la fourchette à l'aide d'un fort aimant qu'il arriva à en révéler la présence. Quand on ne sent pas le corps étranger, il vaut mieux faire l'incision latérale; quand on le sent il est préférable de faire l'incision médiane.

M. TERRIER préfère dans tous les cas l'incision médiane qui peut n'être qu'exploratrice.

Synovite fongueuse du poignet. — **M. DELORME** présente un malade qui était atteint de synovite fongueuse de la gaine synoviale des fléchisseurs de la main droite, qu'il a traité avec succès par l'incision, la discision et le raclage des fongosités. Tous les doigts ont conservé leurs mouvements, sauf le petit doigt dont le tendon avait été détruit par les fongosités.

Polype fibreux calcifié de la paroi abdominale. — M. KIRMISSON présente un énorme polype fibreux calcifié qu'il a extrait de la paroi abdominale antérieure d'un jeune homme de dix-huit ans. Le début de cette tumeur remontait à deux ans et demi. Pour enlever complètement la tumeur, M. Kirmisson a dû exciser une petite portion du péritoine. Il en a fait ensuite la suture, a fermé la plaie et le malade a très rapidement guéri.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

201. M. SANGUINET. Étude sur la syphilis héréditaire de l'œil. — 202. M. EPHREMOVITCH. Une courte étude dans le domaine de l'alcoolisme. — 203. M. ROBERT. De l'acné décalvante. — 204. M. GRELLETY-BOSVIEL. Contribution à l'étude des lésions buccales dans la fièvre typhoïde. — 205. M. GONTHIER. Étude sur les inhalations d'oxygène dans la diphthérie. — 206. M. POURCELOT. De l'entéroptose.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (anatomie et physiologie). — L'épreuve orale d'une heure, après quarante-huit heures de préparation libre, commencera lundi 27 mai, à une heure. Les candidats passeront dans l'ordre suivant :

Lundi : MM. Variot et Retterer. — Mardi : MM. Guinard et Lapeyre. — Mercredi : MM. Meyer et Abelous. — Vendredi : MM. Vialleton et Gley. — Samedi : M. Hédon.

— *Concours d'agrégation (physique et chimie).* — Les questions tirées à l'épreuve orale de trois quarts d'heure ont été, mercredi et jeudi, les suivantes :

M. Barthe : « Les eaux distillées. » — M. Monange : « États allotropiques des métalloïdes. » — MM. Fauconnier et Denigèze : « Les eaux potables. »

— *Cours d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris.* — L'excursion du samedi 25 mai aura lieu, à neuf heures du matin, dans une fabrique de produits dérivés du goudron, route de Flandre, nº 100. On visitera ensuite une fabrique de cuirs vernis. — Moyens de transport : tramway d'Aubervilliers, descendre à la station des Quatre-Chemins ; omnibus de Saint-Sulpice à la Villette ; chemin de fer de Ceinture.

— Pour raison de santé, M. le professeur Bouchard suspend momentanément le cours de pathologie et de thérapeutique générales. Il le reprendra dans quelques jours.

— Le Congrès international de thérapeutique se tiendra, du 1er au 5 août, sous la présidence de M. le docteur Moutard-Martin, demeurant boulevard Haussmann, 136.

Le Congrès international d'hygiène et démographie se tiendra, du 4 au 11 août, sous la présidence de M. le professeur Brouardel, à l'École de médecine.

Le Congrès international de zoologie se tiendra, du 5 au 10 août, sous la présidence de M. Milne-Edwards, demeurant rue Cuvier, 57.

Le Congrès international de psychologie physiologique se tiendra, du 5 au 10 août, sous la présidence de M. le professeur Charcot, demeurant boulevard Saint-Germain, 117.

— Ivry-la-Bataille (Eure) est actuellement sans médecin. — Pour renseignements, s'adresser au maire de cette commune.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 61. — MARDI 28 MAI 1889. 62e ANNÉE. MARDI 28 MAI 1889. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Signes immédiats de la mort.

I

On a fondé beaucoup de prix à décerner à celui qui trouverait un signe pathognomonique de la mort. Ce signe n'existe pas. Aussi a-t-on prétendu que la déclaration de la mort réelle était une déclaration incertaine. Il y a bien un ouvrage où il est démontré péremptoirement que Napoléon n'a jamais existé!

Cependant, une somme de faits, incertains isolément, peuvent donner par leur ensemble une preuve certaine. Dans la fièvre typhoïde, ni le mal de tête, ni le saignement de nez, ni le gargouillement, ni la diarrhée ne constituent pris à part de symptômes absolus. Et pourtant c'est de l'apparition simultanée de ces signes que nous faisons, sans hésiter, le diagnostic de fièvre typhoïde.

C'est dans les premières heures que le diagnostic de la mort doit être établi, pour savoir s'il y a lieu de cesser les efforts dans le but de rappeler le sujet à la vie, et si on peut inhumer. Or, à ce moment, les fonctions seules sont abolies, et il n'y a que des signes négatifs. On ne confondra pas l'apoplexie cérébrale avec la mort : dans l'apoplexie, la circulation et la respiration existent encore.

L'immobilité des traits qui résulte de l'abolition de la motilité est presque caractéristique. La peau se rétracte, le nez s'effile, la barbe et les ongles semblent s'allonger. La pulvérulence des narines n'est pas un signe de la mort. On meurt les yeux entr'ouverts et voilà pourquoi on aime à *fermer les yeux* de ceux qui vous sont chers. On a beaucoup insisté sur la valeur de ce signe : c'est, en effet, un très bon signe. Quelquefois il se fait un peu de strabisme externe et la pupille regarde en haut. Souvent, au moment de l'agonie, la pupille se dilate énormément, au point qu'il peut être impossible de la voir. Puisque nous parlons de l'œil, je vous citerai l'expérience d'un médecin qui prétendait retrouver la silhouette de l'assassin et d'un chien dans une photographie qu'il avait faite de la rétine de la victime. Il m'a été absolument impossible d'y retrouver ce que ce médecin croyait y avoir vu.

Continuant l'étude des modifications de la motilité, nous trouvons la chute de la mâchoire inférieure; pour éviter le spectacle pénible de cette bouche béante, on a l'habitude d'attacher le menton avec un mouchoir. C'est un signe qui, pris isolément, n'a pas une grande valeur. Il y a, en effet, des individus qui succombent avec une contraction des mâchoires, en particulier à la suite du tétanos ou de certains empoisonnements comme l'empoisonnement par la strychnine. Quelquefois la strychnine produit la flaccidité : c'est lorsque le sujet a pris une dose insuffisante pour le tuer rapidement; si bien que, dans ce même empoisonnement, on peut avoir, suivant la dose, ou une contracture puissante ou un relâchement absolu.

Depuis longtemps, on a remarqué que, après certaines blessures, la mort s'accompagne d'une rigidité musculaire intense. Sachez donc qu'un individu peut être frappé d'immobilité subite à l'instant même où il reçoit un traumatisme, et rester figé dans la position qu'il avait avant sa mort. A la bataille d'Inkermann, un colonel a la tête enlevée par un boulet, mais il reste sur son cheval et conduit une charge superbe à la tête de ses troupes. Quelque temps avant, à la bataille de l'Alma, un chirurgien français avait été très étonné de trouver des Turcs dans la position de la prière, immobilisés par la mort. J'ai fait reproduire un soldat qui est resté assis au bord d'un ruisseau, prêt à porter son gobelet à sa bouche au moment où il a eu la tête emportée par un obus. A Bazeille également, un soldat français avait été tué visant un Allemand, et il avait gardé après sa mort cette attitude offensive.

En général, les individus sur lesquels on a observé ce phénomène, qui offre un vif intérêt au point de vue médico-légal, portaient des blessures intéressant la moelle ou la moelle allongée.

Salluste rapporte que le visage de Catilina avait conservé, après sa mort, cette apparence farouche qu'il avait en marchant sur Rome, et Fodéré prétend que les suicidés ou les assassinés conservent sur leur physionomie l'expression des sentiments qui devaient les agiter dans les derniers instants de leur vie.

Depuis que je fais de la médecine légale, je suis allé bien

souvent en transport avec la justice et je n'ai trouvé ce caractère bien net qu'une seule fois, c'était sur la figure de Marie Regnaud : elle était couchée en travers de son lit, la main dirigée du côté du cordon de sonnette et sa face contractée exprimait, à n'en pas douter, la frayeur. Ce qu'il y a de certain, c'est que vous devrez toujours noter l'aspect de la physionomie en faisant abstraction de l'émotion qui pourrait vous faire voir au delà de ce qui est.

Peu d'instants après la mort, les sphincters se relâchent, les gaz sortent et quelquefois les matières fécales. La flexion du pouce vers la paume de la main se produit dans la plupart des cas : Devergie l'a constaté 7 fois sur 10.

Pour s'assurer que la mort est réelle, quelques médecins avaient demandé au Sénat de l'Empire d'exiger qu'on fît des expériences sur tous les cadavres avec la bobine de Ruhmkorff. On aurait porté le défunt dans une bière non fermée jusqu'à l'entrée de l'église et là le curé aurait fait lui-même un certain nombre d'épreuves. On a écarté cette proposition à cause des nombreuses difficultés matérielles que comportait sa réalisation, ne serait-ce que par la fragilité des appareils électriques.

On a parlé des scarifications : ce n'est pas un moyen probant puisqu'on peut piquer les hystériques sans que le sang apparaisse.

Dans un travail communiqué à l'Académie, le docteur Josat présentait une pince de son invention munie de griffes rentrant les unes dans les autres, et, partant de cette affirmation que le point le plus sensible du corps est le mamelon, il prétendait qu'il n'y avait pas de mort apparente ou simulée qui pût résister au froissement de cette région par sa pince.

La sensibilité de la muqueuse du nez a été mise à contribution et, sur ce point, je vous recommande un procédé qui consiste à lancer une goutte d'éther dans les fosses nasales : il en résulte une excitation très vive.

Budin a montré que lorsque le réflexe palpébral était aboli, c'est que l'anesthésie était poussée un peu trop loin, mais ce signe relève plutôt de la chirurgie que de la thanatologie.

Le docteur Collonges a institué un signe qu'il regarde comme certain et qu'il appelle la *dynamoscopie*. Il suffit d'introduire le doigt du sujet dans son oreille : s'il est vivant, on entend un bruissement particulier aux muscles; s'il est mort on n'entend rien. M. le docteur Collonges a même inventé un instrument qui laisse percevoir le plus petit bruit.

Je passe à la cessation de la respiration. Il n'y a pas de signe qui soit plus incertain, puisque, dans les cas de mort apparente, il y a précisément cessation de la respiration. Winslow proposait de mettre un verre plein d'eau sur la huitième côte, de façon que le moindre mouvement respiratoire le fasse déborder. Mais le mouvement des gaz du cadavre peut produire le même effet.

Les signes les plus certains se tirent de la circulation. Bouchut a dit : « Ce n'est pas au pouls qu'il faut s'adresser, c'est au cœur ; et si, après avoir ausculté pendant trois minutes, on n'entend pas un seul battement de cœur, on peut affirmer que la vie a disparu. » Et puis, il a reculé la durée de cette épreuve à cinq minutes, puis à vingt minutes. C'est qu'ici nous nous trouvons en présence de plusieurs causes d'erreur, qui dépendent à la fois de celui qui ausculte et de celui qui est ausculté : d'une part la finesse de l'ouïe peut faire défaut à l'observateur et, d'autre part, le cœur peut continuer à battre d'une façon latente et silencieuse.

Sous le nom d'*akidopeirastique*, il faut entendre un procédé qui consiste à enfoncer dans le cœur une longue aiguille, dont la pointe extérieure révèle l'état de mobilité ou d'immobilité du cœur. C'est un moyen expérimental qui n'est pas très pratique, lorsqu'on a des doutes sur la réalité de la mort.

On a proposé aussi d'ouvrir l'artère temporale. Mais il y a des affections, telles que le choléra et la syncope, où la circulation s'arrête. La même critique s'adresse à la phlébotomie. Il vaut mieux, s'adressant à un moyen plus simple, serrer fortement un membre avec un lien quelconque et attendre que la congestion se produise.

HOPITAL NECKER. — M. KIRMISSON.

Un cas de syphilis osseuse héréditaire.

J'ai fait venir à l'amphithéâtre un jeune garçon porteur d'une lésion osseuse intéressante de la jambe droite, compliquée d'une affection du genou gauche.

Ce jeune garçon, âgé de quinze ans, est entré à l'hôpital pour une déformation du genou droit. Or, lorsqu'on examine le membre inférieur droit, que voit-on? Un tibia incurvé sur lui-même, d'avant en arrière, à convexité antérieure, aplati latéralement, rappelant le tibia des sujets rachitiques.

Chez notre jeune malade, non seulement le tibia droit est aplati latéralement, mais ses faces sont considérablement plus larges que sur le tibia normal; elles mesurent ainsi 6 centimètres, tandis que la largeur des faces latérales du tibia gauche ne dépasse pas 3 centimètres. De plus, au voisinage du genou *droit*, la jambe présente un certain nombre de bosselures. Il existe un peu de liquide dans l'articulation. D'autre part, le genou *gauche* est le siège d'un gonflement très manifeste, dû à l'existence d'un épanchement articulaire. Mais tandis qu'une pression exercée sur l'extrémité supérieure et externe du tibia, au niveau de la tête du péroné, détermine une vive douleur, par contre, toute pression sur le genou et le tibia du côté gauche est absolument indolore. La douleur au niveau de la tubérosité externe du tibia droit est tout à fait localisée en ce point, et la tubérosité interne de ce même os n'est nullement douloureuse, non plus que l'extrémité inférieure du fémur.

Ajoutons que notre malade présente, en plus, un engorgement de tout son système ganglionnaire.

Ceci dit, à quelle affection avons-nous donc affaire? La forme particulière des lésions, les symptômes objectifs nous permettent de faire immédiatement le diagnostic de syphilis osseuse, syphilis qui, eu égard à l'âge peu avancé du malade, est la syphilis osseuse héréditaire, si bien décrite par M. Parrot, puis par M. Lannelongue et par M. Fournier.

Notre diagnostic ainsi posé, nous avons interrogé le jeune malade, ainsi que sa mère, sur ses antécédents, et voici ce que nous avons appris : le père du jeune garçon est mort; cet homme n'aurait jamais eu de maladie ressemblant à la syphilis, du moins, au dire de sa femme; elle-même n'a jamais non plus présenté le moindre accident syphilitique, mais elle ajoute que son mari laissait, cependant, quelque peu à désirer sous le rapport des mœurs.

Elle a eu quatre enfants : le premier est mort du croup, à l'âge de quatre ans; le second a succombé à dix-huit mois, à quelle affection ? c'est ce qu'elle ne sait pas nous expliquer d'une façon compréhensible; le troisième est bien portant et le quatrième est le jeune malade qui fait le sujet de cette leçon; il a été allaité par sa mère.

Sur ce dernier, l'examen le plus minutieux ne nous a montré aucune trace de syphilis et en aucun point du corps, aucun trouble de la dentition, pas de dents atrophiées, ni crénelées sur leur bord libre. Il n'a jamais présenté non plus aucun phénomène de rachitisme, pas la moindre nodosité, pas d'écoulement par les oreilles, rien du côté des yeux.

A l'âge de douze ans seulement, il a eu une adénite sous-maxillaire volumineuse, qui a cédé à l'huile de foie de morue et à l'iodure de potassium, après avoir duré près d'une année.

Enfin, il y aurait seulement sept semaines environ que notre malade se serait aperçu, pour la première fois, de la déformation de sa jambe droite, déformation sans douleur à proprement parler et qui ne reconnaît comme cause aucun traumatisme.

Nous considérons toutefois la lésion osseuse, chez ce malade, comme d'origine syphilitique, malgré l'absence d'antécédents de cette nature; mais vous savez combien il arrive souvent que des malades se considèrent comme absolument vierges de toute vérole, et avec la meilleure foi du monde, alors qu'ils présentent les signes les mieux caractérisés de la syphilis, et c'est ainsi qu'ils se trompent eux-mêmes et nous trompent souvent très involontairement sur leurs antécédents. Cette recherche des antécédents est donc loin d'avoir dans tous les cas une valeur véritable, aussi devons-nous parfois faire notre diagnostic de syphilis, alors même que ces antécédents font complètement défaut.

L'âge — quinze ans — de notre malade est-il une raison suffisante pour repousser le diagnostic de syphilis? Nullement, car vous savez que si la syphilis des os se montre généralement entre cinq et dix ou douze ans, cependant on la rencontre souvent aussi entre douze et vingt ans et même plus tard, à vingt-cinq, vingt-six et vingt-huit ans.

C'est la forme ainsi que le siège des lésions qui nous ont conduit à notre diagnostic, car le tibia est, du squelette, l'os qui est le plus fréquemment atteint par la syphilis; après lui viennent le cubitus et le radius, puis le fémur, puis l'humérus. Les os du crâne sont aussi fréquemment le siège de ces lésions, tandis que celles-ci sont très rares sur les os du tronc.

Il n'est pas nécessaire de faire le diagnostic différentiel, chez notre malade : 1° avec une ostéite traumatique, car nous ne trouvons chez lui aucun traumatisme dans ses antécédents; 2° avec une ostéite de développement, car la maladie aurait débuté avec grand fracas; 3° avec une ostéite tuberculeuse, mais il n'y a jamais eu ici ni rougeur, ni abcès, de plus nous ne trouvons rien du côté des poumons, la poitrine est parfaitement saine; 4° avec le rachitisme. Vous savez que Parrot, à la suite de travaux considérables sur la question, a conclu que le rachitisme était le dernier terme des lésions syphilitiques osseuses, que la syphilis était la cause du rachitisme. Aujourd'hui, il me paraît absolument démontré que cette opinion est tout à fait erronée, que le rachitisme et la syphilis osseuse sont des maladies ayant chacune leur origine propre, quoiqu'elles puissent aboutir à des lésions similaires. De plus, les lésions rachitiques ne sont pas, comme dans le cas actuel, localisées à un seul os, mais on les rencontre un peu partout sur le tronc et le crâne.

Donc, ici pas la moindre incertitude : pas de rachitisme, pas d'ostéomyélite, pas d'ostéite tuberculeuse.

D'ailleurs, son affection du genou droit et surtout du genou gauche est le type de l'arthrite syphilitique, ou du moins de ce que l'on entend par ces mots, car ces termes sont impropres, il n'y a pas là de véritable arthrite, pas de douleur, pas de gêne des mouvements, la marche est très facile, la flexion et l'extension sont normales. Il n'y a donc pas arthrite mais bien arthropathie, ou mieux encore retentissement de la lésion osseuse sur la synoviale articulaire, de la lésion de la tubérosité externe du tibia.

Parmi les travaux publiés sur la question, je vous citerai principalement les communications faites, au Congrès de chirurgie, par M. Gangolphe. De nombreuses pièces anatomo-pathologiques lui ont montré que c'était bien, dans cette affection, l'os lui-même, qui était primitivement atteint et non pas l'articulation.

En résumé, il n'y a pas d'arthrite syphilitique primitive, mais seulement des arthropathies secondaires. La lésion primitive est osseuse, épiphysaire, au voisinage de l'articulation, mais non articulaire. Et, chez notre jeune malade, l'épanchement articulaire, l'hydarthrose tient à son ostéite du tibia.

Le pronostic, en général, est bon : il l'est également ici, d'autant plus que, selon toutes probabilités, il n'existe pas de lésions profondes, d'où la guérison de sa déformation nous paraît à peu près assurée par le traitement antisyphilitique, surtout si le tissu osseux de néoformation n'est pas encore organisé, auquel cas il devient très difficile d'en obtenir la résolution.

De toute façon, si le traitement n'a pas d'influence sur la courbure de son tibia, il en aura certainement sur l'arthropathie. Ce traitement consistera pendant quinze jours dans l'administration d'une cuillerée de sirop de Gibert, et l'application d'un emplâtre de Vigo sur le tibia droit et sur l'articulation du genou gauche, accompagné d'une compression légère sur cette articulation. Puis dans quinze jours, si les choses vont bien, je donnerai l'iodure de potassium à haute dose (2, 3, 4 grammes) pendant l'espace de deux ou trois mois.

AINHUM ET AMPUTATIONS CONGÉNITALES

Par M. Reclus, chirurgien des hôpitaux.

On sait que l'aïnhum est une maladie consistant dans l'apparition d'un sillon à la partie interne et inférieure du pli digito-plantaire du cinquième orteil; ce sillon gagne et s'étend jusqu'à creuser une dépression circulaire, un anneau, qui enserre et étreint le doigt absolument modifié dans sa forme et ressemblant alors à une olive ou à une grosse cerise. La rainure devient de plus en plus profonde, et le pédicule s'amincit à un tel point qu'il finit par se rompre, s'il n'est tranché d'un coup de ciseau. Cette section est d'autant plus facile que l'os de la phalange s'est résorbé graduellement et qu'à sa place, il n'y a plus qu'une masse graisseuse.

Il n'y a habituellement qu'un seul orteil d'atteint, le cinquième; cependant la lésion peut être bilatérale, et quelquefois elle a été observée sur les autres doigts. Affection héréditaire, sévissant beaucoup plus chez les femmes que sur les hommes, n'apparaissant qu'après la puberté et seulement chez les nègres, elle évolue sans provoquer de douleur.

Depuis le mémoire du docteur da Silva Lima (de Bahia), paru en 1867, sur cette maladie, quelques nouvelles observations, recueillies en différents pays, en ont été publiées par Collas (de Pondichéry), MM. Eugène Rochard, Guélart, Lannelongue, Guyot. De ces différents travaux et des mémoires que Fontan et nous-même avons publiés, il semblerait de prime abord que l'on serait autorisé à regarder l'aïnhum comme n'étant plus cantonné dans le petit orteil d'une race, mais comme une maladie européenne, et que ce ne serait que les malformations connues sous le nom d'amputations congénitales ou spontanées.

Pour assimiler ces deux lésions, on a invoqué l'anatomie pathologique et la pathogénie. La première cependant plaide peu en faveur de l'identité; en effet, d'après les examens faits par MM. Cornil, Rochard et quelques autres histologistes, voici les lésions propres à chaque maladie. Dans l'aïnhum on trouve, outre la dégénérescence graisseuse de l'orteil et la résorption des os sous-jacents au sillon annulaire, un épaississement de la couche cornée de l'épiderme, qui, en certains points, forme un véritable durillon, une atrophie de la couche muqueuse de Malpighi, un affaissement des papilles, un amincissement du derme, et enfin, au-dessous de la peau, un trousseau fibreux à direction antéro-postérieure. Dans les amputations congénitales, l'épiderme est normal; il n'a subi aucun épaississement de sa lame cornée, aucune atrophie de sa couche muqueuse; le derme est hypertrophié, envahi par des trousseaux fibreux disposés en demi-cercle et transversalement; ce tissu fibreux diffère de celui de l'aïnhum par son siège dans le derme et par sa direction transversale.

Quant aux arguments tirés de la pathogénie, ils ne peuvent guère être invoqués puisque les causes de l'aïnhum, comme celles des amputations congénitales, nous sont inconnues.

Quant aux caractères cliniques des deux affections, ils sont également différents. Ainsi, l'aïnhum n'atteint que les adultes, et, dans toutes les observations que nous avons colligées, nous n'avons jamais trouvé un seul malade au-dessous de douze ans; c'est une affection qui ne survient pas avant la puberté; au contraire, les amputations spontanées sont congénitales et n'apparaissent jamais après la naissance. L'aïnhum se rencontre chez la femme; les amputations spontanées indistinctement dans les deux sexes : le premier ne s'observe que dans les races colorées.

J'ajoute que la marche et l'évolution des deux maladies ont une allure tout à fait différente; tandis que l'aïnhum a une marche continue, les amputations ont de la tendance à rester stationnaires, ainsi qu'il résulte de l'observation des faits publiés jusqu'à ce jour.

Nous nous croyons donc autorisé à conclure, avec nos confrères du Brésil, avec M. Trélat, qui combattit l'identité dès la première heure, avec M. Eugène Rochard, que l'on ne peut ranger dans un même cadre des affections aussi dissemblables que l'aïnhum et les amputations congénitales.

RÉTROFLEXION CHRONIQUE DE L'UTÉRUS

ACCOMPAGNÉE DE GRAVES SOUFFRANCES, CESSATION DES ACCIDENTS ET GUÉRISON DÉFINITIVE PAR L'EXCISION DE LA PORTION DU COL RÉTROFLÉCHI.

Par M. le docteur TRIAIRE (de Tours).

Quand l'utérus, chroniquement rétrofléchi, résiste à tous les procédés de réduction, ou est rebelle à tous les moyens de contention, l'embarras du chirurgien et surtout les soucis de la malade deviennent extrêmes, car il ne reste alors qu'à abandonner celle-ci à elle-même sous le couvert d'insuffisants palliatifs, ou à pratiquer l'opération d'Alexander, qui, malgré son origine nationale, pénètre à peine dans la pratique chirurgicale française.

Nous avons eu l'occasion, à la fin de l'hiver dernier, d'employer un autre procédé opératoire qui, jusqu'à présent, à notre connaissance du moins, n'a pas été appliqué aux déviations utérines : c'est la simple excision de l'angle du col rétrofléchi.

La cessation immédiate des accidents qu'éprouvait depuis huit ans la malade, et le maintien absolu de la guérison d'une infirmité si fréquemment rebelle, nous paraissent donner à ce cas un intérêt suffisant pour en rapporter ici l'histoire.

Il s'agit d'une femme du département de la Sarthe, âgée de trente-six ans, primitivement bien portante, maintenant amaigrie et d'un état général déplorable. Mariée depuis dix ans, elle n'éprouva jamais aucun malaise jusqu'à la naissance d'un enfant, resté unique, qui eut lieu il y a dix ans.

A partir du jour où elle releva de ses couches, elle commença à éprouver des douleurs lombaires et abdominales. La marche devint pénible. Plus tard, elle éprouva des souffrances dans les cuisses et fut affectée de sciatique. Insensiblement et d'année en année, sa situation s'aggrava. Elle devint dysménorrhéique, subit des ménorrhagies mensuelles, et fut obligée de se coucher pendant ses époques. La locomotion fut peu à peu plus difficile. Les sensations douloureuses dans le bassin s'aggravèrent, la miction et la défécation devinrent laborieuses et pénibles, et, à ces souffrances, s'ajoutèrent des perturbations nerveuses réflexes. Désespérée de sa situation, cette femme, décidée à tout subir pour la faire cesser, se soumit pendant des années à toutes les médications rationnelles et empiriques, et, n'éprouvant aucun soulagement à son état, vint nous consulter à Tours, pendant l'hiver de 1888.

Après avoir été mis par elle au courant des commémoratifs que nous venons d'analyser, nous procédons à l'examen direct de la malade. Au toucher vaginal nous trouvons le col derrière la symphyse pubienne, fléchi sur lui-même à angle absolument droit et de façon à ce que sa partie inférieure forme avec sa partie supérieure un crochet véritable.

La courbure siège à l'union du tiers supérieur de la portion vaginale avec les deux tiers inférieurs et rentre, par conséquent, dans la variété des flexions du col décrites par Emmet (at or below vaginal junctions).

Le col assez mince, mobile, est tout à fait dirigé en haut et il faut fortement recourber le doigt derrière la symphyse pour pouvoir l'accrocher. L'utérus renversé en arrière est perçu dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Par la palpation bimanuelle nous constatons sa contiguïté avec la portion rétrofléchie. Il ne renferme pas de tumeur et son volume n'est pas notablement accru. L'organe paraît encore doué d'une certaine mobilité. Il offre un degré modéré de sensibilité, principalement à la face postérieure, et l'examen au spéculum montre un léger degré de catarrhe aux lèvres du col. L'examen par la sonde est impossible, la déviation opposant à la pénétration du cathéther un obstacle infranchissable. Les ovaires sont très douloureux à la pression, et la sensation que ressent la malade quand on les explore est analogue à la souffrance qu'elle éprouve pendant l'effort de l'émission des garde-robes.

Il s'agissait donc dans ce cas d'une rétroflexion utérine localisée à la portion infra-vaginale du col et reconnaissant comme cause probable une ancienne périmétrite et un relâchement des ligaments suspenseurs.

Malgré la demi-mobilité conservée encore par l'utérus, le col est si nettement tordu, sa flexion est si prononcée, la déviation si ancienne, que nous n'espérons pas grand'chose de la réduction et des moyens orthopédiques. Nous tentons cependant le traitement pendant plus de six semaines et, quoiqu'il soit possible d'obtenir jusqu'à un certain point la réduction de l'organe, celle-ci demeure toujours incomplète, et tous les procédés de contention restent infructueux, ne peuvent être supportés par la patiente, et ne servent qu'à aggraver ses souffrances. Ayant conçu l'idée qu'elles pourraient être diminuées par l'excision de l'angle formé par le col, nous lui proposons cette opération qui est acceptée avec empressement.

Celle-ci est pratiquée par la méthode d'Hegar avec les modifications que lui a fait subir Simpson. On connait ce procédé si clair, si précis et si élégant, et qui offre sur les anciennes méthodes le triple avantage de la réunion par première intention, d'une cicatrisation régulière et de la conservation de l'intégrité du canal cervical.

Quoiqu'on puisse en trouver la description dans les manuels récents de gynécologie, résumons-en les temps principaux :

Premier temps. — Les précautions antiseptiques étant préalablement prises, fixation du col à la vulve et introduction à travers son tissu de trois longs fils métalliques, un médian et deux latéraux.

Deuxième temps. — Le col est incisé horizontalement jusqu'aux sutures métalliques avec des ciseaux, et ainsi divisé en lèvre antérieure et en lèvre postérieure.

Troisième temps. — La lèvre antérieure étant relevée, les fils métalliques apparaissent au fond de la plaie, on accroche chacune d'elles, on tire à soi l'anse qui vient d'être ainsi formée et on la sectionne d'un coup de ciseaux. On possède alors six sutures, trois en haut pour la lèvre antérieure, trois en bas pour la lèvre postérieure.

Quatrième temps. — On saisit avec une pince la lèvre antérieure et on l'excise au-dessous de la ligne de pénétration des sutures. On tord celles-ci et les lèvres de la plaie se trouvent ainsi affrontées. On agit de même pour la lèvre postérieure.

Cinquième temps. — On jette deux sutures supplémentaires sur les parois du col qui ont été incisées latéralement au deuxième temps.

L'opération est alors terminée et il ne reste qu'à réunir le faisceau des fils métalliques à la vulve, en ayant le soin de l'entourer d'un tissu antiseptique.

L'opération s'accomplit avec la simplicité que nous venons d'exposer et ne donna lieu à aucun accident.

Les fils furent enlevés le dixième jour. La réunion des lèvres du col et des parois latérales était franche et complète. Après la deuxième semaine, l'opérée put se lever et marcher sans ressentir le moindre malaise. Toutes les souffrances antérieures ont disparu.

Dix mois se sont écoulés depuis cette époque et elles n'ont jamais reparu. Elle n'éprouve plus de douleurs abdominales ni lombaires, la marche est aisée, la miction et la défécation s'accomplissent sans difficultés, les phénomènes nerveux ont disparu ; l'opérée a repris sa vie ordinaire et la cure paraît absolue.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des manifestations morbides du surmenage physique, contribution à l'étude des auto-intoxications, par Albert Dufour (1).

Tout d'abord qu'est-ce que le surmenage? Ce n'est pas la fatigue, dit avec raison M. A. Dufour. Avec M. le professeur Peter, il considère le surmenage comme le fonctionnement excessif, exagéré des organes. Surmenage désigne en même temps l'état de l'homme qui s'est surmené.

« Il y a, dit M. Dufour, la même différence entre la fatigue et le surmenage qu'entre la faim et l'inanition. La sensation de la faim est-elle en rapport avec le degré de l'inanition? Nullement! c'est par un abus de langage qu'on dit mourir de faim ou mourir de fatigue : on meurt d'inanition, ou on meurt de surmenage. »

En quoi consiste le surmenage ainsi compris au point de vue biologique? Quelles sont les modifications chimiques et physiologiques subies par l'organisme victime du surmenage physique? Quelles modifications ont subies les organes et les milieux vitaux? La cause même du surmenage serait une véritable auto-intoxication. Le muscle, en se fatiguant, fabrique ou fournit, soit à ses propres dépens, soit aux dépens du sang, une série considérable de produits susceptibles de devenir toxiques : acide carbonique, produits azotés, matières extractives, leucomaïnes. Il est donc légitime de penser que le surmenage consiste surtout en une véritable auto-intoxication. Non seulement les déchets normaux sont en excès, mais il apparaît aussi des substances anomales, plus dangereuses peut-être encore. A cette auto-intoxication on a proposé des dénominations variées : extratihémie (Revilliod), ponoshémie (Lacassagne, Keim), typhus urinémique (Peter).

Quelles sont les formes cliniques du surmenage physique? M. Dufour en distingue trois principales : les accidents morbides à type asphyxique, à type typhoïde et à type rhumatoïde.

Dans la forme asphyxique elle-même il distingue : 1° l'essoufflement; 2° certains coups de chaleur; 3° des accidents attribués au froid ; 4° des cas de surmenage aigu.

L'essoufflement peut provoquer des accidents graves : la syncope et même la mort. Le danger est ici surtout du côté du cœur.

Certains accidents attribués au coup de chaleur devraient être rapportés au surmenage ; ce sont ceux dans lesquels prédominent les phénomènes d'asphyxie. Dans le vrai coup de chaleur on observerait plutôt des manifestations cérébrales : délire, céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue et même véritable ictus apoplectique. Nous avouons n'être pas très convaincu de l'identité pathogénique du coup de chaleur à forme asphyxique avec le surmenage proprement dit. Ne s'agit-il pas là surtout d'accidents d'origine cardiaque? Y a-t-il là auto-intoxication suraiguë de même ordre que celle que l'on rencontre dans les formes typhoïdes et rhumatoïdes? L'épuisement nerveux n'est là qu'un vain mot.

De même que la chaleur, le froid a souvent donné le change. On a accusé le refroidissement alors qu'il s'agissait avant tout de surmenage. Ainsi se seraient passées les choses dans le désastre du Tleta des Douairs, dans lequel, sur 750 hommes partis d'Aumale pour se rendre à Laghouat, 19 succombèrent au cours d'une marche de douze heures faite sous la pluie, par un temps froid, dans un terrain difficile. Ne faut-il pas admettre ici une sorte de combinaison entre le refroidissement et le surmenage, et ces deux éléments pathogéniques ne se sont-ils pas combinés et surajoutés? Le froid, dit M. Dufour, a été la cause prédisposante, le surmenage la cause efficiente.

La *forme typhoïde* est particulièrement intéressante. M. Rendon, élève de M. Peter, lui a déjà consacré l'an dernier une thèse que nous avons analysée (1). Il y exposait les idées de son maître.

Tantôt l'état typhoïde consiste surtout dans des manifestations fébriles et dépressives sans localisation particulière, tantôt, au contraire, il se fait sur un organe une détermination prédominante qui se traduit en anatomie pathologique par des lésions appréciables, en clinique par un ensemble symptomatique particulier.

Dans la simple fièvre de surmenage on observe, au début, des frissons avec sensation de courbature généralisée, de l'endolorissement des membres, de la céphalalgie frontale, de la rachialgie intense. Il y a un certain degré de stupeur typhoïde. Il y a de l'anorexie, de la diarrhée, des selles fétides. Le ventre, non ballonné, est douloureux à la pression, dans toute son étendue. La rate est rarement augmentée de volume. La fièvre peut atteindre 39 à 40 degrés. Tout cela disparaît au bout de cinq à six jours. C'est là évidemment un type moyen; la fièvre de surmenage peut être ou plus intense ou plus bénigne.

On conçoit qu'il est facile de la confondre avec le typhus abortif, le typhus ambulatorius.

Comme phénomène particulier il faut signaler l'apparition possible d'hémorrhagies, d'épistaxis et d'ecchymoses cutanées. Peut-

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

(1) Rendon. *Fièvres de surmenage.* Thèse de Paris, 1888. — Cf. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 970.

être est-ce là, à l'état d'ébauche, ce qu'on observe d'une façon prédominante dans certains faits de purpura hémorrhagique.

Les localisations principales dans la fièvre de surmenage peuvent se faire sur le cœur, les vaisseaux, le poumon, le foie, les muscles, la moelle.

Il existerait une véritable *myocardite* de surmenage. Elle se révèle en clinique par de la dyspnée, de la toux. Le pouls est faible, irrégulier, intermittent. On peut, assez rarement, rencontrer un souffle qui rappelle celui de l'insuffisance mitrale. Cette détermination spéciale, cette localisation cardiaque, de même que celles que nous allons maintenant passer en revue, est souvent appelée sans doute par quelque tare pathologique antérieure. Il est juste d'admettre, et M. Dufour n'en tient peut-être pas assez compte, que le surmenage peut agir surtout pour rompre l'équilibre circulatoire et mettre en évidence une insuffisance myocardique jusque-là latente. Il faut tenir compte aussi du mode de fonctionnement des reins. Le surmenage est, en réalité, une sorte d'urémie. Il ne faut donc pas oublier la solidarité étroite qui unit le cœur et les reins.

La phlébite, les ecchymoses sous-cutanées, la congestion et l'hépatisation pulmonaire, la congestion hépatique et l'ictère, sont encore des accidents que l'on peut voir survenir chez les surmenés, en tant que localisations éventuelles de l'auto-intoxication. Si donc, dans la fièvre typhoïde et dans d'autres infections, les produits toxiques, sécrétés par les microbes ou produits sous leur influence, sont susceptibles de provoquer des déterminations viscérales multiples, il en serait de même pour les produits toxiques, fabriqués dans l'organisme surmené.

Signalons particulièrement une intéressante observation d'ictère avec congestion hépatique et fièvre intense (40 degrés), chez un jeune homme surmené. Ce fait, dû à M. Dreyfus-Brisac, pourrait très bien prendre rang dans ce qu'on a appelé le typhus hépatique bénin.

La fièvre de croissance de M. Bouilly ne serait aussi qu'une fièvre de surmenage. Peut-être peut-on reprocher à M. Dufour d'être un peu intransigeant. Il avait relégué déjà tout à fait à l'arrière-plan le froid et la chaleur. Ne peut-on pas admettre des complexus étiologiques, des combinaisons pathogéniques, froid et surmenage, chaleur et surmenage, surmenage et croissance?

Signalons rapidement la myosite et la myélite, pour arriver au pseudo-rhumatisme.

La forme rhumatoïde du surmenage a été négligée par M. Renon dans son travail, du reste intéressant. Cependant, MM. Ernest Besnier, Dreyfus-Brisac, Albert Robin avaient déjà signalé et décrit ce pseudo-rhumatisme. Nous avions nous-même insisté sur les manifestations rhumatoïdes qui surviennent sous l'influence de la fatigue, surtout chez les arthritiques.

Les uns ont vu dans ces déterminations articulaires le réveil de la diathèse rhumatismale, la crise arthropathique et la localisation du rhumatisme sur certaines articulations. D'autres ont considéré les manifestations rhumatoïdes comme le résultat d'une véritable névropathie, sinon d'une myélopathie, et c'est ainsi que, pour notre part, nous avions cherché à expliquer les choses dans le travail auquel nous avons déjà fait allusion (*Archives générales de médecine*, juillet 1884).

On y a vu aussi la conséquence d'un traumatisme répété des jointures et du tiraillement de leurs ligaments. Cette théorie est sans doute un peu trop mécanicienne.

Pour M. Dreyfus-Brisac, il s'agirait surtout d'une auto-intoxication plus ou moins aiguë, susceptible de créer une sorte d'*arthritisme passager*. La comparaison est ingénieuse et l'idée séduisante.

La pathologie générale est évidemment amenée à donner une place considérable aux auto-intoxications, et leur intervention est certaine dans le surmenage physique. En résulte-t-il que le poison agit directement et individuellement sur les jointures affectées? Pour notre part, il nous semble que l'ensemble des choses est beaucoup mieux expliqué par l'action des substances toxiques sur l'appareil nerveux.

Cette interprétation a été, du reste, acceptée et défendue avec talent par M. Dreyfus-Brisac, dans une remarquable étude sur l'érythème polymorphe (*Gazette hebdomadaire*, mars 1885).

On voit souvent, en effet, les manifestations rhumatoïdes coïncider avec des poussées d'érythème polymorphe. Celles-ci se présentent le plus souvent sous forme d'érythème noueux ou de purpura. On ne peut pas séparer dans leur étiologie des phénomènes aussi intimement unis en clinique, que les arthropathies et les érythèmes des surmenés. Les interprétations, valables pour ceux-ci, le peuvent être également pour ceux-là.

L'étude consacrée par M. Albert Dufour au pseudo-rhumatisme de surmenage eût gagné à être plus développée. Ce pseudo-rhumatisme n'y est indiqué que dans ses traits généraux.

Nous avons longuement analysé la thèse de M. Dufour parce qu'elle touche à l'une des questions les plus intéressantes en clinique, les plus élevées en pathologie générale. Il a eu le mérite d'envisager le surmenage physique dans toutes ses formes. Il n'a pas épuisé le sujet, mais il a nettement posé la question.

Son travail pourrait être appelé un travail d'*école*, il fait honneur à M. Dreyfus-Brisac qui l'a inspiré, et à son auteur.

Albert Mathieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 24 mai 1889, a été nommé dans le corps de santé de la marine.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Masurel, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— *Hospices de Grenoble.* — Le concours pour une place de médecin vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Deschamps.

— *Hospices civils de Marseille.* — Un concours pour sept places d'internes en pharmacie s'ouvrira le 8 juillet 1889, à trois heures après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu de Marseille, où le registre d'inscription sera clos le 1er juillet.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Combemal, agrégé, est appelé à l'exercice à partir du 16 mai 1889.

M. Combemal est nommé, en outre, pour une période de trois ans, à partir du 16 mai 1889, chef du laboratoire des cliniques de ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Adenot (Claude-Jacques-Étienne), délégué dans les fonctions d'aide d'anatomie, est nommé, pour une période de trois ans, à partir du 4 mai 1889, aide d'anatomie à ladite Faculté.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Cottin, docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Thieulin, ancien suppléant, est chargé, jusqu'au 15 avril 1890, des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— *École de médecine de Toulouse.* — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Labat, professeur de clinique obstétricale et gynécologie.

M. Secheyron, suppléant, est chargé du cours de clinique obstétricale et gynécologie.

— Le Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie se tiendra, du 5 au 10 août, sous la présidence de M. le professeur Hardy, demeurant boulevard Malesherbes, 5.

Le Congrès international de médecine mentale se tiendra, du 5 au 10 août, sous la présidence de M. le docteur Falret, demeurant rue du Bac, 114.

Le Congrès international d'anthropologie criminelle se tiendra, du 10 au 17 août, sous la présidence de M. Th. Roussel, demeurant rue des Mathurins, 64.

Le Congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique se tiendra, du 19 au 26 août, sous la présidence de M. de Quatrefages, demeurant rue Geoffroy-Saint-Hilaire, 36.

Le Congrès international de médecine légale se tiendra, du 19 au 24 août, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Le Congrès international dentaire se tiendra, du 1er au 7 septembre, sous la présidence de M. le docteur David, demeurant boulevard Saint-Germain, 180.

— La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 26 mai 1889, sous la présidence de M. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique au ministère de l'Intérieur, et de M. Charles Muteau, conseiller à la Cour d'appel de Paris, président de la Société. Après avoir entendu quelques paroles chaleureuses de M. Charles Muteau et de M. Henri Monod, le rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre, par M. le docteur A. Motet, le rapport de MM. le docteur L. Cruet et le professeur Duverger et celui de M. Guignard, sur les récompenses, la Société a décerné ses prix. Parmi les lauréats, nous relevons les noms de nos confrères, MM. les docteurs Bourgeois et Nicoulau.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Landouar (de Plancoet).

— M. le professeur Alfred Fournier reprendra son cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 31 mai, à neuf heures et demie, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Charles Mauriac reprendra, à l'hôpital du Midi, ses leçons cliniques le samedi 1er juin, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure. — Elles seront consacrées au traitement des maladies vénériennes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 62. — JEUDI 30 MAI ET SAMEDI 1er JUIN 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 30 MAI ET SAMEDI 1er JUIN 1889. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 31 mai 1889.

Il y a huit jours, nous avions le bonheur d'applaudir à la nomination d'agrégé de notre cher collaborateur, M. le docteur Ricard. Aujourd'hui, nous sommes heureux de saluer en lui le nouveau chirurgien du Bureau central.

Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central vient, en effet, de se terminer par la nomination de MM. Ricard et Poirier.

REVUE GÉNÉRALE

Infection puerpérale et phlegmatia alba dolens.

Par M. le Dr Fernand WIDAL,
Interne (médaille d'or) des hôpitaux de Paris.

I

On n'observe plus de nos jours ces épidémies d'infection puerpérale qui désolaient, il y a quelques années, nos services hospitaliers. Des cas isolés se rencontrent encore, mais ils restent pour ainsi dire sporadiques, grâce à l'antisepsie qui empêche leur contagion.

Nous avons pu suivre un certain nombre de ces cas et de l'étude détaillée des accidents infectieux, aigus ou chroniques, qui se sont présentés à notre observation, se dégage cet enseignement : qu'un micro-organisme banal, répandu partout, le *streptococcus pyogenes*, suffit à lui seul à produire les formes cliniques diverses et les lésions anatomiques les plus variées de l'infection puerpérale à porte d'entrée utérine; le streptocoque peut être la cause des formes avec suppuration, comme des formes pseudo-membraneuses, des formes septicémiques sans lésion appréciable à l'œil nu, ou de la *phlegmatia alba dolens*.

Si, maintenant, l'on considère que le streptococcus pyogenes est encore l'agent de la pyohémie chirurgicale ou des infections purulentes secondaires à certaines maladies médicales, telles que la scarlatine ou la diphthérie, on voit quelle est l'étendue de son rôle en pathologie.

Une modification dans la virulence du microbe pathogène, telle est la cause qui détermine pour une grande part les états pathologiques si variés que nous avons énumérés. La perte de la virulence se produit par degrés et à ces degrés divers correspondent des formes plus ou moins variables de la maladie. Nous avons pu, avec M. Roux, conserver ou exalter à volonté la virulence du streptocoque, qui perd, en général, rapidement ses qualités pathogènes dans les cultures exposées à l'air : pour conserver la virulence, il suffit de maintenir le microbe à l'abri de l'oxygène dans des tubes exactement remplis et fermés à la lampe. Pour exalter au contraire cette virulence, il suffit d'inoculer le micro-organisme à forte dose dans les veines d'un lapin. L'animal, qui aurait résisté à des quantités plus faibles, finit par succomber, et l'on trouve dans son sang un streptocoque dont l'activité pathogène est exaltée.

Il faut se souvenir enfin, que si, chez la femme en couche, le terrain est toujours préparé par la même cause, l'état puerpéral, on doit compter encore avec certaines tares personnelles, avec les conditions de la porte d'entrée, toutes causes exerçant aussi leur influence sur la physionomie de la maladie.

II

HISTORIQUE. — Bien que les accidents fébriles consécutifs aux accouchements aient été signalés dès l'origine de la médecine, un fait frappe dans l'histoire de l'infection puerpérale : le temps qu'il a fallu pour reconnaître son caractère épidémique et contagieux. La première épidémie fut signalée au XVIIe siècle seulement; ce fut celle de Leipzig, en 1652, au dire d'Ozanam. Depuis lors, chaque épidémie a trouvé son historien, et presque toujours furent incriminées des causes banales, telles que la constitution atmosphérique, les vents, la température, etc.

Quant à l'idée de contagion, aujourd'hui si évidente qu'elle s'impose à tous les esprits, elle a été formulée pour la première fois, il y a quarante ans à peine, en 1849, par Semmelweis, alors chef de clinique d'accouchement à Vienne. En Angleterre, on devint, dès lors, timidement contagionniste, mais, en France, on était resté réfractaire. Aussi, en 1857, se fit-il grand bruit autour de la thèse de M. Tarnier, alors interne de la Maternité, qui soutenait la contagiosité de la fièvre puerpérale et sa propagation, non seulement aux femmes en couches, mais encore aux femmes ou aux jeunes filles pendant l'écoulement menstruel, et jusqu'aux enfants nouveau-nés.

Ces idées nouvelles provoquèrent la célèbre discussion qui, en 1858, occupa, pendant plus de quatre mois, les séances de l'Académie. Seul, Trousseau entrevit complètement la vérité. Il combattit les essentialistes qui prétendaient à une modification générale de l'organisme préexistant à toute altération locale. Il combattit les localisateurs qui voyaient, dans la phlébite et l'angioleucite, l'essence même et la cause de la maladie. Il osa parler d'un ferment inconnu, montra l'infection se faisant par la plaie, affirma l'analogie des accidents infectieux puerpéraux et celle des accidents infectieux chirurgicaux. Il eut la conception vraie de l'infection puerpérale, telle que les recherches microbiologiques sont venues l'affirmer à trente ans de distance.

Vers cette époque, la contagion fut soutenue avec ardeur par l'école de Strasbourg, et quatre ans plus tard, Siefferman, élève de Stoltz, n'hésitait pas à affirmer dans sa thèse inaugurale, en 1862, que la cause de l'infection puerpérale était un germe, un ferment de nature encore inconnue. Ce germe fut bientôt recherché dans les lochies par quelques expérimentateurs allemands s'inspirant des méthodes pastoriennes qui venaient de naître. Les travaux de Mayerhofer (1863, 1864, 1865), de Rokitansky (1864), d'Haussmann (1870), nous ont appris l'existence de microbes dans les lochies des femmes saines ou malades et dans leur vagin, en dehors de la puerpéralité, mais n'ont jeté aucun éclaircissement sur la nature des germes pathogènes de l'infection puerpérale.

Deux Français, Coze et Feltz, cherchant le parasite dans le sang de femmes infectées, trouvèrent, dès 1865, des microbes en chaînettes, et essayèrent sans succès leur culture dans l'eau sucrée.

Les expérimentateurs qui suivirent, tels que Recklinghausen, Waldeyer, Orth, constatèrent également la présence d'un microbe en chaînettes, et déterminèrent des accidents infectieux chez les animaux, par inoculation souscutanée de liquides péritonéaux.

M. Quinquaud, en 1872, dans sa thèse remarquable sur le puerpérisme infectieux, s'était attaché à démontrer la nature infectieuse des accidents puerpéraux, en déterminant des septicémies chez les animaux, par inoculation de lochies provenant de femmes fébricitantes.

C'est M. Pasteur qui, en 1879, devait tirer la question de l'obscurité qui l'entourait encore. Il établit la présence fréquente du microbe en chaînettes, pendant la vie ou après la mort, chez les femmes atteintes de fièvre après l'accouchement. Il fut le premier à isoler, à cultiver ce microbe, à en donner les caractères et à montrer le rôle principal joué par lui dans les accidents infectieux d'origine puerpérale. Les travaux de M. Pasteur ouvrirent une ère nouvelle dans l'histoire de l'infection puerpérale et devaient être le point de départ des recherches qui suivirent.

L'année suivante (1880), M. Doléris publia une thèse qui eut, en France, un grand retentissement. L'honneur lui restera toujours d'avoir puissamment contribué à vulgariser chez nous la théorie parasitaire, en apportant, à l'appui de son opinion, le résultat de recherches nombreuses. Il découvrit quatre espèces d'organismes dans l'infection puerpérale : un microbe en chaînettes, un autre en doubles points, un autre encore en points simples, enfin, une bactérie septique. A chaque espèce microbienne différente, M. Doléris attribue la faculté de déterminer une forme spéciale de la maladie : c'est ainsi que la chaînette produisait la pyohémie lente; le diplocoque, la suppuration rapide; la bactérie, la septicémie foudroyante évoluant sans suppuration ou avec fort peu de pus. Les recherches ultérieures n'ont pas confirmé cette classification de M. Doléris. D'autre part, il est démontré aujourd'hui, que la chaînette, le point double et le point simple ne sont autres que les formes différentes d'un même organisme aux diverses périodes de son développement. Il est juste d'ajouter qu'à l'époque où M. Doléris publia ses travaux, l'erreur était inévitable, tant étaient restreints les procédés de coloration, de culture et d'isolement employés en microbiologie.

Ce fut pour réagir contre la thèse soutenue par M. Doléris, que M. Chauveau, en 1882, dans une communication faite à la Société des sciences médicales de Lyon, et M. Arloing, dans une note adressée à l'Académie des sciences, en 1884, rapportèrent le résultat de leurs expériences. Ayant retiré des humeurs de femmes mortes d'infection puerpérale, le streptocoque déjà isolé et cultivé par M. Pasteur, ils l'ont inoculé à des lapins et ont déterminé ainsi des septicémies expérimentales variant avec le procédé de culture mis en usage. Ces septicémies expérimentales, ils les ont comparées aux différentes formes de l'infection puerpérale chez la femme, et de cette comparaison ils ont cru pouvoir conclure que les formes de la septicémie puerpérale reconnaissent un seul agent qui, suivant son activité, produit l'une ou l'autre; mais si le microbe est unique, comme disait M. Arloing, il n'est pas prouvé qu'il soit spécial à la puerpéralité.

Il nous a semblé que l'identité devait être démontrée par des recherches microbiologiques minutieuses, entreprises sur des femmes présentant les différentes formes de l'infection puerpérale. C'est cette méthode que nous avons suivie, en nous appuyant sur l'examen histologique et microbiologique que nous croyons avoir été le premier à pratiquer sur les femmes mortes de septicémie, sans lésion et sans suppuration, ou d'infection à forme pseudo-membraneuse.

En ces dernières années, quelques auteurs ont vu, par exception, des organismes différents du microbe en chaînette chez des femmes mortes d'infection puerpérale. Cushing, A. Frænkel, Noeggerath et Brieger sont du nombre. Nous-même avons deux fois rencontré une bactérie pyogène. Ces cas, tout à fait rares, trouvent leur explication dans la pénétration de cet organisme par une porte d'entrée anomale ou par infection secondaire; ils ne doivent pas être compris dans la description de l'infection puerpérale classique à porte d'entrée utérine, qui fera seule l'objet de cette étude.

III

La porte d'entrée de l'infection puerpérale. — Sur 16 cas d'infection puerpérale, dont nous avons pratiqué l'examen bactériologique en étudiant le pus pendant la vie ou les organes après la mort, 14 fois nous avons retiré de nos cultures le streptococcus pyogenes et 2 fois un bâtonnet à caractère particulier.

Dans les 12 autopsies d'infection puerpérale à streptocoques que nous avons pratiquées, 12 fois nous avons trouvé le micro-organisme dans l'utérus. La muqueuse utérine est, en effet, la porte d'entrée ordinaire de l'infection. Pendant longtemps on crut, sur la foi des essentialistes, que l'infection puerpérale pouvait se transmettre par l'air extérieur, à la facon d'autres maladies épidémiques; mais la contagion, par la main de l'accoucheur ou par des

objets souillés, est aujourd'hui démontrée par des faits innombrables suivis avec toute la rigueur d'expériences d'inoculation.

Le vagin, à l'état normal, contient de nombreux organismes, microcoques ou bactéries. Sur 11 examens de mucus vaginal de femmes saines, 1 fois nous avons réussi à retirer des cultures du streptococcus pyogenes. Ce fait laisse à penser que la maladie se développe peut-être dans quelques cas par auto-infection, sans qu'il soit besoin d'en rechercher la cause dans une intervention étrangère.

Chez les femelles de certains animaux, tels que cobayes et lapins, l'épithélium de la muqueuse utérine est redevenu intact au moment de la parturition (Mathias-Duval); aussi, après le part, peut-on introduire dans les cornes utérines de ces animaux des quantités de micro-organismes pathogènes, tels que la bactérie du charbon, le vibrion septique, le staphylococcus aureus, comme l'ont fait MM. Straus et Sanchez-Toledo, ou tels que le streptococcus pyogenes, comme nous l'avons fait nous-même, sans provoquer la moindre infection.

Chez la femme, les conditions sont toutes différentes. Au moment de l'accouchement, il y a exfoliation complète de l'épithélium de la muqueuse, entraînée par la chute de la caduque, et par cette plaie véritable pénètrent les microbes pathogènes.

En cas d'infection, on constate, en effet, dans la cavité utérine, des micro-organismes de genre différent qui, au milieu des caillots sanguins, des détritus de toute sorte constituant les lochies, trouvent un excellent milieu de culture pour se multiplier et exalter leur virulence. De tous ces organismes, le seul streptococcus pyogenes parvient à infiltrer les parois utérines. C'est là un fait intéressant bien mis en évidence par nos coupes microscopiques. Dans deux cas d'infection généralisée, les coupes intéressant la muqueuse de l'utérus nous ont montré à sa surface, du côté de la cavité, des microcoques en chaînettes en nombre très considérable ainsi que des bâtonnets. Or, les chaînettes seules pénétraient dans le muscle utérin par les fentes lymphatiques ou les veinules, tandis que les autres organismes restaient à la surface de la muqueuse. Cette affinité du streptocoque pour le tissu utérin, sa façon de s'y infiltrer, expliquent suffisamment son rôle pathogène chez la parturiente. Quand le microbe a franchi la muqueuse, il se propage dans les lymphatiques et les veinules de l'utérus; il traverse parfois cet organe sans y laisser la moindre gouttelette de pus et va déterminer au loin des suppurations dans une articulation, dans un muscle, dans une séreuse. Le microscope seul décèle, dans les vaisseaux utérins, la présence des chaînettes et montre ainsi la voie suivie par l'infection, sans qu'il soit besoin de la demander au pus.

Si l'anatomie pathologique nous démontre que l'utérus ne laisse passer dans ses parois que le streptococcus pyogenes, comment expliquer ces cas, qui, pour être très rares, n'en existent pas moins, où l'infection reconnaît pour cause un micro-organisme différent?

Il faut se souvenir que le périnée, la vulve, le vagin, contusionnés ou déchirés pendant l'accouchement, peuvent servir aussi de porte d'entrée; les suppurations, les ulcères qui siègent à leur niveau en sont témoins. Il faut compter aussi avec la muqueuse vésicale enflammée à la suite de la compression exercée par l'utérus gravide. Si la bactérie étudiée par Clado, et décrite récemment par MM. Albarran et Hallé comme cause de l'infection urineuse, végète dans l'urine d'une semblable vessie ou ascensionne en venant du vagin par le canal de l'urèthre, elle donnera naissance à l'infection urineuse, qui restera méconnue sous le masque de l'infection puerpérale.

Rappelons, à ce propos, que dans les deux cas où nous n'avons pas trouvé dans nos autopsies le streptococcus, nous avons trouvé à sa place un bâtonnet. Cette bactérie, que nous avons contrôlée avec notre ami M. Albarran, présentait tous les caractères de l'organisme trouvé par lui dans l'infection urineuse.

IV

Forme avec suppuration. — C'est la plus fréquente, si bien que certains auteurs semblent douter que le pus puisse faire défaut au cours de l'infection puerpérale.

Nous verrons ce qu'il faut penser de cette opinion.

Dans 9 cas de suppuration à localisations très diverses, nous avons toujours isolé le streptococcus pyogenes. Cet organisme peut déterminer, chez la nouvelle accouchée, les formes les plus variées de suppuration : celles localisées dans l'utérus ou le tissu cellulaire qui l'entoure, celles localisées dans le péritoine, celles encore généralisées à toute l'économie et causant ainsi la pyohémie.

Forme avec suppuration localisée dans l'utérus ou le tissu cellulaire péri-utérin. — Souvent le pus reste localisé à l'utérus ou au tissu cellulaire qui l'entoure, au-dessous du péritoine, qui semble lui opposer une barrière infranchissable.

Les phlegmons du ligament large, de la fosse iliaque, de la région rétro-pubienne, sont des exemples de ces suppurations locales. Toutes, d'après M. Siredey, ressortiraient de la lymphangite utérine, qui s'étendrait aux ganglions de la cavité pelvienne, de sorte que le nom d'adéno-phlegmon conviendrait à toutes ces formes d'inflammation.

Nous avons pratiqué l'autopsie d'une femme morte dans ces conditions, et l'étude histologique et microbiologique que nous avons faite de ses humeurs et de ses organes, remplis de streptocoques, nous permettent de dire que ce qui avait tué cette femme, ce n'était pas la suppuration limitée au tissu cellulaire péri-utérin, mais bien l'invasion de toute son économie par les micro-organismes. Le foie était en dégénérescence graisseuse, le rein en dégénérescence granuleuse; le poumon était atteint de pneumonie épithéliale. Les différents organes étaient ainsi devenus insuffisants, et cette femme était morte par son foie, par son rein et son poumon, dont les cellules avaient été traumatisées par l'action directe de streptocoques ou intoxiquées par leurs produits solubles.

Ce fait comporte plus d'un enseignement; il nous montre :

1° Que chez le même individu, le streptococcus pyogenes peut produire des suppurations en foyer dans certains tissus, qu'il peut infiltrer en même temps certains organes et y déterminer des lésions histologiques sans faire de pus. Il n'est donc pas régulièrement pyogène;

2° Que des infections, qui paraissent s'être localisées à un foyer de suppuration, sont parfois des infections généralisées à toute l'économie, comme le prouve l'examen bactériologique.

Ces conclusions sont applicables aux formes les plus bénignes et les plus pathogènes de l'infection puerpérale, à la *fièvre dite de lait*, se traduisant seulement par un léger frisson et une faible exaspération de la température.

C'est là ce que l'on peut appeler de *petits accidents de la puerpéralité*, qui, pour être bénins, n'en sont pas moins parfois le prélude d'infection généralisée. Ainsi s'expliquent ces phlegmatia alba dolens, ces pleurésies purulentes, ces péricardites survenant quelques jours ou quelques semaines après l'évolution d'accidents peu intenses, en apparence guéris.

V

Péritonite suppurée. — La suppuration du péritoine est si fréquente, chez la femme infectée après l'accouchement, que Baudelocque identifiait la fièvre puerpérale avec l'inflammation de la séreuse. Pendant longtemps, nombre de pathologistes, à son exemple, prirent la péritonite comme base de classification des infections puerpérales. La suppuration péritonéale était la lésion première en date, la localisation primitive de la maladie, et les diverses suppurations observées dans les organes n'étaient que des complications de la péritonite. Cette opinion s'appuyait sur ce fait que la péritonite puerpérale s'observe parfois à l'état pur, sans trace de suppuration dans aucun autre organe, pas même dans les parois utérines.

M. Siredey, s'appuyant uniquement sur l'anatomie pathologique, avait affirmé, au contraire, que la péritonite puerpérale était toujours consécutive à une *lymphangite utérine*, et, pour mieux expliquer son idée, il avait créé le mot : *Lympho-péritonite*.

Nos recherches microbiologiques démontrent que l'opinion de M. Siredey contenait une grande part de vérité. Les lymphatiques utérins sont une voie banale de propagation pour le streptococcus pyogenes, qui peut les remplir sans déterminer la moindre goutte de suppuration sur son passage et gagner ainsi le péritoine.

Les trompes servent aussi à la propagation du micro-organisme dans le péritoine. Le pus détermine alors la péritonite en se déversant dans la séreuse par le pavillon de la trompe. Deux de nos observations sont démonstratives à cet égard.

Pus et fausses membranes fibrineuses, telles sont les altérations essentielles dans la péritonite puerpérale. A l'autopsie de femmes mortes de péritonite généralisée, il n'est pas rare de trouver, comme nous l'avons constaté, du pus enkysté, soit entre deux anses intestinales agglutinées par des fausses membranes, soit à l'intérieur d'une poche pseudo-membraneuse, hermétiquement close, reliée au péritoine par un faible pédicule à la façon d'un kyste. Ce sont des néo-formations fibrineuses de ce genre qui, dans certains cas, malheureusement trop rares, peuvent amener la guérison de la péritonite purulente généralisée.

Il se forme de véritables cavernes abdominales encapsulées, dont le pus est plus tard rejeté à travers une fistule ouverte au niveau de l'ombilic, de l'intestin, du vagin ou de la vessie.

Quoi qu'on en pense, la péritonite généralisée peut guérir exceptionnellement, et il n'est pas d'année où on ne publie des cas de ce genre dans les journaux ou les sociétés obstétricales étrangères.

Une thérapeutique rationnelle doit donc avoir pour but l'immobilisation de l'intestin. C'est pour répondre à cette indication que notre maître, M. le professeur Bouchard, dans tous les cas de péritonite généralisée, administre l'opium à haute dose (25 à 30 centigrammes d'extrait thébaïque par jour), en même temps qu'il pratique l'antisepsie intestinale.

La médication opiacée est, depuis longtemps, préconisée contre la péritonite, et les règles de son application, en cas de pelvi-péritonite, ont été nettement formulées par MM. Siredey et Danlos dans leur article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques ;* mais à M. Bouchard revient l'honneur d'avoir imaginé une méthode qui permet de continuer impunément l'immobilisation de l'intestin pendant quinze et vingt jours. En pratiquant l'antisepsie du tube digestif avec le naphtol β, donné à la dose de 2gr50 par jour, il empêche les putréfactions intestinales de se produire et évite les inconvénients d'une constipation prolongée.

Rappelons que, dans un certain nombre de cas de péritonite suppurée, on a eu recours à la laparotomie.

VI

Forme pyohémique; infection purulente puerpérale. — Dans la forme pyohémique, nous faisons entrer les cas où la suppuration s'est généralisée à distance de l'utérus et du péritoine, dans les parenchymes, les articulations, les muscles, le tissu cellulaire.

Association des microbes dans le pus. — L'examen microbiologique, pratiqué par nous chez quatre femmes ayant succombé à cette forme de l'infection, nous a permis de déceler le microbe en chaînette dans le pus des différents foyers. Souvent nous l'avons trouvé associé à d'autres micro-organismes pyogènes, tels que l'aureus ou l'albus.

Comment interpréter cette pluralité de bactéries constatées dans le pus des abcès ? Faut-il toutes les considérer comme agents pathogènes de l'infection puerpérale ? Faut-il admettre que leur combinaison est nécessaire pour déterminer la suppuration ?

Pour répondre à ces questions, on ne doit pas se contenter de l'examen superficiel du pus pris au hasard dans un seul abcès ; il faut rechercher les organismes dans tous les foyers de suppuration, en distinguant ceux de date ancienne apparus depuis quelques jours et ceux de date récente dont la formation remonte à quelques heures ou un jour. Des recherches ainsi conduites nous ont fourni, dans deux cas, des résultats intéressants.

Chez une femme morte de pyohémie au onzième jour de son infection, nos cultures ont décelé dans le pus de l'utérus, du ligament large du côté droit et de la plèvre du côté gauche, des colonies du streptococcus pyogenes mélangé à quelques rares colonies de staphylococcus aureus et albus. La suppuration de ces organes datait de quelques jours. Le pus, épanché dans l'articulation du coude du côté droit depuis vingt-quatre heures seulement, contenait le streptococcus pyogenes à l'état de pureté. Dans un autre cas, la mort était survenue au douzième jour de l'infection après phlébite suppurée des veines iliaques et de la veine cave inférieure, après abcès du poumon et suppuration du tissu cellulaire de la cuisse du côté droit. A l'autopsie pratiquée quelques heures après la mort, la sanie de la face interne de l'utérus, le pus des parois intra-utérines, et celui des abcès du poumon, donnèrent sur les cultures le streptococcus pyogenes mélangé à quelques germes impurs.

Quelques gouttelettes de pus, recueillies pendant la vie dans l'abcès de la cuisse le jour même de son apparition, avaient fourni des streptocoques à l'état de pureté absolue.

Dans les deux cas, l'examen microbiologique des coupes

du foie, du rein, de la rate, du poumon, pratiqué en des points où n'existait pas de suppuration, ne montrait disséminé dans les capillaires que le streptococcus pyogenes et pas d'autres organismes.

Si, dans le pus en voie de formation, on constate un seul organisme à l'exclusion de tous les autres, il faut bien admettre que lui seul est l'agent de cette suppuration commençante; si, dans les tissus non suppurés, on colore ce même microbe et lui seul, force est de conclure que ce microbe, le streptococcus pyogenes, est bien l'agent généralisateur de l'infection dans les cas qui nous occupent.

Les autres organismes trouvés dans les foyers de suppuration sont donc simplement surajoutés et n'ont aucune part dans la genèse du pus, ni dans celle de l'infection.

Formation des abcès à distance. — Contrairement à la théorie en honneur, la phlébite utérine ou péri-utérine préalable n'est pas toujours la cause indispensable des suppurations généralisées au cours de l'infection puerpérale. Deux de nos observations le prouvent.

Dans ces deux cas, l'examen le plus attentif ne put nous faire découvrir le moindre caillot dans les veines de l'utérus ou dans celles du voisinage, et cela malgré l'existence de suppuration dans l'utérus ou ses annexes.

Le transport embolique de grosses ou petites parcelles de thrombus parties d'une veine enflammée et imprégnées du pus qui les baigne, n'est donc pas la seule cause de la formation des abcès à distance. Il suffit, pour les produire, que l'agent pyogène, le streptococcus dont le foyer primitif est à l'utérus soit, sans véhicule d'aucun genre, transporté par la circulation au sein des tissus.

Développement des thrombus dans les parenchymes. — En parcourant les coupes du foie, du poumon, de la rate, on trouve, au sein des parenchymes, nombre de veines ou veinules thrombosées.

La production de ces thrombus est due à l'action des micro-organismes.

Les streptocoques charriés par le sang s'arrêtent sur la paroi des vaisseaux et, par action de présence, frappent de dégénérescence les cellules de leur endothélium.

Au contact des cellules ainsi lésées, le sang se coagule et prête au développement d'un caillot formé d'abord par une masse de globules rouges, de quelques leucocytes et d'une petite quantité de fibrine en désintégration granuleuse.

Dans quelques cas, la lésion n'en reste pas là, et le thrombus primitif forme abcès de la façon suivante :

Les micro-organismes, continuant à pulluler dans la masse du caillot, finissent par amener la destruction des différents éléments qui le constituent, globules rouges, globules blancs, fibrine. La diapédèse des globules blancs d'un côté, la multiplication des éléments cellulaires de l'autre, déterminent une néoformation embryonnaire qui, subissant à son tour la destruction liquéfiante, constitue le pus. L'inflammation suppurative gagnant de la sorte les parois de la veine, la périphlébite succède à l'endophlébite et l'abcès est constitué.

Pyohémie à forme lente. — L'examen microbiologique des humeurs et des tissus d'une femme morte de suppuration généralisée à évolution lente, au vingt-septième jour de sa maladie, nous a donné les résultats suivants. Dans le pus de divers foyers, abcès du poumon ou phlegmon du ligament large, nous avons isolé le streptococcus pyogenes, mais les parenchymes examinés avec soin par la méthode des cultures ou par celle des coupes ne décelèrent pas le moindre microbe en chaînette. L'infection n'était déjà plus générale, et les micro-organismes, après s'être disséminés dans toute l'économie, s'étaient localisés à certains foyers purulents.

Ce fait nous enseigne que les infections déterminées par le streptococcus pyogenes sont soumises aux lois qui régissent les autres maladies infectieuses. Au bout d'un certain nombre de jours, les tissus deviennent réfractaires à la multiplication du microbe qui disparaît pour rester enkysté entre les parois des abcès. On ne le retrouve plus ni dans le sang, ni dans les organes; l'infection qui était généralisée d'abord est devenue localisée.

VII

FORME DIPHTHÉRITIQUE OU PSEUDO-MEMBRANEUSE. — La fausse membrane fibrineuse est un produit de néoformation qui, pour être beaucoup plus rarement observé que le pus au cours de l'infection puerpérale, n'en offre pas moins d'intérêt. Elle se présente, soit associée à diverses suppurations, soit à l'état pur, sur la vulve, le vagin, la muqueuse utérine, les séreuses. La fausse membrane fibrineuse est, dans ce dernier cas, la seule signature anatomique de la maladie, et le nom de *forme diphthéritique* convient bien à la variété d'infection qu'elle caractérise.

Le terme : *diphthérie puerpérale*, que nous emploierons également, n'implique nullement *a priori* l'idée d'assimilation avec la diphthérie vraie du pharynx et du larynx. Nous le comprenons dans le sens accordé en anatomie pathologique au terme *exsudat diphthéritique* pour caractériser une néoformation fibrineuse.

Si la diphthérie puerpérale a d'abord été signalée par les cliniciens français, tels que Chomel, Béhier, Hervieux, elle semble, en ces derniers temps, être tombée chez nous dans l'oubli, si bien que Maygrier lui consacrait quelques lignes à peine dans son excellente thèse d'agrégation, publiée en 1883, sur les diverses formes d'épidémies puerpérales.

C'est la pathogénie et la nature de cette diphthérie puerpérale, qui, à l'étranger, ont préoccupé les esprits en ces derniers temps.

Les uns (Garrigues) considèrent la diphthérie puerpérale comme une forme d'infection spéciale, comme une des diverses maladies incluses sous le nom de fièvre puerpérale ; les autres (Baumgarten) n'y voient aucune différence avec la diphthérie légitime, maladie de Bretonneau et de Trousseau. L'examen microbiologique, pratiqué dans les cas où la fausse membrane s'observe à l'état pur et dans ceux où elle est associée au pus, prouve l'inexactitude de l'une et l'autre opinion.

Dans une autopsie, en même temps que du pus dans le muscle utérin, la trompe droite, le péritoine et le poumon, nous avons constaté la présence de fausses membranes fibrineuses incrustées dans la muqueuse utérine et baignant dans un liquide sanieux et grisâtre. Le microbe en chaînette existait, comme le démontrèrent les cultures, aussi bien dans la fausse membrane diphthéritique de la muqueuse que dans le sang du cœur et les diverses suppurations.

Une autre de nos observations est un type d'infection puerpérale à forme diphthéritique pure et généralisée. Des lames fibrineuses, se détachant facilement, étaient déposées à la surface de la vulve et du vagin, une fausse membrane épaisse recouvrait presque complètement la muqueuse uté-

rine, dans laquelle elle s'incrustait solidement. Le péritoine était tapissé de fausses membranes sur toute son étendue. Les veines utéro-ovariennes, celles du muscle utérin étaient remplies de caillots fibrineux. On retrouvait des caillots semblables jusque dans les veinules qui rampent à la surface de la muqueuse gastrique. Cette généralisation de la néoformation fibrineuse aux muqueuses, aux séreuses, aux vaisseaux, est, soit dit en passant, un des points les plus intéressants de l'histoire de la diphthérie puerpérale. Elle a été entrevue par M. Hervieux, qui avait déjà établi un rapprochement entre les productions diphthéritiques des muqueuses et les dépôts fibrineux que l'on observe sur la plèvre, le péritoine ou la tunique interne des veines.

Dans le cas précité, nulle part sur les muqueuses ou les séreuses, dans les parenchymes ou les tissus, on ne put observer la moindre gouttelette de pus.

Les cultures faites avec le sang, les fausses membranes ou les organes, fournirent cependant le streptocoque à l'état de pureté. Sur les coupes, les chaînettes se dessinaient à la surface de la muqueuse utérine et apparaissaient encore dans le caillot fibrineux de quelques veinules utérines thrombosées. Dans les fausses membranes, on retrouvait les micro-organismes, mais en très petit nombre.

Ces constatations nous prouvent une fois de plus qu'un seul et même microbe, le streptococcus pyogenes, produit, chez la femme puerpérale, l'inflammation purulente d'une part, l'inflammation diphthéritique de l'autre.

Dans certains cas, c'est le micro-organisme qui semble avoir transformé ainsi son aptitude à se développer sur le milieu humain ; la preuve en est dans ces épidémies, dont Lusk et Garrigues ont rapporté l'histoire. Celle observée par Lusk est particulièrement intéressante : une femme syphilitique est prise, après son accouchement, de diphthérie puerpérale, qui est l'origine d'une épidémie sévère, dans la Maternité, où cette malade est soignée. Cent cinquante femmes sont atteintes d'infection, toutes, avec fausses membranes fibrineuses, et vingt-huit meurent. Le premier cas d'infection à forme pseudo-membraneuse n'avait donc pu propager que des infections de même forme.

Le caractère épidémique, que revêt parfois la diphthérie puerpérale, est loin d'être un argument en faveur de son analogie avec la diphthérie légitime. La fausse membrane fibrineuse est une altération anatomique qui n'a, en elle, rien de spécifique.

La clinique nous enseigne que la *diphthèrie légitime*, par sa marche, son évolution, ses complications, présente tous les caractères d'une maladie autonome et spécifique. Jamais, d'autre part, on n'a vu marcher de pair une épidémie de diphthérie vraie et une épidémie de diphthérie puerpérale ; jamais, on n'a vu l'une engendrer l'autre. Lorsque éclate par hasard, dans une Maternité, un cas d'angine ou de laryngite diphthérique, ce cas est parfois l'origine d'une épidémie d'angine ou de laryngite analogues, mais jamais d'infection puerpérale à forme diphthérique.

La microbiologie fournit des arguments décisifs. Les travaux de MM. Roux et Yersin ont définitivement prouvé que le microbe de la diphthérie n'était pas un streptocoque, mais un bacille à caractères spéciaux, déjà étudié par Klebs et Lœffler.

VIII

Forme septicémique pure sans suppuration ni fausses membranes. — Il est des cas où la mort survient chez la nouvelle accouchée, au milieu de tous les symptômes de l'infection puerpérale, sans que l'examen minutieux des organes décèle, en aucun point de l'économie, la moindre trace de suppuration, ou la moindre parcelle de fausse membrane.

C'est à cette forme d'infection, sans lésion apparente, que nous réservons le nom de *forme septicémique pure*.

Cette variété de la maladie est relativement rare, et quelques pathologistes, ne l'ayant jamais rencontrée, l'ont mise en doute, à l'exemple de Béhier et de Beau.

Un clinicien éminent, M. Hervieux, crut longtemps qu'il n'existait pas un seul cas de septicémie puerpérale, dans lequel on ne rencontrât du pus sur un point quelconque de l'organisme. Cette année même, à la suite d'une communication faite à l'Académie, par M. Cornil, en notre nom, sur les faits que nous allons relater, M. Hervieux n'hésitait pas à avouer qu'après avoir assisté à ces épidémies effroyables qui ravageaient la Maternité, il avait renoncé à sa première croyance et affirmait l'existence des cas de septicémie pure.

Les observations de Bouchut, Lasserre, Guérard, Tardieu, Tarnier, Hardy, Brouardel, Fritsch, etc., sont venues, pour leur part, contribuer à l'histoire de la septicémie sans lésions, et l'autorité de ces observateurs suffit pour répondre de la valeur des faits rapportés par eux.

La durée de cette forme septicémique a été diversement appréciée, même par ses partisans les plus convaincus. Les uns prétendent que son évolution, toujours rapide et foudroyante, se fait en un temps variant de quelques heures à trois jours ; les autres ont relaté des cas, où la mort est survenue lentement, entre six et quinze jours. Nous-même avons pratiqué l'autopsie de trois femmes, mortes sans lésions au troisième, sixième et quinzième jour de l'infection puerpérale.

Quelle est la nature de cette variété d'infection ? Y a-t-il identité d'origine entre elle et les formes vulgaires ? Les trois cas observés par nous sont les premiers, croyons-nous, où des recherches microbiologiques aient été pratiquées chez la femme, pour répondre à ces questions encore controversées.

A l'autopsie, dans les trois cas, nous n'avons trouvé ni pus, ni fausses membranes, mais nous avons non seulement constaté la présence de streptocoques sur les coupes d'organes tels que l'utérus, le rein, le foie ou la rate, mais nous avons pu retirer des cultures du micro-organisme, par ensemencement des parenchymes, ou du sang du cœur sur bouillon, gélatine ou gélose.

Ces faits nous enseignent que la preuve de l'infection ne doit pas toujours être cherchée à l'autopsie, dans le pus ou la fausse membrane, mais bien dans la présence du micro-organisme, disséminé dans les organes. Sans l'examen microbiologique, nous n'aurions pas reconnu l'infection à l'autopsie de deux de nos malades, et la forme septicémique pure a dû ainsi souvent échapper à la sagacité des observateurs.

Reste à trouver pour quelle raison, dans la forme qui nous occupe, le streptocoque n'arrive à produire ni suppuration, ni fausses membranes.

Les pathologistes qui en ont tenté l'explication, l'ont tous cherchée dans la rapidité d'évolution de la maladie. L'organisme serait foudroyé avant que le travail de suppuration ait eu le temps de s'accomplir. Cette théorie n'est pas applicable à tous les faits, comme l'attestent les cas où la mort est survenue au dixième, douzième et quinzième jour

de la maladie. Pour nous, cette forme de l'infection est due le plus souvent à une simple modification dans les qualités pathogènes du micro-organisme, qui a perdu son aptitude à faire du pus. Cette idée, déjà soutenue par MM. Chauveau et Arloing, trouve un nouvel appui dans le fait expérimental suivant : quand on tue un lapin, en introduisant dans ses veines une grande quantité de streptococcus pyogenes, on constate que le microbe, recueilli à l'état pur dans le sang du cœur de l'animal, a subi diverses transformations dans ses qualités pathogènes ; la principale de ces transformations est une augmentation de virulence telle que quelques gouttes, injectées dans le tissu cellulaire lâche, suffisent à déterminer la mort sans produire, en général, de suppuration.

Le streptocoque n'est donc pas constamment pyogène ; on peut lui enlever expérimentalement la propriété de faire du pus, tout en lui conservant et même en exaltant sa virulence.

IX

La phlegmatia alba dolens d'origine puerpérale. — Depuis Mauriceau et Puzos, les théories n'ont jamais manqué pour expliquer la *phlegmatia alba dolens*. Toutes se trouvent résumées dans l'excellente thèse de M. Troisier (1880).

En ces dernières années, à la faveur de la théorie microbienne, une hypothèse a vu le jour, celle de la nature infectieuse de la phlegmatia alba dolens. Déjà émise en 1883 par M. Hutinel (1), cette hypothèse fut encore énergiquement soutenue par M. Siredey en 1884.

La notion de l'origine parasitaire de la phlegmatia puerpérale est aujourd'hui entrée dans la conscience médicale, mais nul, à notre connaissance, n'est encore venu, avec des faits probants et des constatations microbiologiques positives, affirmer la vérité de cette opinion.

Ayant réuni quelques documents cliniques, anatomo-pathologiques et microbiologiques, nous soutenons la nature microbienne constante de la *phlegmatia puerpérale*. Nos conclusions porteront exclusivement sur la phlegmatia *d'origine utérine*.

Preuves cliniques. — Dans huit cas de phlegmatia, nous avons relaté la date précise de l'apparition de l'œdème blanc douloureux. Une seule fois il s'est montré le neuvième jour après les couches, et les autres fois entre le dixième ou quarante et unième jour qui les a suivies. Cette statistique concorde avec celle de tous les auteurs, qui admettent d'une façon générale que la phlegmatia se développe entre le septième et le douzième jour, et que l'époque de son début est parfois retardée jusqu'à la cinquième, sixième, huitième semaine après l'accouchement.

Cette date d'apparition tardive méritait d'être précisée ; elle seule suffit à contredire tous les arguments invoqués pour soutenir la théorie de la thrombose spontanée. Toutes les causes incriminées, telles que la richesse du sang en fibrine, l'altération des globules rouges consécutive à l'anémie, le ralentissement du sang dans les veines des membres inférieurs, se trouvent, en effet, réunies chez la femme enceinte. Comment donc concilier ce fait avec l'absence constante de la phlegmatia au cours de la grossesse et dans les premiers jours qui suivent l'accouchement ? Les causes énumérées ne peuvent être que prédisposantes, et lorsque l'œdème blanc douloureux apparaît, c'est à l'infection qu'il faut en demander la raison.

(1) Hutinel. *Étude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde*, Thèse d'agrégation, 1883.

Les symptômes généraux qui accompagnent la phlegmatia dès son début (fièvre, frissons, prostration, nausées) plaident en faveur de son origine infectieuse.

En général, c'est relativement longtemps après les couches et au milieu d'une bonne santé apparente qu'éclate l'œdème blanc douloureux. Ce début tardif, qui nous a aidé à réfuter la théorie de la thrombose, semble, à première vue, parler également contre l'origine infectieuse de la phlegmatia puerpérale. Ne savons-nous pas que l'infection puerpérale ne débute qu'exceptionnellement après le troisième ou le cinquième jour qui suit l'accouchement ? Cette contradiction est plus apparente que réelle. C'est pour n'avoir pas assez étudié la période intercalaire qui s'écoule depuis le moment de l'accouchement jusqu'au début de la phlegmatia que les auteurs n'ont pas su plus tôt dépister la nature infectieuse de la lésion veineuse.

La maladie ne commence pas avec l'œdème blanc douloureux, dont l'apparition est constamment précédée par une phase prodromique fébrile, dans laquelle un examen attentif décèle toujours la marque de l'infection. Le fait n'avait échappé ni à M. Hervieux, ni à M. Siredey. « Avant la phlegmatia, disait M. Siredey, il y a toujours menace de péritonite. »

Après enquête rigoureuse, nous avons toujours retrouvé, dans nos observations, quelques symptômes fébriles avant l'éclosion de la phlegmatia.

Pas de phlegmatia alba dolens puerpérale sans symptômes fébriles au préalable, telle est la formule toujours applicable.

La phlegmatia n'est que le second temps d'une infection, dont la première étape avait été marquée par l'apparition de symptômes fébriles dans les quatre ou cinq jours consécutifs à l'accouchement.

Si les phénomènes généraux qui accompagnent la phlegmatia sont, le plus souvent, de faible intensité, ils revêtent parfois toute la violence de ceux que l'on observe dans la phlébite suppurée : la température, après avoir été peu élevée, devient excessive ; l'œdème, d'abord blanc, devient rouge et s'accompagne de lymphangite, d'érysipèle et de suppuration. A la forme classique de la phlegmatia succède le tableau effrayant de la phlébite suppurée.

La clinique nous enseigne ainsi, en dépit des opinions courantes, qu'entre les deux lésions, il n'y a qu'une différence de degrés ; l'une peut engendrer l'autre. La phlegmatia n'est qu'une forme légère de la phlébite puerpérale ; c'est un petit accident de la puerpéralité.

Preuves microbiologiques. — Si la phlegmatia de la nouvelle accouchée est une manifestation de l'infection puerpérale, on doit au moins, en un point de la veine malade, trouver le corps du délit, le streptococcus pyogenes, comme on le découvre sur les autres organes lésés.

Ayant pratiqué deux autopsies de phlegmatia alba dolens, nous avons entrepris cette étude en nous gardant d'aller au hasard, sans idée déterminée, chercher les microbes en un point quelconque de la veine.

Nous savons que le mode de formation du caillot varie suivant les points de la veine thrombosée. Une partie du caillot naît sur place (caillot autochtone de Virchow). Une autre se développe secondairement par simple coagulation du sang aux extrémités du caillot primitif (Virchow). Si

donc, partant d'une idée préconçue justifiée par l'observation clinique, on recherche des micro-organismes sur les coupes de la veine, la logique commande d'examiner tout d'abord les parties du caillot primitivement formé. A leur niveau seront déposées sûrement les chaînettes, si elles sont la vraie cause de la lésion, tandis qu'elles pourront manquer au niveau du caillot prolongé, dont la formation est purement mécanique.

D'autre part, sachant que la phlegmatia alba dolens puerpérale est le plus souvent descendante, c'est-à-dire qu'elle débute par les veines intra-utérines pour s'étendre aux veines hypogastriques iliaques et crurales, c'est sur les veines de l'utérus ou celles qui l'avoisinent, que devront porter tout d'abord les recherches microbiologiques.

En suivant cette méthode, nous avons, dans deux cas de phlegmatia alba dolens, rencontré, sur la coupe des veines, le streptococcus pyogenes.

Notre première autopsie est celle d'une femme morte d'infection puerpérale à forme pseudo-membraneuse, avec phlegmatia alba dolens des membres inférieurs.

Les petites veinules de l'utérus étaient remplies par un caillot fibrino-cruorique ou purement cruorique.

Les sinus de grande largeur contenaient un caillot présentant tout l'aspect de celui que l'on rencontre à la surface interne des veines périphériques dans la phlegmatia alba dolens. Sur les coupes, des chaînettes apparaissaient dans un certain nombre de veines ainsi thrombosées. Les microbes étaient déposés sur la paroi interne des veines en masse épaisse, et infiltraient le caillot, là seulement où il y avait de la fibrine en désintégration, sans pénétrer les parties purement cruoriques.

Toutes les veines thrombosées ne se présentaient pas ainsi farcies de streptocoques. Sur les coupes, on en voyait un certain nombre complètement vides de micro-organismes, et les veinules, dont le caillot, complètement cruorique, ne contenait que des globules rouges, ne renfermaient pas, en général, la moindre chaînette.

Voici donc une observation dont l'étude nous prouve qu'en dépit de l'opinion de Virchow, la phlegmatia puerpérale n'est pas due à la simple propagation d'un caillot physiologique.

La microbiologie nous prouve l'influence de l'infection par la constatation de micro-organismes sur la tunique interne des veines. Par action de présence, les microbes déterminent la dégénérescence de l'endothélium d'abord, la coagulation du sang ensuite. L'altération de la veine par action microbienne précède dans la formation du caillot ; la preuve en est dans ce fait que, sur les veinules encore peu altérées, les streptocoques ne sont déposés qu'à la surface interne du vaisseau.

Quant aux thrombus sans microbes, ils ne sont autres que le prolongement des caillots primitifs. Ils n'ont aucune raison pour être infiltrés par les micro-organismes, au moins pendant la première période de leur développement, puisque leur origine, purement mécanique, est due, nous l'avons dit, à la simple coagulation du sang qui bat les extrémités du caillot primitif.

Le seul examen de l'utérus prouve donc que les veines thrombosées dans la phlegmatia alba dolens contiennent des micro-organismes ou en sont vides, suivant les points examinés.

Sur les coupes des parenchymes, du foie par exemple, on peut observer semblables altérations veineuses. On trouve des thrombus farcis de micrococques, on en trouve d'autres, purs de tout micro-organisme. Ces caillots sans microbes ont une origine purement mécanique. Ces lésions veineuses des parenchymes ont mêmes caractères, même génèse, que celles observées dans la phlegmatia alba dolens, au niveau des veines périphériques, et si la phlegmatia alba dolens, au lieu de devoir son nom à ses signes cliniques, le devait à ses caractères anatomiques, nous n'hésiterions pas à dire qu'elle existe aussi bien dans les veines des parenchymes que dans celles de la périphérie. Lorsque le point de départ est à l'utérus, l'extension des caillots, prolongés jusque dans les saphènes, est facilitée par des causes prédisposantes telles que : ralentissement du sang dans les veines des membres inférieurs, lésion préalable des parois veineuses, comme le témoignent les varices si fréquentes au cours de la grossesse.

Les thromboses d'origine microbienne, ainsi disséminées au loin dans les organes, nous aident encore à comprendre ces cas de phlegmatia, dont les caillots, développés à distance, dans les veines périphériques, ne sont pas en contiguïté avec les veines utérines. Ces faits, pour être rares, n'en ont pas moins été observés par différents auteurs. Pour les expliquer, il est permis de supposer que ce qui se passe dans les veines des parenchymes, se passe également dans les veines périphériques. On peut supposer que des microbes, charriés par le sang, peuvent déterminer la formation d'un thrombus primitif, aussi bien en se déposant dans un repli valvulaire de la saphène, qu'en un point de l'endothélium d'une veine sus-hépatique.

Dans l'histoire de la phlegmatia alba dolens, une question, la suivante, a sans cesse préoccupé les anatomo-pathologistes : les caillots des veines thrombosées peuvent-ils se terminer par suppuration ? Soutenue d'abord par Cruveilhier, niée ensuite par Virchow, la possibilité de la suppuration du caillot a été, en général, considérée par les auteurs récents comme une erreur d'interprétation. Ils disent que le liquide, rencontré parfois au sein des veines thrombosées, n'est jamais purulent, mais toujours puriforme, qu'il n'offre jamais la constitution histologique du pus.

L'examen microbiologique pratiqué sur les pièces provenant de l'autopsie d'une femme ayant succombé à une phlegmatia alba dolens, d'origine utérine, nous a montré que toute la portion fibrineuse du caillot provenant de la veine iliaque était farcie de microbes en chaînettes, si confluents en certains endroits qu'ils formaient, sur les coupes colorées par la méthode de Weigert, des masses violettes compactes ; elles tapissaient la surface interne, tout en y formant une couche relativement épaisse. Quelques chaînettes isolées pénétraient même les tuniques de la veine et, s'enfonçant jusque dans la tunique externe, étaient la cause de la périphlébite commençante.

Le liquide recueilli au centre du caillot fut étalé sur lamelles, et se montra, après coloration, rempli de streptocoques, de parcelles fibrineuses en désintégration et de quelques leucocytes en dégénérescence graisseuse ou à noyaux fragmentés.

Voici donc un cas où l'origine parasitaire de la phlegmatia a été rigoureusement prouvée par l'examen microbiologique de la veine iliaque. D'autre part, dans le cas présent, c'était du pus et non de la matière puriforme qui s'était formé au centre du thrombus.

La suppuration du caillot est loin d'être la terminaison

constante de la phlegmatia. Le plus souvent, le thrombus s'émiette par simple désintégration granuleuse de la fibrine ou par dégénérescence graisseuse des cellules qui le composent. Ainsi s'explique la bénignité relative de la plupart de ces phlegmatias puerpérales. C'est seulement dans certaines circonstances que le streptocoque, retrouvant ses qualités pyogènes, fait entrer en suppuration le caillot fibrino-cruorique dont il avait déterminé la formation; ainsi s'installe la phlébite suppurée avec toutes ses conséquences.

L'histoire de la phlegmatia alba dolens nous prouve donc à nouveau la possibilité pour le streptococcus pyogenes d'occasionner dans les veines, comme dans les autres tissus, des lésions avec ou sans suppuration.

De ce que nous avons avancé, nous pouvons tirer la conclusion que la phlegmatia alba dolens puerpérale est de nature infectieuse.

Nous ne parlons pas, pour le moment, des autres espèces de phlegmatia. Leurs causes sont peut-être multiples, mais il est déjà permis d'assigner une origine parasitaire à certaines de leurs variétés. Déjà, en 1883, dans sa thèse d'agrégation, M. Hutinel disait avoir trouvé des micro-organismes dans les caillots des veines oblitérées chez les typhoïdiques atteints de phlegmatia alba dolens, et M. Dunin, en 1886, a décrit des micrococques venus sans doute par infection secondaire dans le caillot d'une phlegmatia alba dolens observée chez un typhique.

D'autre part, dans un cas de phlegmatia survenu chez un tuberculeux à la période cachectique, nous avons, avec M. Chantemesse, trouvé le bacille de Koch sur un point de la veine thrombosée.

X

Rapports de l'érysipèle et de l'infection puerpérale. — Il n'est pas rare d'observer l'érysipèle chez la nouvelle accouchée, et la clinique a dès longtemps indiqué les rapports qui l'unissent à l'infection puerpérale, tant par la coïncidence des épidémies de l'une et l'autre affection, que par les faits de contagion réciproque observés chaque jour entre les deux maladies, ou la présence fréquente chez la même femme de l'infection puerpérale et de l'érysipèle.

D'autre part, Frænkel, dès 1884, avait soupçonné les rapports existant entre les cocci de l'érysipèle phlegmoneux et ceux de la péritonite puerpérale, et Hartmann, en 1886, dans un travail très consciencieux, établissait expérimentalement le caractère érysipélateux de certaines formes d'infection puerpérale. Winckel, l'année suivante, confirmait les expériences d'Hartmann. Ayant isolé un streptocoque dans le pus ou le sang du cœur de trois femmes atteintes d'infection puerpérale, il en injecta les cultures dans l'oreille des lapins. Il obtint toujours de la sorte un érysipèle typique. Injectées dans le péritoine, ces mêmes cultures n'occasionnèrent qu'une fois sur trois la péritonite purulente. De ces expériences, Winckel conclut que, dans le virus de l'érysipèle, se trouve l'agent pathogène le plus redoutable de l'infection puerpérale, et, comme Hartmann, sans oser généraliser, il avance seulement qu'il existe, dans beaucoup de cas, une grande affinité entre l'érysipèle et la fièvre puerpérale.

Dans une communication faite à l'Académie de médecine le 13 mars dernier, M. Doyen (de Reims) annonçait qu'en inoculant à l'oreille d'un lapin les germes de l'érysipèle, il avait vu se développer une dermite érysipélateuse, parfois suivie de mort. L'inoculation du streptocoque du pus lui donnait, par contre, en même temps qu'un petit abcès, un peu de rougeur, mais quelquefois aussi un véritable érysipèle bénin. Avec le streptocoque puerpéral, il obtenait un petit abcès et un érysipèle constant, souvent mortel.

« On serait donc porté à confondre, dit M. Doyen, ces trois streptocoques, que d'ailleurs il est impossible de distinguer par l'examen microscopique aussi bien que par leurs cultures. »

Nous-même (1), le 29 mai dernier, nous annonçions qu'ayant inoculé dans l'oreille du lapin le streptocoque de l'infection puerpérale, nous l'avions vu déterminer tantôt une plaque érysipélateuse, tantôt de petits abcès.

Nos expériences ont été pratiquées avec des cultures faites par ensemencement de produits pathologiques provenant de six femmes atteintes d'infection puerpérale. Cinq de ces femmes avaient succombé à la forme avec suppuration, une à la forme pseudo-membraneuse. En inoculant les cultures dans le tissu cellulaire de l'oreille du lapin, trois fois nous avons obtenu des plaques érysipélateuses sans suppuration, deux fois des foyers de suppuration sans érysipèle et une fois un petit abcès en même temps qu'une plaque d'érysipèle.

Nous avons, d'autre part, étudié expérimentalement les rapports de l'érysipèle et de la suppuration, en dehors de la puerpéralité, en faisant porter nos recherches sur plusieurs cas d'érysipèle terminés, chez l'homme, par suppuration. Dans ces cas, aussi bien du sang de la plaque érysipélateuse, que du pus de l'abcès sous-jacent, nous avons retiré à l'état de pureté, en opérant en temps opportun, le même streptocoque identique par tous ses caractères.

D'autre part, avec M. Chantemesse, nous avons imaginé un procédé qui nous a permis de transformer la virulence du microbe, par passage dans le sang du lapin.

En faisant passer dans l'organisme du lapin le streptocoque retiré du pus, en même temps que nous avons exalté sa virulence, nous lui avons fait perdre ses qualités pyogènes, et nous l'avons rendu apte à produire l'érysipèle.

Les arguments, tirés de la clinique et de l'expérimentation, nous permettent déjà de tirer les conclusions suivantes :

1° Le streptocoque, qui occasionne la dermite érysipélateuse, peut causer, à lui seul, la suppuration dans l'érysipèle phlegmoneux.

2° Avec le streptocoque isolé des humeurs d'une femme atteinte d'infection puerpérale, on peut produire l'érysipèle comme avec le streptocoque isolé d'une plaque érysipélateuse.

XI

Conclusion générale. — De l'ensemble de cette étude se dégage cette conclusion générale, qu'un seul organisme, le streptococcus pyogenes, suffit à produire les différentes formes cliniques et anatomiques aiguës ou chroniques de l'infection puerpérale, à porte d'entrée utérine. Il détermine la fausse membrane fibrineuse, le thrombus de la phlegmatia alba dolens, de simples altérations histologiques des parenchymes, aussi bien que le pus des abcès. Le polymorphisme des lésions qu'il occasionne est le point le plus intéressant de son histoire.

(1) F. Widal. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 27 mai 1888.

Ces formes morbides si diverses sont expliquées, dans l'immense majorité des cas, par les variations dans la virulence du microbe qui est leur cause commune.

Jusqu'à présent, dans l'étiologie des maladies infectieuses, on a coutume de compter seulement avec quatre facteurs :

1° La nature du microbe pathogène ;
2° La quantité de germes infectants ;
3° La porte d'entrée par laquelle ils pénètrent ;
4° Le terrain sur lequel ils évoluent.

Il faut s'habituer à compter avec un cinquième : *la virulence*.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS.

Arrêté ministériel du 24 mai 1889.

Il est institué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints de la clinique ophthalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts.

Les candidats devront être Français et pourvus du diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'État. Ils ne devront pas être âgés de plus de trente-cinq ans au jour de l'ouverture du concours.

Ils adresseront leur demande, un mois au moins avant l'ouverture du concours, au ministre de l'Intérieur qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Cette demande sera accompagnée : 1° de l'acte de naissance du postulant; 2° de ses diplômes; 3° de ses états de services et notamment des certificats établissant que le postulant aurait été attaché, à un titre quelconque, soit à un hôpital, soit à un établissement consacré aux maladies des yeux; 4° enfin, d'un exemplaire de sa thèse et des publications scientifiques dont il serait l'auteur.

Les candidats devront, en outre, prendre dans leur demande l'engagement : 1° de consacrer, au service de la Clinique nationale ophthalmologique, le temps de présence régulière que comporte la fonction de médecin-adjoint; 2° de se conformer aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 10 août 1888, portant réorganisation du personnel médical de la Clinique nationale, lequel est ainsi conçu : « Les médecins et les médecins-adjoints ne pourront avoir la direction ni être intéressés dans la gestion d'une clinique particulière. »

Le jury chargé de tenir le concours et d'en juger les résultats sera composé de cinq médecins spécialistes pour les maladies des yeux, dont l'un sera nécessairement choisi parmi les médecins de la Clinique nationale ophthalmologique, ces médecins seront désignés par le ministre de l'Intérieur ainsi que le président du jury.

Les épreuves du concours sont au nombre de quatre :

1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de pathologie oculaires. Il sera accordé deux heures pour traiter le sujet;

2° Une épreuve clinique portant sur deux malades. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des malades; vingt minutes d'exposition;

3° Une épreuve opératoire sur un animal ou un cadavre;

4° Un exposé par le candidat de ses titres et de ses travaux scientifiques. Il sera accordé vingt minutes pour cet exposé.

Tout candidat, nommé à un emploi de médecin-adjoint de la clinique ophthalmologique, ne le sera désormais qu'à titre provisoire et devra accomplir, avant sa titularisation définitive, un stage de six mois à l'expiration duquel le directeur de l'Hospice national, dans un rapport, accompagné de l'avis motivé des deux médecins de la clinique, rendra compte au ministre de la façon dont le médecin-adjoint stagiaire se sera acquitté de son service depuis son entrée en fonctions.

Le prochain concours aura lieu dans la première quinzaine du mois d'août prochain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'occasion des fêtes de la Pentecôte, la Faculté sera fermée le dimanche 9 et le lundi 10 juin 1889.

— *Concours d'agrégation (anatomie et physiologie).* — Leçon orale d'une heure, après quarante-huit heures de préparation libre :

Lundi 27 : M. Variot. « La glande sous-maxillaire, anatomie descriptive et histologie » ; — M. Retterer. « Pharynx, anatomie et développement. »

Mardi 28 : M. Guinard. « Les feuillets blastodermiques, leur origine ; indication sommaire de leurs dérivés » ; — M. Lapeyre. « Des inhibitions dans le système nerveux périphérique exclusivement. »

Mercredi 29 : M. Meyer. « Physiologie générale des appareils glandulaires » ; — M. Abelous. « Association fonctionnelle des appareils respiratoire et circulatoire. »

Vendredi 31 : M. Vialleton. « Fonctions sensitives du cerveau » ; — M. Gley. « De la sensibilité comme régulateur des fonctions organiques ».

Samedi 1er juin : M. Hedon. « Innervation pulmonaire ».

Les épreuves pratiques commenceront le lundi 3 juin.

— *Concours d'agrégation (physique et chimie).* — Leçon orale de trois quarts d'heure.

Vendredi 24 mai : MM. Bertin-Sans et Weiss. « Les machines dynamo-électriques ».

Samedi 25 mai : MM. Patein et Faucher. « Les piles thermo-électriques ».

Lundi 26 mai : M. Leclercle. « La température, les thermomètres ».

L'exposé des titres aura lieu dans l'ordre suivant : MM. Barthe, Leclercle, Weiss, Bertin-Sans, Patein, Faucher, Fauconnier, Denigéze, Monange.

— Par décret, en date du 29 mai 1889, ont été nommés :

1° Membres titulaires du jury des récompenses pour les classes des groupes II à VIII, les médecins dont les noms suivent : *Groupe II.* — MM. Gariel et Milne-Edwards (classe 8); Badin, Paul Berger, U. Trélat et Verneuil (classe 14);

Groupe VI. — MM. Brouardel, Martin, Monod, Proust et Th. Roussel (classe 64).

Groupe VIII. — MM. Chauveau (classe 73 ter); Lacaze-Duthiers et Edmond Périer (classe 77).

2° Membres suppléants : *Groupe II.* — MM. d'Arsonval (classe 8); Magitot (classe 14); H. Becquerel (classe 15);

Groupe VI. — MM. Napias et Le Mardeley (classe 64).

3° Membres titulaires du jury des récompenses (section des colonies françaises et pays de protectorat); M. de Lanessan (classe 67).

— *Asiles d'aliénés.* — Par suite du décès de M. le docteur Belle, le mouvement suivant vient d'avoir lieu dans le service de la direction médicale des asiles d'aliénés :

M. Gallopin passe de Pierrefeu à Fains; M. Paté passe de Ville-Évrard à Pierrefeu; M. Balet est nommé à Ville-Évrard.

M. Garnier passe de La Charité à Dijon; M. Faucher passe de Nangeat à La Charité; M. Dursoult passe de Saint-Venant à Nangeat; M. Germain Cortyl passe d'Alençon à Saint-Venant; M. Paris passe de Châlons à Alençon; M. Jules Sizarte passe de Maréville à Châlons.

— Un concours s'ouvrira le 18 juin au ministère de l'Intérieur pour l'admission aux emplois d'interne en médecine de la maison de Charenton.

— Le Congrès international d'otologie et de laryngologie se

tiendra, du 16 au 21 septembre, sous la présidence de M. le professeur Duplay, demeurant rue de Penthièvre, 2.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation, le dimanche 2 juin, à l'Isle-Adam (Oise) et sur les côteaux de Champagne.

On partira par le train de huit heures quarante du matin, gare du Nord, on arrivera à l'Isle-Adam à dix heures quatre. On sera de retour à Paris entre cinq et six heures.

La compagnie du Nord délivrant, le dimanche, des billets d'aller et retour pour la banlieue *à prix très réduits*, n'accordera pas aux étudiants pour cette herborisation des billets à demi-droit. Chacun prendra son billet individuellement à la gare à l'heure du départ.

— M. Bureau, professeur de botanique (classifications et familles naturelles) au Muséum, fera sa prochaine herborisation, le dimanche 2 juin, à Domont.

Départ de Paris, gare du Nord, à huit heures vingt-cinq. Retour à six heures trente.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

Signes immédiats de la mort (1).

II

J'arrive à un signe de la mort beaucoup plus important, ce sont les *sugillations* ou *lividités cadavériques*, qui se présentent sous l'aspect de colorations violettes faites comme au pinceau dans les endroits où le cadavre ne porte pas sur un plan résistant. Certaines personnes s'imaginent qu'on peut les confondre avec des ecchymoses : d'abord les lividités peuvent se déplacer et il suffit, pour obtenir ce résultat, de déplacer le cadavre; et puis, si on fait une incision, on trouve une matière colorante dans les veines et, au bout d'un certain nombre d'heures, cette matière colorante transsude dans les tissus.

M. Mollaut, inspecteur des décès, ne les a jamais vues manquer sur 15146 cadavres qu'il a eu à examiner, même dans les cas d'hémorrhagie puerpérale. C'est donc un excellent signe. Voici cependant une cause d'erreur : il y a des maladies où les lividités apparaissent quatre ou cinq heures avant la mort; mais ce sont alors des agonies certaines chez des cholériques, chez des urémiques, chez des asphyxiés. Les lividités cadavériques se forment lorsque, les capillaires étant paralysés, le sang s'accumule dans les parties déclives et la matière colorante des globules se porte sur le sérum. Vous pouvez les constater immédiatement après le décès ou cinq heures après, suivant le genre de mort.

La coagulation du sang est aussi une des conditions sur lesquelles les médecins légistes ont beaucoup discuté. On a dit que le sang vivant se coagule et que le sang mort ne se coagule pas. Il est vrai que du sang retiré d'un individu en pleine santé se coagule promptement, mais du sang retiré d'un cadavre se coagule aussi au bout d'un temps plus ou moins long; il y a aussi des individus dans les vaisseaux desquels le sang se coagule, alors qu'ils sont encore vivants. Je me demande comment on peut tirer parti, dans le diagnostic de la mort, de ces différents phénomènes, très difficiles à apprécier, et je ne le vois pas.

Un signe de la mort, qui peut être considéré comme presque certain, est tiré de la température du corps. Or, non seulement le cadavre ne devient pas brusquement froid au moment de la mort, mais, dans certains cas, il y a même une élévation de température *post mortem*, due sans doute à l'intensité des actions chimiques qui surviennent alors. Ce phénomène se produit ordinairement dans les maladies zymotiques et, dans le choléra en particulier, qui se caractérise par l'algidité, on a été très étonné de voir la température monter tout d'un coup à 42 et 43 degrés. Il y avait un intérêt majeur à savoir en combien de temps cette température disparaissait. La chute se fait par dégradation inégale : il y a d'abord une diminution assez brusque, puis un temps d'arrêt, puis une diminution beaucoup plus lente. Un de mes élèves a pu établir que le refroidissement se faisait de la périphérie au centre, mais que l'harmonie avec la température extérieure n'avait lieu qu'au bout de quarante ou cinquante heures. Pourtant, les expériences ont été faites sur des dalles d'amphithéâtre, dans un milieu favorable au refroidissement. Il est bien entendu que ce refroidissement varie beaucoup suivant le milieu dans lequel on a conservé le corps.

On a beaucoup discuté autrefois sur la question de savoir si les noyés se refroidissaient plus vite que les autres. Eh bien! le liquide absorbant dix fois mieux la chaleur que l'air ambiant, un corps plongé dans l'eau se refroidit dix fois plus vite qu'un corps exposé à l'air.

Enfin, le volume du corps doit entrer aussi en ligne de compte, surtout lorsque nous nous trouvons en présence d'individus très maigres ou très gras. La graisse est un corps mauvais conducteur de la chaleur et, par conséquent, il retarde le refroidissement.

Quel degré, au thermomètre, pouvons-nous indiquer comme signe certain de la mort? Il y a, dans ce sens, deux faits très instructifs. Pendant que M. Bourneville était interne à la Pitié, on lui apporta un individu qui avait été trouvé complètement nu, couché sur le carreau de sa chambre, et qui avait 27°05 de température rectale. Celui-ci succomba et, au moment de la mort, le thermomètre monta de 28 à 36 degrés.

Le deuxième fait appartient à M. Laborde. Il a trait à un individu ivre-mort qui avait 26 degrés et quelques dixièmes

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 557.

dans le rectum. On parvint à le réchauffer et à le rendre à la vie.

La température de 26 degrés n'est donc pas incompatible avec la vie. Mais je suis convaincu que, si on constate chez un individu la température de 20 degrés, on peut le considérer sûrement comme mort. C'est sur cette opinion que se sont basés un certain nombre d'auteurs pour construire des *thanatomètres* qui ne sont que des variétés du thermomètre et, par conséquent, des instruments inutiles, puisque celui-là est suffisant.

Les autres signes de la mort, sur lesquels on a insisté, sont les suivants : le médecin qui constate le décès devrait frotter énergiquement le cadavre de façon à enlever l'épiderme; six, sept ou huit heures après, il y aurait, au même endroit, une *plaque parcheminée*, indice de la mort des tissus. Mais, outre que cette opération, qui obligerait le médecin à retrousser les vêtements du mort, serait mal vue des familles, je me rappelle une jeune fille qui, s'étant trouvée subitement très malade dans une maison où elle n'aurait pas dû être, avait été frottée si énergiquement par la personne qui la recevait qu'elle n'avait plus 1 centimètre d'épiderme sur le corps : dix-huit heures après la mort, il n'y avait pas une plaque parcheminée.

Il y a aussi l'épreuve dite des brûlures. Pendant la vie, lorsqu'on se brûle avec de la cire ou un instrument quelconque de vésication, il se fait une phlyctène qui contient un liquide albumineux. En médecine légale, vous vous trouverez en face de brûlures sur le cadavre et vous pourrez avoir à vous demander si elles ont été faites pendant la vie ou après la mort. Dans le premier cas, vous constaterez tout autour de la brûlure une zone de congestion formée par une série de petites veines dans lesquelles il y a du sang.

Il n'en est pas toujours ainsi. Chez des individus vivants, mais très malades, il arrive un moment où l'épiderme ne réagit plus et où les garde-malades vous disent : « Monsieur, les vésicatoires ne prennent plus. » D'autre part, sur une jambe que vous venez de couper, vous pouvez déterminer des phlyctènes remplies d'albumine. Enfin, il y a quelques années, un artificier, dont la boutique avait sauté et qui était mort dans une température surélevée, a été trouvé couvert de phlyctènes, mais sans aucun vestige des rougeurs dont je viens de vous parler.

Il y a un autre signe qui paraît meilleur, c'est la *phlyctène explosive*. On approche le doigt du sujet à 1 centimètre de la flamme d'une bougie; il se forme lentement une phlyctène qui éclate soudain par l'explosion des gaz. On s'est demandé si le même effet ne se produirait pas sur le vivant; je l'ai essayé une fois sur la jambe d'un amputé, et le phénomène a eu lieu.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Lésion cardiaque, insuffisance mitrale, anémie cérébrale, respiration alternante.

Le vieux cardiaque, si curieux par sa respiration alternante, est un malade entré dans mes salles, il y a six semaines, mais qui a déjà fait antérieurement plusieurs séjours ici.

Cet homme, âgé de soixante-trois ans, s'était toujours bien porté jusqu'en 1886, si ce n'est qu'il avait sur ses deux jambes des ulcères variqueux, indices d'une mauvaise circulation. Mais, il y a deux ans, il fut en proie à des troubles circulatoires, caractérisés par des vertiges et un certain état cérébral. L'année suivante il fut pris d'accès d'oppression, pour lesquels il vint se faire soigner à l'hôpital Necker, y séjourna deux mois au bout desquels les crises avaient complètement cessé. Il avait alors aussi de l'œdème des extrémités inférieures.

Puis, au mois de janvier dernier, les mêmes accidents reparurent, et après les avoir traités tant bien que mal chez lui pendant un certain temps, il s'est décidé à revenir à l'hôpital.

Cet homme, grand et fort autrefois, était, à son arrivée, assez amaigri, pâle, mais sans aspect cachectique et, cette fois, sans œdème des membres inférieurs. Il était en proie à des vertiges, à des étourdissements, à un état somnolent invincible, assez calme, à un état cérébral caractérisé par une obnubilation intellectuelle complète, à une hébétude véritable, quoiqu'il ait été doué toujours jusque-là d'une intelligence saine et ordinaire. Bref, ma première impression était que j'avais affaire à un état cardiaque compliqué d'anémie cérébrale.

Du côté du cœur je constatais des battements très irréguliers, sourds, de l'arythmie, un souffle systolique à la pointe (insuffisance mitrale), du claquement au second bruit, dû à quelque induration des valvules sigmoïdes. Peut-être le cœur était-il un peu gros, ce que l'état emphysémateux ne permettait pas de reconnaître bien nettement. Les poumons présentaient un certain degré d'engouement, le foie était sain, les reins momentanément congestionnés; les urines rares, foncées, bourbeuses, contenaient à peine quelques traces d'albumine. Du côté des artères, pas d'accidents graves, le pouls était assez ample, la tension artérielle n'était pas considérable, enfin léger état athéromateux des radiales. Bref, les symptômes artériel et veineux laissaient un peu à désirer.

Diagnostic. — Lésion cardiaque, insuffisance mitrale, initiale ou simultanée d'une artério-sclérose généralisée? Au début, je ne pouvais immédiatement me prononcer. Dans les antécédents du malade il n'y avait pas de néphrite interstitielle, pas de polyurie nocturne, ni albuminurie, ni céphalée, ni troubles visuels, mais, je le répète, une affection cardiaque avec un peu d'asystolie. Je prescrivis pendant quelques jours la poudre de digitale, en élevant progressivement la dose jusqu'à 1gr,50; sous son influence, le cœur reprit sa lenteur, les battements redevinrent réguliers, les urines furent plus abondantes et plus claires. Mais, en même temps, un phénomène nouveau survenait : une dyspnée à type intermittent, caractérisée de la manière suivante : après une pose respiratoire, une série de respirations de plus en plus courtes, pendant l'espace de dix à douze secondes, suivie d'une série de respirations plus longues, moins tumultueuses et allant peu à peu en s'éteignant, jusqu'à la cessation de toute respiration, soit une apnée complète succédant à la dyspnée, et le malade, les yeux fermés, mort pour ainsi dire, sans aucun mouvement du thorax. Puis l'accès de dyspnée revenait suivi d'une nouvelle phase apnéique. Cette respiration alternante dura du matin au soir et jusque dans la nuit, présentant les quatre phases : 1° apnée pendant vingt-cinq à trente secondes; 2° phase ascendante dyspnéique durant cinq à six secondes; 3° dyspnée absolue, quinze à vingt secondes; 4° phase décroissante, cinq à six secondes; soit en tout, d'une durée d'une minute environ.

Or, fait curieux, le sommeil n'avait aucune influence sur le phénomène, et la respiration alternante ou de Cheyne-Stokes restait absolument la même pendant l'état de sommeil que pendant celui de veille, avec son rythme identique; bien plus, le réveil brusque du malade ne produisait aucune modification, même passagère.

Par contre, le pouls n'était pas le même pendant chacune des phases de cette respiration; ainsi, pendant l'apnée, il s'accélérait et le nombre des pulsations s'élevait à 70 ou 80; pendant la dyspnée il était très lent, très régulier et marquait seulement 56 à 60. Pendant quelque temps même ce pouls avait été géminé, c'est-à-dire caractérisé par une pulsation forte succédant à une pulsation forte. Mais ce phénomène était dû à l'administration de la digitale, ainsi que sa disparition, peu de jours après la cessation de ce médicament, l'a démontré.

Pendant ce temps l'état cérébral était des plus intéressants à étudier; la somnolence, l'engourdissement, l'obnubilation des idées, c'est-à-dire un état de dépression cérébrale, a duré pendant trois ou quatre semaines. La somnolence était surtout prononcée pendant la période d'apnée, tandis qu'un délire vague, inconscient, se produisait pendant la phase de dyspnée, c'est-à-dire une surexcitation cérébrale relative. C'est ainsi que cet homme commettait des actes absolument automatiques, inconscients, allant se coucher, par exemple, dans le lit de son voisin, urinant dans la salle au lieu d'aller dans les water-closets, se perdant même dans la salle, au point de ne plus reconnaître son lit, enfin, présentant une perte complète de mémoire des faits qui s'étaient passés, et oubliant même ses propres actions.

Et cependant, fait bien curieux aussi, pendant son délire, il retrouvait sa raison si l'on s'efforçait d'attirer son attention sur un fait quelconque, et répondait très correctement aux réponses qu'on lui posait. Enfin, il n'a jamais eu la moindre hallucination.

Or, cet état cérébral est parfaitement en rapport avec les troubles circulatoires que présentait le malade.

J'ajoute que, en pareils cas, on observe parfois des troubles visuels; chez lui il n'en a rien été et je n'ai jamais remarqué autre chose que de la contraction pupillaire.

Tel a été l'ensemble des symptômes que ce malade a présentés. Ces phénomènes ont persisté pendant quatre semaines, malgré le traitement que j'avais institué; après quoi ils se sont peu à peu atténués pour disparaître à peu près complètement aujourd'hui. En effet, il ne reste plus rien des phases apnéique et dyspnéique, de la respiration alternante, à peine quelques rares vestiges s'observent-ils encore parfois pendant le sommeil, mais ils sont des plus faibles.

Tout délire a également disparu, et l'intelligence est revenue.

Voici, d'ailleurs, le traitement que j'avais mis en œuvre dès le début, et que j'ai modifié ainsi qu'il suit, pendant le cours de la maladie.

Tout d'abord, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, j'ai eu recours à la digitale administrée à haute dose. Sous son influence, comme je l'ai dit également, les battements du cœur sont devenus moins tumultueux et se sont régularisés. Mais, par contre, son action a été absolument nulle sur la respiration alternante.

J'ai essayé alors l'iodure de potassium pur, puis associé au bromure de potassium; ces deux agents sont restés sans effet sur les phénomènes respiratoires et sur l'état cérébral qui ont persisté sans aucune modification; ce que voyant, j'ai tenté l'emploi des injections de morphine et l'administration du chloral à l'intérieur. Ces deux médicaments m'ont donné d'excellents résultats. Sous leur influence j'ai vu diminuer, puis cesser les phénomènes d'excitation de l'état cérébral et de la respiration alternante avec ses phases ascendante et descendante, d'apnée et de dyspnée, phénomènes qui ont complètement disparu à l'heure actuelle. Enfin, j'ai complété leur action par une médication tonique.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. LE BEC.

Hernie vagino-péritonéale étranglée; ectopie testiculaire; cure radicale; guérison.

Pierre C..., vingt-cinq ans, cocher, entre le 7 janvier 1886 à l'hôpital Saint-Joseph, dans un état très grave. Le matin à six heures, il a été pris de vomissements et de violentes douleurs de ventre. On me prévient le jour même de son entrée, et je constate les particularités suivantes.

C'est un homme grand et vigoureux. Il est monorchide à gauche, et dit que ce fut la cause de son exemption du service militaire, son testicule droit n'étant pas appréciable.

Au-dessus du pubis et à droite est une tumeur dure allongée obliquement et qui cause au malade de vives souffrances. Il a même eu deux vomissements dans la journée.

La masse est du volume d'un œuf de poule, placée au-dessus du pubis, puis elle va en remontant dans l'abdomen, jusqu'à une ligne horizontale, qui passerait par l'épine iliaque antérieure et supérieure. Par la pression, on trouve qu'elle est sonore, sauf dans la partie la plus inférieure.

En palpant, on constate qu'elle est formée de plusieurs parties. En général elle a la forme d'un cylindre paraissant long de 8 à 10 centimètres, qui se porte en haut et en dehors, en plongeant profondément dans le ventre. En bas est une petite masse, un peu mobile, que je reconnais être le testicule atrophié. Plus haut le cylindre présente des parties bosselées, comme séparées par des sillons. Il est en même temps facile de constater que l'on éprouve la plus grande difficulté à embrasser la hernie avec la main, parce que la paroi abdominale ne permet pas aux doigts d'atteindre la face postérieure.

La hernie est sonore, sauf dans la partie sus-pubienne où la matité forme un point assez limité.

Le malade est endormi, et je fais quelques tentatives de taxis, dont je reconnais bien vite l'inutilité, parce qu'il m'est impossible d'atteindre et d'embrasser efficacement le collet du sac. L'avantage que j'en tire est une exploration plus parfaite, qui me fait reconnaître que l'espèce de cylindre formé par la hernie remonte très haut dans la paroi abdominale.

Kélotomie. — La peau est incisée obliquement en haut et en dehors, au-dessus du pubis. Je trouve un sac de forme triangulaire, à base dirigée vers la symphyse, et à sommet regardant l'épine iliaque. Il a 6 centimètres de long et représente un cornet très étroit. Je le dissèque très aisément, et je le sépare partout du tissu cellulaire. En le palpant, je constate qu'il est vide, mais, dans la partie supérieure, on sent l'extrémité d'un corps dur, gros comme le petit doigt. C'est le testicule très atrophié.

Le sac est ouvert, il coule un peu de sérosité claire, et le testicule est mis à nu. En tirant fortement sur le sac, je vois le testicule franchir l'anneau inguinal externe. Je reconnais alors qu'il existe dans le sac un premier rétrécissement, qui maintenait le testicule fixé au-dessus de la première poche ouverte.

Le doigt introduit dans la cavité rencontre le cordon, puis très haut une anse intestinale un peu dure. Des tractions sont faites

sur le sac, qui, abaissé au maximum, commence à se déchirer. Ne pouvant réduire l'intestin, j'incise l'anneau inguinal et le muscle grand oblique et, pour atteindre le point rétréci, je suis forcé d'agrandir l'incision en haut et en dehors, ce qui m'entraîne à remonter l'incision presque jusqu'à la hauteur de l'épine iliaque. Ce n'est qu'à ce prix que j'évite la rupture du sac sur lequel j'avais exercé de fortes tractions.

Je découvre alors l'anneau constricteur sous lequel je passe une sonde cannelée. Je le sectionne avec la pointe des ciseaux et nous remarquons que le tissu fibreux très dur crie pendant la section.

L'anse intestinale est attirée au dehors, je constate que le sillon marqué par le lien constricteur n'est pas profond, l'intestin n'est pas très coloré et peut être facilement rentré.

Quand ce résultat est obtenu, je constate qu'il existe plus haut un canal de 4 centimètres environ, assez large, que l'intestin a traversé, et qui communique avec la cavité péritonéale par un orifice plus large que le pouce. C'est l'entrée du canal vagino-péritonéal.

L'intestin réduit, restait le testicule. En l'examinant, je reconnais qu'il est du volume du petit doigt, mou et très étiré. Il est manifestement atrophié. De sa partie supérieure part le cordon volumineux, et qui est relié à la paroi vaginale par une sorte de mésentère assez long, formé par du tissu cellulaire dense. De la partie inférieure part la portion inférieure de ce repli qui va en s'étalant et se fixe sur le pubis par une base large, rappelant tout à fait la figure agrandie du *gubernaculum testis*.

Ce testicule atrophié ne servait évidemment à rien. Il était destiné à rester dans le tissu cellulaire sous-cutané, en dehors d'une tunique vaginale presque détruite, emprisonné par du tissu cellulaire. Il demeurait ainsi immobile dans la plaie, très exposé aux traumatismes et aux dégénérescences malignes. Il devenait même une cause de grave inconvénient pour la cure radicale de la hernie, en restant au niveau de l'anneau et en gênant la fonction de la cicatrice. Je n'hésitai pas à le sacrifier.

Je mis une double ligature de soie forte sur le cordon, qui fut sectionné, puis une autre sur la partie représentant le *gubernaculum testis*, et le testicule fut enlevé.

Je mis ensuite une ligature circulaire au catgut, le plus haut possible sur le collet du sac. Cette ligature embrassait le canal déférent.

La plaie fut ensuite fermée par huit points de suture à la soie, qui comprenaient toute l'épaisseur des parois. Un drain court fut placé dans la partie inférieure. Lavage au sublimé. Pansement à l'iodoforme.

8 janvier. Le malade n'a pas dormi. Il n'a pas eu de vomissements, mais il est encore sous l'influence du chloroforme. Ventre peu douloureux. Le pansement, qui est légèrement taché par du sang, est changé. Température 37°4, pouls 96.

Le malade a eu quelques vomissements pendant la nuit. Extrait thébaïque, 10 centigrammes.

9 janvier. Le malade a un peu dormi, mais il a souffert du ventre. On applique de la glace. Le soir, mieux sensible. Température 37°3.

11 janvier. Pansement. La plaie est en très bon état. Le drain est raccourci, pas de pus. Pansement à l'iodoforme. Température 37°3.

16 janvier. Pansement. Le drain est retiré ainsi que les sutures.

19 janvier. La plaie paraît cicatrisée, sauf l'orifice par lequel passait le drain.

21 janvier. Le malade a souffert pendant toute la nuit, il a eu de la fièvre. Je constate le matin que la cicatrice est soulevée par un petit abcès, qui est ouvert immédiatement. Lavage au sublimé. Iodoforme. Il est à présumer que cet abcès est causé par le fil de soie placé sur le cordon spermatique, et qui va s'éliminer. Température 39 degrés.

22 janvier. Le malade a bien dormi, l'abcès ne renfermait que fort peu de pus.

L'abcès resta fistuleux pendant longtemps, et ne se ferma que le 2 mars. Il ne formait qu'une quantité insignifiante de pus, et je m'attendais à voir s'éliminer le fil du cordon, ce qui n'eut pas lieu.

Le malade est palefrenier; je l'ai revu au bout de vingt mois, il peut pousser des voitures du poids de 1500 kilos, et porte un bandage léger, à cause de l'étendue de la plaie. La hernie ne sort pas, et ne le fait pas souffrir.

C'est là, en somme, un cas assez curieux de hernie congénitale, avec ectopie testiculaire, guérie par la résection du sac suivie de la castration, dans lequel les ligatures faites avec de la soie de Chine ont fini par s'enkyster au milieu du tissu cellulaire, et être parfaitement tolérées.

CINQUANTE SALPINGO-OVARITES

TRAITÉES PAR LA LAPAROTOMIE

Par M. le docteur TERRILLON, chirurgien des hôpitaux.

Cette série commence le 20 novembre 1886 et se termine le 27 avril 1889; la dernière opération qui en fait partie remonte à deux mois. Il n'y a eu que 2 décès sur ces 50 opérations, et, dans les deux cas, il s'agissait de salpingites purulentes, rompues dans le péritoine pendant l'opération; l'une d'elles était de nature tuberculeuse.

Aucun cas simple n'a occasionné d'accident; plusieurs cas très sérieux ont guéri, malgré des désordres du côté du péritoine.

Ces salpingites étaient de nature différente. Il y avait: 24 salpingites purulentes, rompues dans le péritoine, avec épaississement des parois, hypertrophie des franges de la muqueuse, ovaires plus ou moins altérés et adhérences les unissant au péritoine; 5 salpingites hémorrhagiques; 17 salpingites purulentes ou muco-purulentes; 4 salpingites tuberculeuses.

Nous avons fait l'ablation totale des deux côtés dans 32 cas; l'ablation totale d'un seul côté, l'autre étant inopérable, dans 12 cas; l'ouverture et le drainage d'une des trompes, après ouverture de l'abdomen, dans 6 cas.

En recherchant quels ont été les résultats éloignés de l'opération, on trouve : guérison complète, 34; amélioration, 10; absence de guérison, 2.

De ces observations, nous pouvons tirer les conclusions suivantes : ......

Les salpingites catarrhales ou inflammatoires simples avec épaississement des parois de la trompe, qu'elles soient d'origine blennorrhagique ou qu'elles aient succédé à des fausses couches, donnent presque constamment d'excellents résultats. Souvent même, surtout dans les cas anciens, on voit survenir des guérisons rapides et durables à la suite de l'ablation des annexes d'un seul côté. Les salpingites hémorrhagiques laissent souvent après elles des troubles divers, soit à cause de leur volume, qui entraîne des désordres opératoires étendus, soit à cause de leur ancienneté.

Quant aux salpingites muco-purulentes et surtout purulentes, ce sont les plus dangereuses. Cependant le drainage par la laparotomie donne de bons résultats, puisque 5 malades ont guéri. Les autres, les plus petites, sont graves à cause de leur fréquente rupture au moment de l'ablation; c'est ainsi que nous avons perdu nos deux malades. Nous croyons cependant que les lavages abondants et un drainage profond du péritoine permettront d'éviter ces accidents, et nous sommes convaincu de ce point depuis deux opérations récentes faites dans notre service, et qui se trouvaient dans ces conditions.

Pour les salpingites tuberculeuses, on peut dire que ce sont elles qui donnent les résultats les moins encourageants, surtout à cause des difficultés opératoires qu'on rencontre toujours lorsqu'on s'efforce de tout enlever.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses (ataxie locomotrice progressive, sclérose en plaques, hystérie, paralysie agitante), par Mlle Blanche A. Edwards (1).

Il y a seulement quelques années, on avait grande tendance à considérer toutes les hémiplégies comme l'expression symptomatique d'une lésion encéphalique. Toute hémiplégie supposait un foyer de destruction ou de compression siégeant sur le trajet du faisceau pyramidal. De ce groupe, on a, dans ces derniers temps, détaché un nombre considérable de cas d'hémiplégie.

On a vu que ce syndrome paralytique pouvait survenir souvent sans lésion appréciable chez les hystériques intoxiqués ou non, chez les ataxiques, dans la sclérose en plaques, dans la maladie de Parkinson. L'hémiplégie masque alors la maladie principale qu'il faut découvrir sous elle, ou bien, au contraire, elle se présente avec des caractères tels, que de son étude doit découler le diagnostic de l'état propathique. Il en est ainsi, en particulier, de l'hémiplégie hystérique.

L'hémianesthésie sensitive et sensorielle qui l'accompagne, l'absence d'une paralysie faciale vraie, l'existence d'un hémispasme glossolabié qui simule cette paralysie, la possibilité de sa disparition brusque sous l'influence de la suggestion lui donnent une individualité bien nette. L'existence des manifestations et des stigmates de la névrose vont confirmer le diagnostic. Cette hémiplégie hystérique prend de jour en jour une place plus considérable en clinique. On l'observe, en effet, non seulement chez la femme, mais aussi chez les hommes, et les divers intoxiqués par le plomb, l'alcool, le mercure fournissent un nombreux contingent à l'hystérie mâle.

L'hémiplégie, plus rare, il est vrai, n'en est pas moins intéressante dans l'ataxie locomotrice, la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson. Ici, elle peut très bien donner le change et empêcher de reconnaître l'état morbide, dont elle n'est que l'expression exceptionnelle.

L'hémiplégie, ainsi surajoutée aux manifestations cliniques habituelles du tabes et de la sclérose en plaques, peut, cependant, se présenter avec des allures qui doivent donner l'éveil, et peuvent amener à déterminer sa véritable origine. On peut observer ainsi des hémiplégies passagères, transitoires, à répétition, des paralysies qui débordent le champ hémiplégique et atteignent des groupes musculaires qui dépendent d'un autre système d'innervation : ainsi, par exemple, avec une hémiplégie complète d'un côté, on observe une paralysie du moteur oculaire commun du côté opposé.

Dans le tabes, l'hémiplégie peut survenir au moment des attaques apoplectiformes. On constate les troubles oculaires simultanés personnels au tabes, des troubles de la sensibilité, l'abolition des réflexes de la rotule et du poignet. En un mot, derrière l'hémiplégie, on reconnaît le tabes. Il est à noter qu'il peut se faire de la contracture du côté paralysé, sans exagération des réflexes tendineux correspondants. C'est une curieuse combinaison des manifestations du tabes dorsal et de la sclérose descendante du faisceau pyramidal.

Dans la sclérose en plaques, il y a aussi assez souvent des attaques transitoires répétées ; les réflexes exagérés, la contracture, la démarche spasmodique se montrent d'une façon précoce. Il y a des troubles oculaires, de la diplopie et surtout du nystagmus ; enfin, on constate d'autres signes de la sclérose en plaques : tremblement dans les mouvements volontaires, troubles de la parole, phénomènes cérébraux.

Dans la maladie de Parkinson, la raideur des jointures peut être unilatérale. Les mouvements sont malhabiles, difficiles de ce côté. Le facies hébété des malades amène volontiers à penser au ramollissemeut cérébral ; cependant, leur attitude empaillée, l'absence de troubles oculaires ou cérébraux, la raideur du cou et de la nuque, l'agitation, la sensation de chaleur pendant la nuit, doivent faire reconnaître la paralysie agitante.

La thèse de Mlle Blanche Edwards est richement documentée ; externe du service de M. Charcot, elle a pu puiser largement dans les richesses cliniques de la Salpêtrière. Son travail, dont nous n'avons pu donner qu'une idée sommaire, comble une véritable lacune. Il est précieux de posséder une étude d'ensemble consciencieuse sur l'hémiplégie considérée en dehors des lésions en foyer du cerveau qui lui donnent le plus habituellement naissance.

(1) In-8°. Prix : 5 francs, — Paris, Lecrosnier et Babé.

Pathogénie et traitement de l'auto-intoxication éclamptique (1), par le Dr Maurice Rivière.

Défaut de destruction des substances auto-toxiques par le foie, défaut d'élimination par les reins, ce sont les deux termes principaux de l'éclampsie, de même que de l'urémie, d'après les travaux de M. le professeur Bouchard.

Le traitement doit être mis en rapport avec ces données pathogéniques, de là le travail de M. le docteur Maurice Rivière. Il est curieux de constater, du reste, que ses conclusions thérapeutiques sont d'une façon générale conformes aux prescriptions que l'expérience avait consacrées.

Les femmes enceintes albuminuriques doivent être soumises strictement au régime lacté ; on pratiquera chez elles l'antisepsie intestinale d'après les formules de M. Bouchard. L'éclampsie a-t-elle éclaté, il faudra continuer à se soumettre à ces indications, pratiquer une saignée, administrer du chloral à dose élevée, en lavement ou par la bouche.

Les crises convulsives seront combattues par des inhalations de chloroforme, le chloral.

L'hémorrhagie de la délivrance rend la saignée inutile lorsque le travail a commencé.

Après l'accouchement, le chloral, le régime lacté : les purgatifs doivent encore constituer la base du traitement.

Le lait qui agit sur le rein, les purgatifs qui évacuent le contenu de l'intestin, les antiseptiques, et surtout le naphtol, qui désinfectent ce contenu, représentent les agents pathogéniques du traitement ; le chloral, le chloroforme, le bromure de potassium ne sont que des agents symptomatiques, destinés à combattre surtout l'élément convulsif. Ce sont là des notions capitales qu'il ne faut pas perdre de vue si l'on veut agir logiquement contre les facteurs divers de l'éclampsie.

Elimination de l'acide salicylique, suivant les divers états des reins ; ses transformations dans l'économie, son action sur les principaux éléments de l'urine, par Mlle George Chopin (1).

Mlle Chopin, dans le laboratoire de son maître, M. Dujardin-Beaumetz, a fait des recherches intéressantes sur l'élimination de l'acide salicylique dans des conditions différentes d'intégrité ou de lésion des reins. Chez les individus sains, l'acide salicylique augmente la quantité des urines, il augmente également la proportion d'urée, d'acide urique et d'acide phosphorique. L'acide salicylique s'élimine en notable proportion, sous forme d'acide salicylurique, en quantité très minime, sous forme d'acide oxalique.

Chez les brightiques, la quantité d'urine diminue sous son influence ; la quantité d'albumine s'élève. On ne retrouve plus que 10 à 30 p. 100 de l'acide salicylique, qui serait éliminé par des reins sains. Le moment de l'apparition de l'acide salicylique dans l'urine se trouve retardé ; le temps nécessaire pour qu'il disparaisse augmenté.

Il y a donc chez les albuminuriques rétention et accumulation

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

du médicament, et, de plus, action nocive sur le rein lui-même. Aussi observe-t-on rapidement des signes d'intolérance.

Ces résultats sont intéressants au point de vue hygiénique. On a trouvé assez souvent dans le vin et la bière près de 1 gr. 50 d'acide salicylique par litre. Certaines personnes, peu sobres, peuvent se trouver ainsi à en absorber quotidiennement une dose faible, il est vrai, mais qui, par sa répétition et son accumulation, peut devenir nuisible. Elle sera plus dangereuse encore s'il existe une lésion latente des reins, et l'on sait que la chose est d'une fréquence très grande, surtout chez les alcooliques. Il est donc juste que les pouvoirs publics empêchent le salicylage des boissons : il peut être une cause de danger pour la santé publique.

Hygiène de la première enfance (2), par le docteur J. Rouvier.

M. J. Rouvier, professeur à l'École de médecine de Beyrouth, consacre un volume de 600 pages à l'hygiène de la première enfance. Il a donné à cette étude le cadre le plus large, puisqu'il prend l'enfant pendant la grossesse (et même avant) pour le mener jusqu'à la seconde année, et qu'il traite les divers sujets rencontrés chemin faisant. La première partie est consacrée aux parents, aux alliances et à la grossesse, la seconde à l'enfant, la troisième au lait, la quatrième à l'allaitement naturel et artificiel, la cinquième à la mortalité infantile et à ses causes. Les médecins sauront gré à l'auteur d'avoir rassemblé, sous une forme simple, des notions d'une utilité si grande, que l'on ne trouve que disséminées de côtés et d'autres.

Albert Mathieu.

GASTON PLANTÉ

La science vient de perdre soudainement un éminent électricien qui était encore dans la maturité de l'âge et dans l'épanouissement de ses facultés inventives.

Né le 22 avril 1834, à Orthez (en Béarn), d'une très honorable famille originaire d'Espagne, Gaston Planté vint à Paris, en 1849, avec ses parents et ses frères.

Pendant que son frère puîné Francis s'engageait brillamment, dès l'enfance, dans la voie où il a trouvé le succès et la célébrité, Gaston cultivait avec ardeur les sciences physiques et naturelles ; sa famille habitait dans un vieil hôtel de la rue des Tournelles un assez vaste appartement où Gaston adolescent rassemblait les éléments des expériences les plus intéressantes : son laboratoire était déjà pourvu de la sonnette électrique qui était alors une nouveauté.

Il prit de bonne heure ses grades universitaires, baccalauréat et licence ès sciences physiques : il fut attaché pendant quelques années au Conservatoire des arts et métiers comme préparateur du cours de physique d'Edmond Becquerel et devint un des meilleurs professeurs de l'*Association polytechnique* fondée par l'ingénieur Perdonnet.

En 1855, Gaston Planté, qui prenait part aux excursions géologiques d'Élie de Beaumont et de Constant Prévost, découvrit sur l'étage inférieur du terrain secondaire de Bas-Meudon, dans le conglomérat inférieur à tous les terrains parisiens, un tibia d'oiseau fossile de taille gigantesque : le 12 mars, Constant Prévost annonça la découverte à l'Académie des sciences et proposa de nommer l'oiseau gigantesque *Gastornis parisiensis*; une commission composée de Duméril, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, Valenciennes et C. Prévost fut chargée de faire le rapport appuyé des notes spéciales communiquées par MM. Lartet et Hébert.

En 1859, Gaston Planté quitta le Conservatoire des arts et métiers et s'occupa exclusivement des recherches relatives à l'électricité ; il présenta successivement à l'Académie des sciences de nombreux travaux qui, en 1879, furent classés et réunis dans le livre édité chez Fourneau, successeur de Béchet fils.

En 1862, il fut attaché à l'Exposition universelle de Londres comme inspecteur général des rapports de la commission d'électricité.

Gaston Planté reçut la croix de chevalier de la Légion d'honneur, à la suite de l'Exposition universelle de Paris 1867 ; après l'Exposition de 1878, il fut promu officier de la Légion d'honneur.

Le jury de l'Exposition universelle d'électricité de 1881 décerna le diplôme d'honneur à Gaston Planté, c'est la haute distinction réservée aux grands inventeurs ; dans la même année, l'Académie des sciences lui décerna le prix de physique institué par Lacaze.

En 1882, la *Société d'encouragement pour l'industrie nationale* lui accorda la médaille d'Ampère, la plus grande récompense dont elle dispose.

L'Académie des sciences, qui toujours accueillit favorablement les communications scientifiques de Gaston Planté, aurait très certainement agréé sa candidature pour un fauteuil de la section de physique générale ; mais, comme l'a fort bien exprimé M. Louis Figuier dans son beau livre sur l'électricité, Gaston Planté était un savant libre de toute entrave officielle « qui n'a sollicité sous aucun gouvernement, ni charge, ni fonctions capables d'enchaîner son indépendance ». Malgré les sollicitations de ses amis, il ne put jamais se résigner à la formalité des visites aux membres de l'Académie, préliminaire obligé de toute candidature.

Les facultés morales étaient à la hauteur des facultés intellectuelles ; dans son existence sérieuse, détachée des plaisirs du monde, Gaston Planté demeura toujours le savant chrétien, prêt à tous les dévouements dans ses devoirs de famille, d'une charité aussi discrète qu'inépuisable pour les déshérités de la fortune, si nombreux dans le quartier du Marais qu'il habitait depuis quarante ans ; je ne blesserai plus, hélas ! la modestie de mon excellent ami en divulguant l'emploi immédiat qu'il fit des dix mille francs du prix Lacaze : il les envoya comme don à la Société des amis des sciences (fondation Thénard). Passionné pour les recherches scientifiques, Gaston Planté réalisa sur ses propres ressources les précieuses découvertes sorties de son laboratoire : jamais il ne se préoccupa de leur importance au point de vue industriel et commercial.

La maladie devenue si rapidement mortelle eut pour cause déterminante la fatigue d'observations d'optique pratiquées à la lumière artificielle : le nom de Gaston Planté doit être glorieusement inscrit au martyrologe de la science.

Dr G. Léon-Dufour,
Ex-médecin chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 mai 1889, un concours pour l'emploi de professeur d'accouchements aura lieu à l'École de médecine navale de Toulon, le 12 août prochain.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er juin 1889, sont institués agrégés des Facultés de médecine (section de chirurgie et accouchement), les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Bar, Bureau, Estor, Gangolphe, Nélaton, Phocas, Ricard, Rivière, Tuffier et Villar.

Les agrégés dénommés ci-dessus demeureront en exercice pendant une période de neuf années, du 1er novembre 1889 au 31 octobre 1898.

— Par décision ministérielle, en date du 29 mai 1889, M. Dégrenaud, étudiant à l'École de médecine navale de Toulon, docteur en médecine, a été nommé à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe, et affecté au port de Cherbourg, où il remplacera M. Lota, qui passe au cadre de Toulon.

— Par décision ministérielle, en date du 31 mai 1889, a été nommé dans le corps de santé de la marine, à l'emploi de médecin auxiliaire de deuxième classe, M. Cairon (Ernest), étudiant à

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

l'École de médecine navale de Brest, docteur en médecine de la Faculté de Paris.

— *Concours d'agrégation (anatomie)*. — Épreuve pratique d'anatomie descriptive. Lundi 3 juin : MM. Guinard, Variot et Retterer. « Les nerfs récurrents au cou. »

— *Concours d'agrégation (physique et chimie)*. — Leçon orale de une heure après quarante-huit heures de préparation libre.

Lundi 3 juin : M. Monange. « Synthèses dans les séries urique et xanthique ; » — M. Denigèze. « Méthodes générales de synthèse des composés organiques azotés. »

Mardi 4 : M. Fauconnier. « De l'isomérie en chimie organique ; » — M. Leclercle. « Théorie physique de la phonation. »

— *Concours du prosectorat*. — Le jury de ce concours est définitivement constitué comme suit : MM. Verneuil, président; Trélat, Le Fort, Poirier et Reynier.

La première épreuve, composition écrite pour laquelle trois heures sont accordées, a commencé le lundi 3 juin, à une heure. La question tirée était : « Des aponévroses, anatomie et physiologie ; De la rétraction des aponévroses. »

Les candidats liront leur composition jeudi et vendredi à cinq heures, dans l'ordre suivant :

MM. Calot, Dagron, Regnauld, Rieffel, Legueu, Thiéry, Lyot, Jonnesco, Pfender.

— *Hôpitaux de Bordeaux*. — Le concours pour deux places de chirurgien-adjoint vient de se terminer par la nomination de MM. Denucé et Lagrange, agrégés.

— M. le médecin principal de Fornel, du cadre de Rochefort, embarquera le 14 juin prochain sur la *Couronne*, en qualité de médecin-major de ce bâtiment, en remplacement de M. le médecin principal Comme, qui terminera à cette date la période réglementaire de service à la mer.

— M. le médecin de deuxième classe Leclerc ira servir comme médecin en sous-ordre sur le vaisseau-école des canonniers la *Couronne*, en remplacement de M. de Biran qui a terminé la période réglementaire de service à la mer.

— Une circulaire ministérielle, en date du 27 mai, invite les médecins de la marine désireux d'aller servir comme aides-majors au 4e régiment d'infanterie de marine en remplacement de M. le docteur Leclerc, réintégré dans le service général des officiers du corps de santé de son grade, à faire connaître leurs noms au préfet maritime de leur arrondissement.

— *Faculté de médecine de Paris*. — Un concours, pour les emplois vacants de deux chefs de clinique médicale et d'un chef de clinique des maladies du système nerveux, s'ouvrira le mercredi 26 juin, à neuf heures du matin.

— *Faculté de médecine de Lyon*. — M. Perret, agrégé, est maintenu, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1888-1889, dans les fonctions de chargé du cours de clinique annexe des maladies des enfants.

— *École de médecine de Nantes*. — M. Bellouard (Victor-Joseph-Marie) est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Josso, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Muséum d'histoire naturelle*. — M. Rouget, professeur de physiologie générale, est autorisé à se faire remplacer, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1888-1889, par M. Gréhant, docteur ès sciences, aide-naturaliste audit établissement.

— Le Congrès international d'hydrologie et de climatologie se tiendra, du 3 au 10 octobre, sous la présidence de M. Renou, demeurant Observatoire du Parc Saint-Maur (Seine).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs E. Bertrand (d'Essoyes), Breisky (de Vienne), Duprat (de Paris), Duprez (de la Gorgue), Laville (de Lorient), Manfredi (de Bastia), Monpéla (de Divonne), Morel (de Gacé), Moulin (de Bourg-Argental) et Rigal (de Gaillac).

— *Muséum d'histoire naturelle*. — M. Gréhant, aide-naturaliste, suppléant, ouvrira le cours de physiologie générale le mardi 4 juin, à quatre heures et demie, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Le professeur continuera l'étude de la nutrition chez les végétaux et les animaux par celle des synthèses organiques chez les animaux.

I. Absorption des substances alimentaires. — Exposé des travaux et doctrines de Claude Bernard sur la glycogénie et le diabète.

II. La fonction chlorophyllienne existe-t-elle chez les animaux? — Formation et emploi de la substance glycogène et des matières grasses. — Synthèse des substances azotées.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 64. — JEUDI 6 JUIN 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 6 JUIN 1889. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ces deux dernières séances ont été presque entièrement consacrées à la discussion sur le diabète. Cette discussion a été close aujourd'hui, après un assaut assez vif et assez passionné, entre physiologistes et cliniciens.

MM. Worms et Dujardin-Beaumetz sont restés sur le terrain de l'observation clinique, M. Germain Sée a basé toute son argumentation sur la physiologie pathologique. Après lui, M. Albert Robin, dont on connait la compétence en matière d'urologie, a institué toute une doctrine fort ingénieuse en s'appuyant uniquement sur des recherches de chimie physiologique. Dans une argumentation claire, serrée et élégamment présentée, le jeune académicien a fait un parallèle des deux théories actuellement en présence, celle de l'hypersécrétion découverte par Claude Bernard et celle du ralentissement de la nutrition récemment soutenue par M. Bouchard; puis, se basant sur une série de recherches personnelles, dont on trouvera le résumé au compte rendu, il est arrivé à une conception pathogénique du diabète qui n'est, ainsi qu'il l'a dit lui-même, qu'une confirmation éclatante des idées de Claude Bernard, conception pathogénique d'où il a tiré des indications thérapeutiques rationnelles.

Si séduisants qu'aient été les arguments invoqués par M. Robin, ils n'ont pas convaincu M. Worms qui, s'en tenant au principe même de sa première communication, a cherché à démontrer que le diabète restait encore inexpliqué et inexplicable. Tandis que ses adversaires, MM. Sée et Robin, concluaient en disant que les nouvelles recherches ne faisaient que confirmer l'opinion de Claude Bernard, c'est à Claude Bernard également que M. Worms a emprunté la plupart de ses arguments, destinés à démontrer le mal fondé des opinions de MM. Sée et Robin. M. Dujardin-Beaumetz, tout en félicitant ce dernier de son heureuse intervention dans la discussion, lui a fait quelques objections qui ne sont pas sans importance.

M. Sée, qui, pendant la lecture de M. Worms, avait eu quelque peine à l'écouter jusqu'au bout sans interruption, a demandé la parole et, dans une chaleureuse improvisation, a énergiquement défendu la médecine physiologique, en jetant par-dessus bord, comme il le dit lui-même, toutes les assertions de M. Worms. Il a d'ailleurs été vigoureusement soutenu, dans cette tâche, par M. Robin, qui a maintenu tous les faits qu'il avait avancés. Enfin, M. Laborde a clos la discussion en se joignant à MM. Sée et Robin pour déclarer bien haut qu'il n'y avait plus de clinique possible sans physiologie.

Au milieu de ces divergences d'opinion relativement à la pathogénie du diabète, il est un point, somme toute, rassurant pour les diabétiques, c'est que physiologistes et cliniciens sont à peu près d'accord sur les indications thérapeutiques et principalement sur l'hygiène alimentaire si bien établie par Bouchardat.

Dans la séance de mardi dernier, avant la reprise de cette discussion, la parole avait été donnée à M. Trasbot pour la lecture d'un rapport sur un travail fort curieux de M. Peyraud (de Libourne), relatif à la rage tanacétique et à la rage vraie.

M. Trasbot a refait avec M. Peyraud toutes les expériences sur lesquelles ce travail est basé et, s'il n'accepte pas sans réserves toutes ses conclusions, il en adopte le principe et propose d'encourager M. Peyraud à poursuivre ses intéressantes recherches, qui pourraient bien aboutir à des applications prophylactiques et thérapeutiques du plus haut intérêt.

Dans la séance d'aujourd'hui M. Henrot (de Reims) a fait une communication relative à l'importance des statistiques sur le développement et le perfectionnement de l'hygiène sociale. Il serait à désirer que l'exemple de M. Henrot fût suivi par nos confrères de province.

Nous publierons prochainement cette intéressante communication.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Emphysème traumatique des paupières.

Nous avons observé, à la consultation du lundi 29 avril dernier, un cas d'emphysème des paupières consécutif à un traumatisme violent : la chute d'un moellon pesant 28 kilos environ, d'une hauteur de 4 mètres, et qui avait frappé l'angle externe de l'œil gauche; le blessé était un maçon qui avait été victime de cet accident pendant qu'il préparait un ravalement.

L'emphysème avait causé une tuméfaction des deux paupières qui se trouvaient fermées et qu'on n'ouvrait qu'avec peine, cependant en pressant sur les paupières on faisait disparaître l'air infiltré dans le tissu cellulaire en produisant, en même temps, une crépitation caractéristique. Les paupières une fois ouvertes, on voyait un chémosis emphysémateux crépitant, occupant la conjonctive depuis la cornée jusqu'au fond du cul-de-sac conjonctival externe. Ce chémosis avait une teinte ecchymotique. En dehors de cette lésion, il y avait de l'obscurité de la vision, signe de contusion du globe oculaire, mais le malade distinguait les objets et il se plaignait seulement de voir un peu trouble. Il y avait, enfin, une contusion avec ecchymose de l'angle externe de l'orbite et suffusion sanguine dans les deux paupières.

Le malade nous dit qu'il avait vu pour la première fois le gonflement des paupières se produire au moment où il se mouchait, et que le gonflement avait augmenté chaque fois qu'il s'était mouché; devant nous, d'ailleurs, nous avons fait moucher le malade et l'emphysème s'est reproduit.

Le fait, en lui-même, n'est pas excessivement rare, mais le point intéressant est d'établir d'où vient l'air. Nous avons discuté de la sorte cette question.

L'emphysème des paupières, en dehors des cas de mutilation de la face, a été le plus souvent observé, jusqu'ici, à la suite de la rupture sous-cutanée du sac lacrymal pendant un effort d'éternuement; les observations rapportées dans le Traité des maladies des yeux de Mackensie, des observations plus récentes de M. Foucher, de moi-même, ont été publiées jadis dans la *Gazette des hôpitaux*.

On connaît aussi l'emphysème qui a pour origine la fracture du tissu frontal, mais, dans ce cas, l'emphysème des paupières n'est que consécutif à l'emphysème du front.

Enfin, il y a un emphysème plus rare et plus exceptionnel, c'est celui qui résulte d'une fracture du maxillaire supérieur.

Tout d'abord il faut faire remarquer que tous ces emphysèmes sont limités, qu'ils n'ont aucune tendance à s'étendre, et cela se conçoit, il n'y a aucune communication directe entre le foyer de l'emphysème et les voies respiratoires, car c'est l'air contenu dans les sinus annexés aux fosses nasales qui passe dans le tissu cellulaire, et pour y passer il faut que s'accomplisse l'acte physiologique qui renouvelle l'air dans les sinus, soit un effort pour se moucher, soit un éternuement.

Dans l'intervalle d'un de ces actes le travail de cicatrisation qui commence est suffisant pour empêcher l'air de s'épancher de nouveau dans le tissu cellulaire. Cela même est d'un excellent pronostic quant au résultat final, la lésion étant susceptible de guérir en dehors de tout traitement.

Dans notre cas particulier, d'où venait l'air ? Vous avez vu qu'il existait une contusion de l'angle externe de l'œil sur la partie antérieure de la région malaire, qu'il existait un chémosis sur la conjonctive à la partie externe et que la conjonctive de l'angle interne de l'œil était saine. Vous avez pu remarquer aussi que la moitié gauche de la face était un peu moins saillante que la moitié droite; enfin, lorsque nous avons fait moucher le malade, l'emphysème a commencé à paraître *au milieu de la paupière inférieure* qui s'est tuméfiée la première. A l'aide de ces symptômes, nous pouvons arriver à préciser le siège de la lésion. Il est certain que l'ouverture des fosses nasales qui donne passage à l'air n'est ni le sinus frontal ni le sac lacrymal, à cause du point où débute l'emphysème : c'est toujours la paupière supérieure en effet qui est prise la première dans ces cas. L'air ne peut donc provenir que du sinus maxillaire. Ce n'est pas au point contus qu'a pu exister la fracture de l'os, puisque la région malaire est la région où le plan osseux profond est le plus solide, mais c'est à une faible distance, et ce ne peut être que sur la paroi supérieure du sinus qui forme le plancher inférieur de l'orbite. Mais, dira-t-on, c'est une partie cachée inaccessible au traumatisme, soit! mais cette partie osseuse faible a été fracturée par contre-coup, et l'aplatissement de la face démontre que l'os malaire s'est enfoncé par suite d'une fracture du plancher de l'orbite et de la paroi antérieure du sinus maxillaire, et si l'air n'a pu passer facilement que dans une partie du trait de la fracture, cela tient à ce que, devant la partie osseuse du maxillaire qui constitue la fosse canine, il y a un périoste épais et des muscles. Au contraire, dans l'orbite, la paroi osseuse du sinus est mince, elle est encore affaiblie en avant par le passage des nerfs et vaisseaux sous-orbitaires dans la gouttière-canal destinée à cet usage. C'est en ce point qu'une fracture peut mettre le plus facilement en communication la cavité du sinus avec le tissu cellulaire de l'orbite. On sait, du reste, que l'aponévrose oculaire isole ce globe oculaire et c'est ce qui explique que l'air infiltré se portera plus facilement du côté des paupières que du côté du globe oculaire.

Cette lésion n'offre rien de grave, elle n'a aucune suite fâcheuse : en quatre ou cinq jours, en général, l'emphysème se résorbe et ne se reproduit plus.

La contusion du globe oculaire est plus sérieuse, il n'est pas probable qu'il y ait un décollement de la rétine, ce sera du reste à voir plus tard quand il sera possible de pratiquer l'examen ophthalmoscopique. Néanmoins en prévision de complications, nous avons, pour remédier à la congestion oculaire, fait placer au malade deux sangsues, une à la tête du sourcil, une à la racine du nez. Ce procédé antiphlogistique est, en effet, le plus sûr, et il y a tout profit à l'appliquer dans le moment le plus rapproché de la blessure.

Le malade a été revu huit jours après l'accident, l'état de l'œil était amélioré, et il n'y avait plus traces d'emphysème, il restait seulement une ecchymose qui disparaîtra avec le temps.

DE LA PNEUMONIE ABORTIVE CHEZ LE VIEILLARD

Par MM. Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et P. Parisot, agrégé.

Conclusions.— La pneumonie, chez le vieillard comme chez l'adulte, peut être abortive. Ces formes abortives nous ont paru être remarquables par la bénignité des symptômes. Les symptômes ne diffèrent d'ailleurs pas essentiellement de ceux de la pneumonie ordinaire; le mode et les symptômes du début ne peuvent pas faire prévoir que la pneumonie sera abortive. Quel que soit le siège de la pneumonie (sommet ou base), la pneumonie peut être abortive et bénigne. Un état assez prononcé de débilitation antérieure n'exclut pas l'abortivité de la pneumonie. La pneumonie abortive peut avoir une ou deux rechutes également abortives. (*Rev. méd. de l'Est.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mai 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

LECTURES

Du croup dit diphthéritique. — M. COHEN fait une communication intitulée : « Du croup dit diphthéritique, considéré comme une manifestation herpétique, et de son traitement. »

Cinquante salpingo-ovarites traitées par la laparotomie. — M. TERRILLON présente une série de 50 laparotomies pratiquées dans le but de traiter des salpingites de nature variée (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 580).

RAPPORT

La rage et l'essence de tanaisie. — M. TRASBOT lit un rapport sur une note de M. Peyraud (de Libourne) relative à la rage (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 397).

En voici les conclusions :

1° L'essence de tanaisie injectée dans les veines, à certaines doses, produit chez le lapin une intoxication dont les symptômes se rapprochent de ceux de la rage ;

2° La solution de chloral à 10 p. 100, mélangée, avant l'inoculation, au virus rabique, paraît diminuer et même détruire ses propriétés virulentes ;

3° L'essence de tanaisie, injectée autour du point où une inoculation rabique a été pratiquée, semble avoir empêché le développement de la rage sur un certain nombre d'animaux (4 sur 6), tandis que chez les animaux témoins, inoculés dans les mêmes conditions, 1 seul sur 6 a survécu.

Quoique ces chiffres soient insuffisants pour affirmer une immunité acquise par les injections d'essence de tanaisie contre les inoculations rabiques, ils n'en constituent pas moins un témoignage favorable dans une certaine mesure aux opinions soutenues par M. Peyraud. Aussi serait-il à désirer que ces expériences, reprises sur un plus grand nombre d'animaux, vinssent confirmer ces premiers résultats.

4° Pour les injections de chloral faites après inoculation sur 6 animaux, il n'y a eu que 2 survivants, tandis que, sur 6 animaux témoins, 1 seul a survécu ;

5° Quant à la valeur préventive des injections d'essence de tanaisie, pour s'opposer au développement de la rage inoculée après ces injections, elles ont fourni des résultats encore moins importants. Les animaux, inoculés après ces injections dans la chambre antérieure de l'œil avec du virus rabique, ont donné ces résultats : sur 9 animaux, 2 seulement ont été préservés, 4 sont morts de la rage et 3 de mort accidentelle. Toutefois, tous les témoins inoculés de la même façon ont succombé.

Ce sont là des chiffres qui montrent combien il est nécessaire d'étudier à nouveau cette influence de l'essence de tanaisie dans le traitement de la rage chez les animaux. Aussi la Commission est-elle unanime à proposer la conclusion suivante :

« Remercier M. Peyraud de ses intéressantes recherches et l'encourager à les continuer en s'efforçant de donner plus de précision à la méthode qu'il préconise. »

DISCUSSION SUR LE DIABÈTE

M. ALBERT ROBIN, après avoir rappelé les opinions de MM. Dujardin-Beaumetz et Worms qui ont traité la question du diabète en cliniciens, pense avec M. Germain Sée que, pour bien traiter les diabétiques, il est préalablement nécessaire de connaître la physiologie pathologique de la maladie, et, loin de dédaigner les renseignements de la physiologie et de la chimie, M. Sée leur demande le point d'appui de sa thérapeutique. C'est cette doctrine que M. Robin veut soutenir avec des arguments empruntés à l'étude de la nutrition chez les diabétiques. S'il parvient à établir que les troubles nutritifs subissent, chez les diabétiques, des modifications qui sont toujours dans le même sens, il aura déjà posé un fait d'une grande portée. Et s'il démontre ensuite qu'un médicament, qui exerce sur la nutrition normale une action contraire à celle du diabète, agit presque mathématiquement, dans le même sens, chez les diabétiques, il aura déterminé en quelque sorte la série médicamenteuse dans laquelle on devra trouver sûrement les moyens rationnels de combattre la maladie. Il compte faire cette double démonstration.

Deux grandes théories se trouvent en présence. Les uns, avec Claude Bernard, tiennent pour l'hypersécrétion du sucre ; les autres, avec M. Bouchard, pour le défaut de consommation. Suivant que l'on se range à l'une ou à l'autre de ces théories, on aura comme indication thérapeutique dominante, soit de restreindre la fabrication du sucre en ralentissant les actes de la nutrition, soit d'accélérer la combustion du sucre en stimulant, au contraire, par tous les moyens possibles, cette même nutrition. M. Germain Sée, à l'appui de la première théorie, ou théorie de Claude Bernard, démontre que l'urine normale contient du sucre et que le diabète n'est, par suite, que l'exagération d'un état physiologique. M. Robin arrive par d'autres méthodes à une conclusion identique.

Si le diabète est dû à un défaut de consommation du sucre, tout diabétique aura des oxydations ralenties. Il s'agit donc de déterminer comment, chez ces malades, s'accomplissent ces oxydations. On sait que l'urée occupe le premier rang parmi les matériaux azotés qu'élimine l'urine et qui sont engendrés par les actes chimiques de la désassimilation. Au second rang viennent les matières dites extractives, l'acide urique, la créatine, l'acide hippurique, les leucomaïnes, etc., tous corps dans lesquels l'azote est à un degré d'oxydation moins avancé que dans l'urée.

Si l'on détermine, dans une première expérience, l'azote total de l'urine, puis, dans une seconde expérience, l'azote de l'urée, la relation qui existe entre les deux chiffres obtenus peut être dénommée « coefficient d'oxydation des matériaux azotés », à la condition que toutes choses soient égales, d'ailleurs, du côté de la perméabilité rénale.

A l'état normal, ce coefficient oscille entre 80 et 85 p. 100, c'est-à-dire que 80 à 85 p. 100 de l'azote désassimilé subissent dans l'organisme une oxydation ou une utilisation aussi complète que possible.

Il est un premier fait incontestable, c'est que la désassimilation totale est augmentée dans le diabète. En outre, les oxydations — qui ne sont pas le seul processus de désassimilation — sont également exagérées.

Le diabétique consomme donc plus de matériaux azotés que l'homme bien portant, ce dont on a la preuve par l'élévation de ses éliminations d'azote total, et il utilise, il brûle mieux les matériaux de désassimilation qu'un organisme normal. Il se comporte de même pour les matériaux organiques non azotés.

Même activité encore pour l'oxydation des éléments minéraux.

Pour le phosphore, il faut établir des distinctions. Chez les diabétiques qui, quelle que soit la quantité de sucre rendue, supportent allègrement leur maladie, il y a presque toujours une augmentation des oxydations phosphorées. Chez ceux qui font moins facilement les frais de leur maladie, l'oxydation du phosphore n'est pas plus marquée que chez les individus bien portants. Enfin, ce coefficient est inférieur à la normale chez les diabétiques graves, déprimés ou cachectiques, et albuminuriques.

Dans un autre ordre d'idées, M. Hénocque s'est assuré que le diabète augmentait plutôt la quantité d'oxyhémoglobine du sang et l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine.

Les partisans de la théorie de la diminution des oxydations ne peuvent rien opposer à ces faits.

Mais ce n'est pas tout.

Pour que la chimie biologique apporte véritablement un appoint à la théorie de Claude Bernard, il faudrait démontrer encore l'exagération, chez le diabétique, de certaines activités organiques particulières, qui constitueraient précisément le diabète, puisque l'exagération des échanges généraux est un fait commun à de nombreux états morbides.

M. Robin établit, pour donner cette preuve, qu'il y a chez le diabétique une suractivité chimique dans la nutrition du foie et du système nerveux.

La thérapeutique a confirmé cette proposition relativement au système nerveux, puisque M. Robin est en mesure d'annoncer que les médicaments dépresseurs du système nerveux diminuent le coefficient d'oxydation phosphorée et que les médicaments qui augmentent l'excitabilité nerveuse, comme la strychnine, augmentent parallèlement ce même coefficient.

En résumé, il existe chez le diabétique non seulement une exagération de tous les actes de la nutrition générale, mais encore une suractivité spéciale de certains organes, au premier rang desquels figurent le foie et le système nerveux.

La chimie biologique, qui laisse de côté toute hypothèse et qui ne s'appuie que sur la constance de la réaction et sur l'inflexibilité du chiffre, vient donc apporter une certitude presque mathématique à la théorie de Claude Bernard.

Le diabète est essentiellement conditionné par une fabrication anomale de sucre, par un fonctionnement exagéré de la cellule hépatique. Ce fonctionnement aura trouvé le plus habituellement son point de départ dans une excitation nerveuse primitive, mais on conçoit que toute cause capable de stimuler la cellule hépatique, soit directement, soit réflexement, aboutira au même résultat.

Si le diabète est une maladie par exagération de la nutrition, l'indication dominante de son traitement, c'est de ralentir les échanges nutritifs et non de les accélérer; or, un médicament qui ralentit la nutrition générale et celle du système nerveux diminue à coup sûr la glycosurie. Il s'agit de l'antipyrine. On sait que ce médicament diminue chez l'homme sain les coefficients d'oxydation des matières azotées, soufrées et phosphorées, en même temps qu'il abaisse le taux et la désintégration générale : il en est de même chez les diabétiques.

En même temps que l'antipyrine modère les mutations générales du diabétique, elle diminue la glycosurie. Le parallélisme est aussi parfait que possible.

M. Worms vante le sulfate de quinine à faible dose; la physiologie lui donne pleinement raison, puisque ce médicament amoindrit la destruction des matières albuminoïdes et des organes riches en soufre et en phosphore. C'est un médicament sous-oxydant, puisque Boeck et Bauer ont prouvé qu'il diminuait à la fois l'excrétion de l'acide carbonique et l'absorption de l'oxygène.

L'arsenic jouit dans le traitement du diabète d'une faveur qui ne s'est jamais démentie; il réduit les oxydations générales et les mutations azotées et phosphorées sans influencer les oxydations des principes non azotés.

Les alcalins, qui ont une influence favorable sur le diabète, agissent également en ralentissant la nutrition.

Le bromure de potassium a, lui aussi, une action du même ordre; s'il ne diminue que fort peu les oxydations azotées, il abaisse le taux de l'élimination du phosphore et diminue la nutrition du système nerveux en particulier. Toutefois, M. Robin l'abandonne en raison même de sa localisation.

La codéine et les préparations opiacées peuvent être employées avec avantage. La belladone, associée à l'opium (traitement de M. Villemin), donnent des améliorations prolongées.

Les médicaments à employer dans le diabète ne devront pas seulement retarder les échanges organiques, restreindre les oxydations générales, puisqu'on peut y arriver par tous les poisons destructeurs des globules rouges et du système nerveux (c'est ainsi que Bozzolo a vu l'iodoforme, qui diminue le nombre des globules rouges, abaisser l'élimination du sucre; — l'acide phénique agit d'une façon analogue), mais il faut que, s'ils retardent les mutations organiques, ce soit à la faveur de leur influence sur le système nerveux. Il faudra aussi que le médicament reconnu bon ne suspende pas trop profondément l'activité nerveuse.

Bien entendu, il faudra accepter le régime sur lequel tout le monde est d'accord et qui combat la glycosurie, en privant à la fois la cellule hépatique de son excitant naturel et de la matière première du sucre.

Quant aux médicaments qui accélèrent la nutrition; ils doivent être proscrits de la thérapeutique du diabète. C'est ainsi que l'oxygène, les préparations ferrugineuses, l'essence de térébenthine ozonisée, le permanganate de potasse, le chlorate de potasse, la strychnine devront être rejetés, tout comme l'électricité.

Pour ce qui est des exercices musculaires, M. Robin ne les croit avantageux que lorsqu'on ne les pousse pas trop loin; en un mot lorsqu'ils ne deviennent pas une cause de super-oxydation.

Ces expériences permettent de formuler les conclusions suivantes :

1° Les modifications, que les lois de l'échange subissent dans les maladies, éclairent la pathogénie de celles-ci et deviennent la source d'indications thérapeutiques certaines.

La connaissance des effets produits sur les échanges normaux par un médicament permet de pressentir, avant tout emploi, ses réelles indications thérapeutiques.

Il y a lieu de reviser, à ce double point de vue, la physiologie des maladies et celle des médicaments. Cette étude faite, la thérapeutique entrera dans une voie nouvelle; elle pourra revendiquer le titre de rationnelle et répudier définitivement les tâtonnements du passé.

2° La chimie biologique démontre qu'il y a, chez les diabétiques, non seulement une exagération de tous les actes de la nutrition générale, mais encore une suractivité spéciale de certains organes, au premier rang desquels figurent le foie et le système nerveux.

Le fait indéniable de la suractivité de la nutrition générale et de la cellule hépatique, commandée par une excitation nerveuse ou réflexe, doit donc être le point de départ de la médication du diabète.

On peut affirmer d'avance que tout médicament, qui ralentit par un procédé quelconque la nutrition générale et celle du système nerveux, diminuera à coup sûr la glycosurie.

Mais un médicament n'aura chance de réussir dans le diabète que s'il retarde la nutrition générale par l'intermédiaire de son action primitive sur le système nerveux, et s'il n'exerce pas, sur les fonctions de ce système, une action suspensive trop énergique.

Les moyens thérapeutiques qui accélèrent la dénutrition doivent être écartés, *a priori*. Il est démontré, soit cliniquement, soit expérimentalement, qu'ils n'ont donné aucun résultat favorable.

La médication du diabète peut être formulée ainsi :

Soustraire à l'organisme, par un régime approprié, les matériaux de formation du sucre et priver la cellule hépatique de son excitant fonctionnel.

Ralentir la désassimilation générale et la formation du glycogène à l'aide de moyens thérapeutiques, qui diminuent les actes chimiques de la vie organique par l'intermédiaire de leur action primitive sur le système nerveux.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les titres des candidats à deux places d'associés nationaux.

La séance est levée.

Séance du 4 juin 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un travail sur la fièvre jaune en Floride, par M. le docteur Paul Gibier;

2° Un pli cacheté de M. le docteur B. Narich sur un nouvel embryotome rachidien;

3° Une lettre de candidature de M. Pierre Apéry au titre de correspondant étranger.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres associés nationaux.

Voici l'ordre de classement : en première ligne, M. Lafosse (de Toulouse), médecine vétérinaire ; en deuxième ligne, M. Sirus-Pirondi (de Marseille), chirurgie ; en troisième ligne *ex æquo*, MM. Raimbert (de Châteaudun) et Villemin (de Vichy), médecine ; en quatrième ligne *ex æquo*, MM. Hergott (de Nancy) et Azam (de Bordeaux), chirurgie.

MM. Lafosse et Sirus-Pirondi sont élus, l'un par 30 voix, l'autre par 31 voix.

COMMUNICATION

Du rôle et de l'importance des statistiques sur le développement et le perfectionnement de l'hygiène sociale. — M. HENROT (de Reims) fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

DISCUSSION SUR LE DIABÈTE

M. WORMS, sur le terrain de la théorie du diabète, se trouve en complet désaccord avec MM. G. Sée et Robin ; il pense que toutes les théories proposées sont encore problématiques. D'après M. Robin la clinique est incapable de fournir la lumière. M. Worms, au contraire, a constaté par la seule observation clinique qu'il existait dans le diabète une période latente, pendant laquelle le traitement avait une véritable efficacité ; que plus tard la maladie, confirmée, se révélait parfois par des névralgies symétriques ; qu'il pouvait y avoir d'une heure à l'autre des oscillations énormes dans les quantités de sucre éliminées ; que le sulfate de quinine était un médicament utile aux diabétiques ; et à ce propos il rappelle ce mot de Claude Bernard : « L'action physiologique du sulfate de quinine est inconnue ; on aurait cependant tort d'en repousser l'emploi. »

Cantani, qui vient de faire connaître l'analyse de plus de 1000 observations qu'il a rencontrées dans sa pratique, pense comme M. Worms que la saccharine n'est pas toujours sans danger chez les diabétiques.

La doctrine de l'hyperglycogénie, d'après M. Robin, serait la seule vraie ; à côté d'elle la seule théorie qui lui dispute la faveur des savants est celle du ralentissement de la nutrition. Or, n'y a-t-il pas des savants tels que Frerichs et M. Charcot qui n'acceptent aucune de ces deux théories ni aucune autre ?

M. Robin place le médecin dans la nécessité de choisir une théorie et de conformer à ce choix toute sa thérapeutique. Tout remède sera bon s'il diminue la désassimilation, il sera mauvais s'il l'augmente. Une telle thérapeutique est peut-être rationnelle, mais elle n'est pas applicable.

Sur quels arguments physiologiques repose la théorie de l'hyperglycogénèse ?

Voici quelques démonstrations physiologiques contraires à la doctrine de l'hyperglycogénèse.

1° Von Mering détermine la glycosurie chez les animaux par la phloridzine, il n'a pas constaté l'augmentation ni du glycogène dans le foie, ni du sucre dans le sang ; il en conclut que le diabète provient non pas de l'hyperglycogénèse, mais de la non-utilisation du sucre produit normalement.

2° Frerichs, se basant sur des expériences connues, prétend que, lorsque le diabète a acquis tout son développement, la fonction glycogénique du foie est gravement atteinte ou même suspendue.

3° Minkowski, tout récemment, a provoqué chez des chiens, des lapins, des pigeons, par l'extirpation du pancréas, un véritable diabète avec glycosurie, polyurie, dépérissement, etc., et le foie de ces animaux a toujours été trouvé dépourvu de glycogène.

Du reste, la théorie du ralentissement des oxydations a eu des défenseurs autorisés : MM. Bouchard, Jaccoud, Cantani.

M. Robin trouve dans l'augmentation de l'oxydation des matières azotées, qu'il ramène à un coefficient chiffré, la preuve de l'hyperglycogénèse et de la suractivité de la nutrition, c'est de la dénutrition qu'il devrait dire. Mais il a fait ses expériences sur des diabétiques azoturiques et très fortement glycosuriques. Ses résultats auraient pu être différents s'il avait pris comme sujets d'expérience des diabétiques avec peu de sucre et sans azoturie. On sait qu'à l'état normal un adulte élimine de 25 à 40 grammes d'urée en vingt-quatre heures. Or, les diabétiques n'en éliminent souvent pas davantage et quelquefois moins. Dans les statistiques de M. Bouchard, sur 61 diabétiques dont l'urée a été dosée, 9 seulement ont eu plus de 40 grammes d'urée dans l'urine de vingt-quatre heures.

Il s'en faut, dit Frerichs, que dans le diabète l'azoturie soit la règle.

Si l'on trouvait un seul diabétique chez lequel le coefficient de l'azote fût inférieur à la normale, toute la théorie de M. Robin risquerait de s'écrouler. Des investigations ultérieures chez des diabétiques au début, ou confirmés et non azoturiques, paraissent indispensables.

Il y aurait encore à se demander en quoi les résultats obtenus sur les diverses oxydations d'autres substances, soufre, phosphore, etc., sont caractéristiques du diabète et ne se rencontrent pas également dans d'autres affections.

M. Worms ne partage donc pas l'avis de ses confrères qui considèrent la théorie de l'hyperglycogénèse comme irréfutable et même comme suffisamment établie pour que la médecine puisse en retirer des avantages certains. En attendant cette certitude théorique, le médecin doit s'en tenir à la certitude clinique qui est absolue.

Au point de vue du traitement, il a développé précédemment les résultats de son expérience au sujet des bons effets du sulfate de quinine, administré à petite dose mais d'une façon presque continue. Les fonctions digestives ne sont pas troublées sous l'influence de ce médicament. Il faut écarter les substances qui peuvent diminuer l'appétit et se méfier de celles qui abaissent rapidement la quantité de sucre.

L'antipyrine a été proposée et son action physiologique n'est pas connue ; M. Robin pense qu'elle enraye la dénutrition azotée, M. Cazeneuve, au contraire, pense qu'elle l'augmente.

En résumé, M. Worms croit que le médecin doit rester en dehors du débat qui se poursuivra encore longtemps entre les physiologistes et les chimistes.

Il serait bien regrettable de voir la méthode d'observation de la grande école française, représentée par tant de noms illustres, disparaître devant une méthode nouvelle qui n'a de rigueur scientifique que l'apparence et qui, appliquée prématurément à la médecine, est la méthode des illusions.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ a été pleinement satisfait par la communication de M. Robin, excepté sur deux points, au sujet desquels il désire lui demander quelques renseignements.

En premier lieu, comment M. Robin peut-il concilier l'hypothèse de l'origine du diabète par suractivité nutritive, avec ce fait que le diabète, si on le rencontre dans l'enfance et dans l'âge adulte, est surtout fréquent chez les sujets âgés de plus de cinquante ans, à une période de la vie où l'activité nutritive est certainement diminuée ?

Il a ensuite remarqué que M. Robin condamne l'exercice musculaire exagéré. Comme lui, il pense que la fatigue, comme toutes les causes d'épuisement, est funeste au diabétique, mais le repos absolu est lui-même des plus dangereux. Quand un diabétique est condamné au repos absolu, son état devient des plus graves. Il croit donc que, s'il faut s'abstenir de conseiller la fatigue musculaire, il faut toujours prescrire l'exercice et s'opposer au repos absolu.

M. GERMAIN SÉE laisse à M. Robin le soin de réfuter dans leur ensemble les arguments de M. Worms. Pour son compte, il n'entre pas dans la discussion des détails, car il lui faudrait reprendre tous les arguments l'un après l'autre et montrer que tous portent à faux.

M. Worms, après avoir combattu toute théorie, en édifie une de toutes pièces. Or, dans cette théorie, il faudrait critiquer tout, le

point de départ et les conclusions qu'il en tire. M. Sée se bornera donc à exposer le côté faible de quelques points particuliers.

M. Worms a dit dans sa première communication, il a répété aujourd'hui, qu'il a vu guérir deux fois un coma diabétique. M. Sée ne peut accepter le diagnostic de M. Worms, car il est basé sur une énumération insuffisante des symptômes. Quant aux cinq cas de Frerichs, que M. Worms cite à l'appui de la curabilité du coma diabétique, l'auteur allemand lui-même en reconnaissait les défectuosités. M. Worms, qui prétend ne pas avoir de théorie, admet cependant comme cause du coma l'acétonémie, repoussée aujourd'hui par la majorité des savants, et c'est sur cette conception qu'il base le traitement par le bicarbonate de soude à haute dose.

D'autre part, le médicament que M. Worms a vanté, le sulfate de quinine, agirait, d'après lui, comme neurasthénique; or, c'est là une erreur. L'auteur, quoi qu'il en dise, a basé son traitement sur une théorie, seulement cette théorie est fausse.

Jusqu'à présent, M. G. Sée ne connaît que deux médicaments qui répondent complètement aux indications du diabète, le sulfate de quinine, comme médicament d'épargne, et surtout l'antipyrine. M. Dujardin-Beaumetz a cité l'exalgine; tient-il beaucoup à ce médicament? Jusqu'ici ceux qu'il nous a proposés (phénacétine, acétanilide) ont eu des effets déplorables, dans certaines circonstances. Ce sont bien des médicaments nervins, mais qui en même temps décomposent le sang et transforment l'hémoglobine en méthémoglobine. M. G. Sée demande donc qu'on fasse un choix rigoureux parmi les nervins, qu'on fasse des expérimentations nombreuses sur les animaux, avant de les employer chez l'homme.

Il y a donc une collection de médicaments toxiques du sang, parmi lesquels il faut encore citer la nitro-glycérine qu'on a déguisée sous le nom de trinitrine et qui est un médicament déplorable par son action sur l'hémoglobine. M. G. Sée conclut en disant : 1° que la théorie de M. Worms est incompréhensible; 2° que la théorie de Claude Bernard reste tout entière debout; 3° qu'aucune autre théorie ne peut lui être raisonnablement opposée; 4° enfin, que, comme agents médicamenteux, les nervins seuls semblent remplir les indications.

M. A. ROBIN ne répondra pas plus que M. G. Sée aux critiques de M. Worms qui a repris les procédés de l'ancienne scolastique, qui, à des faits précis, n'a répondu que par des arguments vagues.

Cependant, M. Worms a invoqué la chimie, mais une chimie de cabinet et non de laboratoire, car il range l'albumine parmi les glucosides.

M. Robin répond ainsi en quelques mots :

1° M. Worms a dit que mes coefficients d'oxydation n'étaient pas exacts, parce que j'avais eu affaire à des azoturiques. Cette objection tombe faux, car les malades que j'ai observés n'étaient pas des azoturiques.

2° M. Worms a dit que mes coefficients d'oxydation phosphorée étaient variables suivant les cas, qu'ils étaient tantôt augmentés, tantôt diminués. Je répondrai que la diminution n'existait que chez des diabétiques albuminuriques, cachectiques.

3° La troisième objection serait plus grave si elle était fondée. M. Worms a prétendu que je n'avais tenu compte que des oxydations et que j'avais laissé de côté les autres procédés par lesquels se font les échanges organiques. Or, j'ai déjà répondu à cette objection en démontrant que non seulement les oxydations, mais aussi les dédoublements, les déshydratations, les corps sulfoconjugués étaient augmentés, ainsi que l'acide hippurique.

M. Worms dit encore qu'on ignore le mode d'action du sulfate de quinine, et son grand argument, c'est que Cl. Bernard l'ignorait. Mais Cl. Bernard est mort depuis longtemps et, depuis lui, pour ne citer que les travaux de Prior, on a, à différentes reprises, bien étudié le mode d'action du sulfate de quinine; on a démontré qu'il diminuait la désassimilation générale.

A M. Dujardin-Beaumetz, M. Robin répond que, pas plus que lui, il ne sait pourquoi le diabète est plus fréquent chez les vieillards. Quant aux exercices musculaires, il ne fait que répéter ce qu'il a précédemment dit : il faut des exercices musculaires, mais ils doivent être modérés, car il est prouvé que les mouvements exagérés augmentent la désassimilation.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit que M. G. Sée l'a accusé de donner des médicaments parfois dangereux. Il en a essayé beaucoup dont l'action se rapprochait de celle de l'antipyrine, produit allemand, dont on serait heureux de se passer le jour où des expériences auront révélé l'existence d'un médicament nervin capable de la remplacer.

M. WORMS n'a pas voulu contester les travaux de M. Robin; son intention a été seulement, en dehors de toute théorie, de rapporter des faits cliniques et de dire ce qu'il avait observé.

M. LABORDE tient à dire, une fois de plus, et c'était l'avis de Cl. Bernard, que le médecin qui n'est pas physiologiste n'est pas un médecin. Il est attristé de voir qu'on veut toujours séparer la clinique et la physiologie qu'on doit, au contraire, toujours chercher à réunir.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 2 juin 1889, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Meynier, pour l'hôpital militaire de Versailles; — Bédoin, pour l'hôpital militaire de Nancy; — Tibal, pour le 143e d'infanterie; — Dantin, pour le 124e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lesbros, pour le 80e d'infanterie; — Grémion-Menuau, pour le 97e d'infanterie; — Desmons, pour le 118e d'infanterie; — de Ferré, pour le 142e d'infanterie; — Cliquet, pour les fonctions de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Épernay; — Masson, pour le 5e cuirassiers; — Vignol, pour le 17e escadron du train des équipages militaires; — Duval, pour le 2e bataillon de chasseurs à pied; — d'Arras, pour le 9e cuirassiers; — Noël, pour le 156e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de première classe François, pour le 4e zouaves.

— Les listes d'embarquement et de départ pour les colonies des officiers du corps de santé de la marine sont établies comme suit :

Médecins en chef. — MM. Martialis, Laugier, Chastaing, Michel, Allanic, Dupont.

Médecins principaux. — MM. Cauvin, Guiol, Barrallier, Bertrand, Gaultier de Laferrière, Danguy des Déserts, Boulain, Barret, Merlaux dit Pouty, Aube, Cauvy, Éléonet, Breton.

Médecins des troupes. — MM. les médecins de première classe Dupouy, Alix, Lecorre, Vantalon, Cousyn.

— Par arrêté ministériel, en date du 15 mai 1889, deux concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Nancy :

1° Pour deux places de chef de clinique chirurgicale, le mercredi 26 juin 1889, à huit heures du matin.

2° Pour une place de chef de clinique obstétricale, le mercredi 10 juillet 1889, à huit heures du matin.

Le registre d'inscription sera clos, pour le premier concours, le samedi 22 juin, à quatre heures, et le samedi 6 juillet, à quatre heures, pour le deuxième concours. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy.

— *Concours d'agrégation (anatomie et physiologie).* — Les épreuves pratiques des physiologistes comprennent une épreuve pratique d'histologie de quatre heures quarante minutes et une leçon de vingt minutes sur une préparation d'histologie.

1re série : mardi 4 juin, MM. Lapeyre et Hédon. « Épithélioma de la muqueuse nasale. »

2e série : mercredi 5, MM. Mayer et Vialleton. « Épithélioma intestinal. »

— *Concours d'agrégation (physique).* — Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre.

Mercredi 5 juin : M. Weiss. « Le spectroscope. »

Jeudi 6 : M. Bertin-Sans. « Le microscope » ; — M. Patein. « Le saccharimètre. »

— Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par la nomination de : MM. Faure, Mauclaire, Chipault, Noguez, Delagénière et Roques de Fursac.

— M. le professeur Guignard fera sa prochaine herborisation le dimanche 9 juin à Fontainebleau. Rendez-vous à la gare de Lyon, à sept heures précises, pour le train partant de Paris à sept heures trente, pour la station de Fontainebleau. Déjeuner et dîner à Fontainebleau. — S'inscrire au secrétariat de l'École de pharmacie jusqu'au vendredi quatre heures.

— M. Stanislas Meunier, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique publique, le dimanche 9 juin, à Argenteuil, Sannois et Beauchamp.

Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare du Nord, où l'on prendra à neuf heures moins dix le train pour Argenteuil. — Retour à Paris à cinq heures quarante-cinq.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie (galerie de géologie) avant samedi quatre heures.

— Les « Annales médico-chirurgicales » prennent désormais le titre de : « Annales de thérapeutique médico-chirurgicales », sous la direction scientifique du docteur Constantin Paul. Les communications concernant la rédaction doivent être adressées à M. le docteur L. Duchastelet, rédacteur en chef, 11 *bis*, rue Portalis.

— Un poste médical est actuellement vacant à Madagascar. Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur S. Bernheim, 23, boulevard Saint-Martin, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 65. — MARDI 8 JUIN 1889. 62e ANNÉE. MARDI 8 JUIN 1889. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de quelques fistules urinaires chez l'homme. Reins, uretères, vessie.

Par le docteur F. VERCHÈRE, ancien chef de clinique chirurgicale.

Les fistules urinaires sont fréquentes chez l'homme et chez la femme. Quelques-unes se rencontrent dans les deux sexes, mais un grand nombre ne leur sont pas communes.

La conformation des organes génitaux, les rapports anatomiques de l'appareil urinaire, la pathologie même différant chez l'homme et chez la femme expliquent cette distinction.

On pourrait dire, d'une manière générale, que les fistules urinaires cutanées et viscérales sont communes à l'homme et à la femme, mais que les fistules génito-urinaires sont spéciales, et comme thérapeutique, et comme étiologie, et par suite doivent être étudiées séparément.

Je ne m'occuperai ici que des fistules urinaires chez l'homme, ayant leur source dans le rein, l'uretère ou la vessie.

Toute fistule urinaire est constituée par un orifice ou un trajet anomal, congénital ou acquis par lequel passe l'urine plus ou moins altérée après oblitération plus ou moins complète, ou destruction plus ou moins étendue du conduit normal, perte de substance de l'organe sécréteur ou ouverture permanente du réservoir central, la vessie.

De cette définition même, vont découler des conditions importantes au point de vue de la symptomatologie générale des fistules urinaires. Le symptôme capital, unique, est l'écoulement de l'urine en dehors de son parcours normal.

Mais d'après la source même de cet écoulement, il présentera des caractères différents. Dans l'appareil urinaire l'urine circule de deux façons : d'une façon continue dans la première partie de l'appareil, du rein à la vessie; elle séjourne dans la vessie; enfin, ce n'est que d'une façon intermittente qu'elle s'échappe par l'urèthre.

Qu'une ouverture siège au niveau du rein, de l'uretère, de la vessie, et l'écoulement par cette ouverture se fera d'une façon continue, sans interruption; qu'au contraire elle siège au niveau de l'urèthre, et l'écoulement devient intermittent, ne se reproduisant qu'à chaque miction.

Rendre à l'urine son cours normal, telle doit être la première indication thérapeutique d'une fistule urinaire, ce que l'on n'obtiendra, cela est évident, que si le conduit d'excrétion est normal, ou en rétablissant ce canal s'il présente une diminution de son calibre. Mais cette dernière ressource peut être, dans certains cas, impossible. Si on ne peut espérer rétablir le canal normal, deux moyens sont en présence : ou supprimer la sécrétion urinaire en supprimant l'organe sécréteur, ou créer une voie artificielle, véritable fistule chirurgicale placée dans des conditions telles qu'elle supplée, sans inconvénients pour le malade, le conduit disparu.

Après avoir ainsi rétabli la possibilité du cours naturel de l'urine, le chirurgien se trouve en présence d'un malade porteur d'une fistule, et d'un canal d'excrétion normal. Pour espérer la fermeture de l'orifice fistuleux, que celle-ci se fasse spontanément, ou qu'elle soit l'œuvre du chirurgien, elle ne se fera que sous la condition formelle de ne plus être en contact avec l'urine. A cela, plusieurs raisons dont la principale est, que le contact de l'urine, et d'une urine souvent altérée, provoque et entretient la suppuration; toute suture à ce niveau ne serait d'aucune utilité; donc, seconde condition pour pouvoir agir efficacement sur un trajet ou un orifice fistuleux, supprimer tout contact de l'urine avec cet orifice ou ce trajet fistuleux.

Enfin, le dernier temps, pour ainsi dire, de toute intervention dirigée contre une fistule urinaire, consiste à agir sur la fistule elle-même, et ce n'est qu'à ce moment seulement qu'on pourra agir avec quelque chance de succès.

Les fistules urinaires peuvent siéger en tous les points de l'appareil urinaire, et peuvent s'ouvrir à l'extérieur, au niveau des lombes, au niveau de l'aine, sur la ligne médiane de l'abdomen. Ce sont presque toujours dans ces cas des fistules profondes, des fistules rénales, urétériques ou viscérales; mais les plus fréquentes, celles que dans la pratique on voit le plus ordinairement, siègent à la région périnéo-scrotale. Elles prennent, dans ces cas, leur source

au niveau de la prostate, au niveau de la portion musculeuse de l'urèthre. Elles sont simples, le plus souvent multiples, constellant le périnée d'orifices nombreux, disséminés ou réunis sur le même point; séparées par des parties saines de peau, de tissu cellulaire, mais le plus souvent transformant les tissus en contact avec l'urine en des cordons, parfois en des tumeurs de tissus indurés, résistants, lardacés. Ajoutons qu'elles ne sont pas toujours localisées au périnée, que quelques orifices peuvent se montrer au loin : on en a vu à la marge de l'anus, à la cuisse, au genou. Cruveilhier cite un cas de fistule urinaire, à source uréthrale, siégeant au niveau de l'angle de l'omoplate. Enfin, la partie antérieure de l'urèthre peut être perforée, entaillée, ulcérée, et une fistule se montrer à la face inférieure de la verge.

Mais les fistules urinaires à orifices cutanés ne sont pas les seules que l'on puisse avoir à traiter. Il existe toute une série de fistules viscérales, c'est-à-dire faisant communiquer l'appareil urinaire avec des viscères voisins. Ces communications sont variables suivant les rapports anatomiques de la portion de l'appareil urinaire, siège de la fistule. Au niveau du rein, on peut trouver des fistules rectales, coliques, duodénales, gastriques, bronchiques même; au niveau de la vessie, des fistules intestinales, rectales. Enfin, l'urèthre peut communiquer avec le rectum.

Ainsi donc deux grandes classes communes à chacune des variétés de fistules urinaires: les fistules à orifice cutané, et les fistules de communication viscérale. Pour chacune des régions les procédés mis en pratique pour remplir les trois conditions fondamentales pour obtenir la guérison d'une fistule urinaire, conviennent nécessairement, aussi devons-nous, dès maintenant, examiner séparément chacune de ces fistules suivant son lieu d'origine; et pour chacune d'elles distinguer la variété à laquelle on a affaire : cutanée ou viscérale.

I

A. Fistules cutanées du rein et de l'uretère. — Je réunis dans un même chapitre les fistules du rein et celles de l'uretère; pour l'un et l'autre organe un des temps de l'intervention, le rétablissement du conduit normal, est impossible (sauf un cas que je relaterai plus loin). Il n'est encore venu à l'idée d'aucun chirurgien de reconstituer l'uretère sectionné, et si le bassinet ou l'uretère est oblitéré on ne peut guère espérer, tout au moins on n'a pas tenté de lui rendre son calibre.

Restent donc les deux indications dernières : supprimer le contact de l'urine avec la fistule; agir sur la fistule elle-même.

Les fistules rénales proviennent dans nombre de cas du traumatisme. Si ce traumatisme agit sur un rein sain, dont l'uretère est perméable, dans la plupart des cas la fistule ne sera que temporaire. La cicatrisation du tissu rénal se fera progressivement, et, le contact de l'urine supprimé *ipso facto*, la fistule cutanée se fermera.

Il n'en est pas toujours ainsi. Dans deux conditions plus fréquentes à notre époque d'intervention hardie et rationnelle, se produisent les fistules. Le rein a été le siège d'une pyélonéphrite calculeuse, qui s'est ouverte à la région lombaire spontanément, ou le chirurgien a été de parti pris sectionner le rein pour ouvrir un abcès, ou enlever un calcul.

Dans le premier cas, si le calcul, enchâssé dans le bassinet ou enfermé dans l'uretère, n'est pas extrait, le tissu rénal enflammé n'aura pas de tendance à se cicatriser, la fistule sera constituée.

Dans le second, au contraire, si le chirurgien a pu enlever le calcul obturateur, rendre au rein l'écoulement de sa sécrétion, la fistule au bout d'un certain temps pourra se tarir et guérir, soit spontanément, soit au moyen de procédés simples : cautérisation, etc.

Que si j'insiste sur ce fait, c'est qu'actuellement, dans toute pyélonéphrite, calculeuse surtout, on n'a pas recours d'emblée à la néphrectomie, ce qui serait le procédé prophylactique par excellence de la fistule consécutive. On préfère la néphrotomie d'abord, quitte à supprimer ultérieurement le rein, si le cours normal de l'urine ne se rétablit pas, si la fistule persiste indéfiniment et épuise le malade.

C'est encore à la néphrotomie que l'on aura recours dans les cas où la fistule est entretenue par la présence d'un calcul intra-rénal. Il faudra le rechercher, l'enlever, et ce n'est qu'après avoir constaté que cette ablation n'amène pas la fermeture de la fistule qu'on sera autorisé à pratiquer la néphrectomie, l'*ultima ratio*.

C'est qu'en effet, pour une fistule du rein permanente, pour une fistule de l'uretère (due à une section par coup de couteau, cas de Demons, de Holmes, de Le Fort; à une déchirure ou à une section pendant une opération chirurgicale, Simon, Nussbaum, Billroth), il n'est d'autre moyen d'y remédier qu'en enlevant l'organe sécréteur de l'urine.

C'est pour un fait de cette nature qu'en 1869, M. Simon fit la première néphrectomie; et, depuis ces dernières années surtout, les chirurgiens n'hésitent pas à employer ce procédé qui seul peut sauver les malades.

La mortalité est relativement faible : en réunissant les statistiques de Marduel, de Biar, sur 12 cas, on trouve 9 guérisons, 2 morts. M. Brodeur dans sa thèse, sur 18 néphrectomies pour fistules, a relevé 13 guérisons, c'est-à-dire plus de 70,58 p. 100.

Il peut arriver, dans certains cas, surtout dans ceux qui succèdent à la pyélonéphrite ou à la rupture d'un uretère, que l'ouverture cutanée a été secondaire à un abcès dans le tissu cellulaire plus ou moins étendu, qu'elle siège plus ou moins loin de l'organe atteint, qu'elle en est séparée par une poche purulente plus ou moins anfractueuse, dans laquelle le pus et l'urine peuvent s'accumuler; on est en présence d'une fistule analogue à celles que l'on trouve sur l'intestin, aux fistules pyo-stercorales; c'est une fistule que l'on peut appeler pyo-urinaire. Pour les unes comme pour les autres, on devra débrider largement au bistouri ou, plus communément, avec le thermocautère, sans s'occuper de l'origine même de la fistule. Ce n'est qu'après la régularisation de la fistule qu'on devra chercher à la faire disparaître, si cette intervention n'a pas suffi, ce qui a lieu parfois pour les fistules pyo-urinaires du rein.

La néphrectomie que j'ai admise avec la plupart des auteurs modernes, comme le seul procédé pour obtenir la guérison d'une fistule de l'uretère, a pourtant pu être évitée dans un cas de Nussbaum. La même intervention pourra être essayée, si les mêmes conditions se présentent. L'uretère avait été sectionné tout au voisinage de la vessie; il s'était produit une poche urineuse, qui s'était abcédée et ouverte à l'extérieur. Le chirurgien ponctionna la vessie au niveau de la cavité accidentelle, puis fit passer un gros drain ressortant par l'urèthre, essayant ainsi de créer un

uretère artificiel, suivant les principes qu'a émis Landau, pour la guérison des fistules urétéro-vaginales.

Faisant le cathétérisme de l'uretère avec une petite sonde molle, il ponctionne la vessie avec un gros trocart, et, par l'urèthre, va chercher, avec une longue pince, le bout de sa petite sonde que l'on maintient dans le trajet suivant : uretère, vessie, urèthre. Ce procédé ingénieux n'est applicable que chez la femme, où la vessie est facilement accessible par l'urèthre dilaté, où le cathétérisme urétéral peut être fait par une fistule vaginale.

B. Fistules néphro et urétéro-viscérales. — Les communications entre les reins et les viscères voisins : rectum, colon, duodénum, estomac, bronches, ont été peu étudiées eu égard à leur traitement, et la raison en est très simple ; le diagnostic n'a jamais, ou a tout au moins été très rarement fait pendant la vie. Le plus souvent, ce sont des trouvailles d'autopsie. Il en est de même pour certaines fistules urétérales.

Si le diagnostic est fait, le plus souvent l'affection sera au-dessus des ressources de l'art, mais il est permis de supposer que, dans certains cas de fistules néphro-bronchiques diagnostiquées, l'ablation du rein pourrait donner des résultats satisfaisants ; il est permis enfin de supposer que la même intervention pourrait amener la disparition de fistules néphro-rectales ou urétéro-intestinales. Les documents font défaut pour affirmer une telle supposition, dont aucun fait ne vient confirmer la réalité.

II

A. Fistules urinaires vésico-cutanées. — Ces fistules peuvent être le résultat d'un traumatisme accidentel ou chirurgical de la vessie ; elles peuvent être la conséquence d'une inflammation ayant déterminé une ulcération de la vessie, puis un phlegmon, ou inversement, d'un phlegmon ayant amené une ouverture de la vessie ; de l'extension d'un néoplasme, cancer ou tubercule, de la prostate, du rectum, etc. ; mais elles peuvent aussi être un moyen thérapeutique employé par le chirurgien pour détourner l'urine de son cours normal, au cas d'une intervention sur la vessie elle-même, ou sur l'urèthre, pour permettre l'évacuation de la cavité vésicale, lorsque le conduit d'excrétion est fermé ou irrémédiablement ou temporairement, et surtout lorsque le traitement de la cystite douloureuse exige de supprimer tout séjour de l'urine dans la vessie.

Or (chose fâcheuse dans ce dernier cas), dans tous les cas d'une fistule urinaire vésico-cutanée se produisant sur une vessie saine, dans des tissus sains, plaie de la vessie, taille hypogastrique, taille périnéale, etc., l'oblitération spontanée du trajet est la règle. Si on veut conserver l'orifice anomal, il faut laisser des drains, des tubes en permanence, et les surveiller attentivement, afin que, s'ils s'échappent, l'occlusion ne se fasse pas avant qu'on ait pris la précaution de les remettre : c'est dire avec quelle rapidité se guérissent ces fistules.

Il n'en est pas de même dans les cas de fistules vésicales pathologiques, et dans certains cas de fistules vésico-périnéales, en particulier, existant depuis de longs mois, parfois de longues années, et entretenues par le passage constant de l'urine, forcée de prendre cette voie anomale, devant l'obstruction de son conduit uréthral diminué de diamètre.

Un défaut de canalisation de l'urèthre, tel est en effet la cause principale de l'établissement et de la permanence de la fistule vésicale.

L'écoulement de l'urine par une fistule vésicale est continu, tel est le symptôme qui permet de la distinguer, lorsqu'elle siège au périnée, par exemple, d'une fistule uréthrale.

Parfois le trajet fistuleux n'est pas simple et, en particulier, à la suite d'infiltration d'urine, on peut trouver des diverticules, des culs-de-sac, des embranchements, de véritables cavités pyo-urinaires, et on se trouve en présence de fistules dont les indications devront faire modifier la thérapeutique.

Rétablir le canal de l'urèthre, s'il est diminué dans son calibre, tel est, comme dans tous les faits que nous étudions, le premier point à remplir.

Je n'insiste pas sur les moyens à mettre en usage qui conviennent suivant les lésions de l'urèthre lui-même : rétrécissement traumatique, cicatriciel, mixte ; hypertrophie prostatique, tumeur de voisinage, etc. Ils seront ici tels que dans toute autre circonstance, et on devra, en principe, agir sans se préoccuper de la présence de la fistule. Sauf dans les cas, je le dis immédiatement, où les troubles de l'état général dus à la présence de la fistule peuvent être assez graves pour forcer la main au chirurgien et le déterminer à agir sur la fistule elle-même. Mais alors, ce n'est pas pour guérir la fistule que l'on interviendra, ce sera pour parer aux accidents généraux qu'elle détermine. Tels sont les cas de rétention d'urine et de pus, déterminant une intoxication plus ou moins grave ; tels sont les cas des malades atteints depuis de longues années de fistules pyo-urinaires et venant trouver le chirurgien alors que leurs reins sont fortement atteints et qu'ils sont dans un état de septicémie avancée ; tels sont les faits de rétention d'urine complète ou incomplète dans une fistule à diverticules, alors que l'urèthre est infranchissable ; dans tous ces cas, l'urgence est déclarée, il faut remédier aux accidents les plus pressants, et le seul procédé, c'est le débridement, l'incision large, s'étendant jusqu'à la vessie dans quelques cas, que l'on doit limiter à la poche urineuse dans d'autres. Ce débridement sera fait par certains chirurgiens avec le bistouri, d'autres préfèrent le thermocautère, espérant ainsi restreindre l'hémorrhagie chez des malades déjà épuisés, éviter les phénomènes d'auto-inoculation, enfin par la cautérisation violente modifier les tissus péri-fistuleux plus ou moins épais, plus ou moins calleux, plus ou moins lardacés.

Lorsque la première condition est remplie, et elle est formelle, lorsqu'on s'est assuré d'un libre écoulement de l'urine par le canal de l'urèthre, il faut aviser au moyen de supprimer tout écoulement par la voie anomale ; il faut empêcher le passage continu du liquide par la fistule ; en un mot, destituer la vessie de ses fonctions de réservoir.

Un seul procédé peut remplir cette indication, c'est le maintien de la sonde à demeure. Malheureusement l'écoulement est encore incomplet, quelques gouttes d'urine peuvent encore passer par la fistule, lorsqu'elles tombent dans le bas-fond vésical, et que la fistule siège à ce niveau. Aussi a-t-on cherché à pomper, pour ainsi dire, le liquide à mesure qu'il arrive dans le réservoir. C'est dans ce but que M. le professeur Panas a créé le siphon vésical. En l'appliquant, il faudra avoir grand soin d'observer toutes les règles de l'antisepsie, de faire plonger l'extrémité du siphon dans un liquide fortement antiseptique et d'éviter, autant que faire se pourra, l'inoculation de l'urine vésicale et les

phénomènes de cystite qui peuvent, dans certains cas, devenir de véritables et graves dangers pour la vie du malade.

Enfin, la dernière indication, agir sur la fistule elle-même, sera remplie de différentes manières, suivant l'étendue plus ou moins grande de la fistule. Si l'orifice, le trajet sont petits, courts, de simples cautérisations avec le nitrate d'argent (Thompson), le thermocautère, le galvanocautère peuvent suffire ; dans des cas plus graves, on aura recours à l'avivement, à la dissection, à la suture ; enfin, parfois dans les fistules larges, avec véritables pertes de substance, c'est à l'autoplastie qu'il faudra demander l'oblitération, dans ces cas toujours difficile à obtenir.

B. Fistules vésico-intestinales. — Ces fistules, malheureusement assez fréquentes, sont beaucoup plus graves que les précédentes. Les phénomènes de cystite, de rectite qu'entraîne toujours le passage des matières fécales ou des gaz dans la vessie, des urines dans le rectum, les dangers d'une péritonite fréquente dans ces cas, de néphrites graves toujours imminentes, doivent déterminer le chirurgien à remédier à ces graves lésions et, pour le faire, à mettre en œuvre tous les moyens qu'il peut avoir à sa disposition.

Malheureusement ils sont peu nombreux, et certaines fistules vésico-intestinales élevées peuvent être regardées comme au-dessus des ressources de l'art. Mais avant cette désespérance, ne doit-on pas, avec MM. Eug. Monod et Le Dentu, se poser la question suivante : « En présence d'une affection aussi sérieuse, lorsqu'on aura acquis la conviction que tous les modes d'intervention ont échoué ou demeurent inapplicables, ne serait-on pas autorisé à tenter un dernier effort ? Les succès qui deviennent tous les jours plus nombreux, obtenus dans le champ de la chirurgie abdominale, les perfectionnements apportés dans ces derniers temps aux procédés de cystorrhaphie, ne pourraient-ils pas faire songer, sans témérité excessive, à attaquer directement, par la taille hypogastrique et par la suture de l'orifice vésical, certaines fistules inaccessibles et réputées jusqu'à ce jour incurables?... L'avenir se chargera peut-être de résoudre cette question ; elle nous paraît, en tous cas, justifiée par la gravité inhérente à l'affection que nous avons en vue. »

Lorsque les fistules sont inaccessibles à la vue et au toucher, on n'a comme symptôme de la présence de la fistule que le passage des matières des voies fécales dans les voies urinaires et inversement, aucune présomption ne permet de savoir quel est le siège exact de la fistule. Il n'en est pas de même dans les cas où la fistule peut être vue avec le spéculum ani, où le doigt peut l'atteindre et l'explorer. Suivant sa hauteur, les indications pourront varier :

Lorsqu'on s'est assuré de l'état normal de l'urèthre, que par la sonde à demeure ou le siphon vésical on est assuré de la vacuité constante de la vessie, on n'a point ici à remédier à tous les inconvénients de la fistule vésico-rectale. Les urines ne passent plus par la fistule, mais dans certains cas, pas dans tous, les matières fécales, et les gaz surtout, peuvent passer du rectum dans la vessie. C'est donc aussi à ce contact que l'on doit soustraire le trajet fistuleux.

Dans ce but, diverses tentatives ont été faites. En première ligne nous devons signaler l'utilité des injections répétées de liquides désinfectants, tant dans la vessie que dans le rectum. On a publié par ce procédé des cas de guérison. Dans le cas de M. Guéniot, cité par M. Eug. Monod (*Dictionnaire encyclopédique*), le seul traitement consista à placer le malade dans une position telle que les gaz intestinaux ne passaient plus par l'urèthre. La guérison ne fut obtenue qu'au bout de cinq à six mois.

Ces moyens sont souvent, le plus souvent insuffisants ; certains chirurgiens, et M. Duménil (de Rouen) en particulier, le premier en France, eurent recours à la colotomie iliaque ou lombaire pour détourner d'une façon complète le cours des matières fécales. Sur 14 faits réunis par M. Duménil, on obtint 8 fois une amélioration notable des phénomènes de douleurs vésicales ou rectales, mais dans aucune observation la guérison ne fut complète. Les auteurs en donnent comme raison que l'anus artificiel n'empêche pas complètement la pénétration d'une certaine quantité de matières dans le bout inférieur. Nous ne savons si on a employé, dans les différents faits publiés, les modifications apportées par M. Verneuil, par Albert, par Maydl, pour former un éperon très accentué au niveau de l'anus contre nature, et par suite si l'argument apporté pour expliquer les insuccès est de valeur ; toujours est-il que certains chirurgiens ont été, comme Ballance, jusqu'à oblitérer le bout périphérique du colon, par le procédé de Madelung, condamnant ainsi leur malade à l'anus contre nature à perpétuité.

C'est qu'en effet, si l'on est arrivé à soustraire le trajet au passage des urines et des gaz intestinaux ; si, d'autre part, l'oblitération ne se fait pas, — et nous avons vu que c'était le cas constant, pour peu que la fistule soit accessible, il nous semble qu'on pourra agir sur l'orifice rectal et chercher à l'oblitérer, ce que ne paraissent pas avoir tenté les partisans de l'anus contre nature palliatif.

Si la fistule siège assez loin on peut avoir recours aux différents procédés de cautérisation : fer rouge, galvanocautère, thermocautère, etc.

Les auteurs regardent comme devant être à peu près inapplicables, les sutures au niveau du rectum, par le fait du contact des urines et des matières fécales ; aussi ne les conseillerions-nous qu'après avoir détourné, par le siphon vésical et par l'anus contre nature, les urines d'une part, les matières fécales et les gaz de l'autre.

Si l'on ne peut agir en passant par l'anus, à cause de la hauteur où siège la fistule *accessible à la vue et au toucher*, il sera, croyons-nous, et comme nous l'avons trouvé proposé dans une thèse récente d'Albescu, nécessaire de faire, comme opération préliminaire, une rectotomie postérieure, dévoilant ainsi et étalant sous les yeux de l'opérateur toute la paroi antérieure du rectum et par suite l'orifice fistuleux. Nous ne croyons pas que cela ait encore été fait, mais tout doit et peut faire supposer, étant donné la bénignité de la rectotomie, le jour considérable que donne cette opération, qu'il serait possible, en pareil cas, d'y avoir recours comme opération préliminaire.

Lorsque la fistule serait ainsi découverte on pourrait agir sur elle, suivant son étendue, soit par la suture directe, immédiate, ou par l'autoplastie, ainsi que l'a fait, avec succès, M. Duplay dans un cas de fistule uréthro-rectale.

Si la fistule siège très près de l'anus, comme cela se rencontre dans les cas de perforation intestinale pendant la taille, on pourra suivre la pratique recommandée par Desault, et, dans ce cas, point ne sera besoin de faire d'opération préliminaire, anus contre nature ni rectotomie, pratique qui consiste à sectionner tous les tissus compris entre l'ouverture du rectum et celle du col vésical, comme si

l'on opérait une fistule à l'anus à long trajet. On pourrait citer quelques observations, entre autres celles de M. Guibert, favorables à cette manière de faire (Eug. Monod).

Nous devons ajouter que, dans les cas où, après l'établissement d'un anus contre nature, on aura obtenu soit spontanément (ce qui est l'exception, avons-nous dit), soit par la suture, l'oblitération du trajet fistuleux, on devra pratiquer la cure de l'anus contre nature, par les procédés trop connus pour que nous ayons à y insister.

Un dernier mot concernant les fistules suite de cancers propagés du rectum à la vessie, ou de la prostate au rectum. Dans ces cas, c'est au traitement palliatif seul qu'on pourra avoir recours dans les cas de douleurs intolérables, ou d'hémorrhagies graves, et ce traitement sera l'anus contre nature.

III

En résumé, quel que soit le point où siège la fistule urinaire permanente, une condition indispensable pour obtenir la guérison et l'oblitération, c'est la reconstitution du conduit de l'urine et de son cours par ce canal; il faut, en un mot, supprimer, par quelque procédé que ce soit, le contact de l'urine avec le trajet fistuleux.

Si le conduit normal ne peut être rétabli (fistule du rein, fistule de l'uretère), on aura recours à la néphrectomie, qui supprimera toute sécrétion incompatible avec la fermeture de la fistule. Si on peut rétablir le conduit excréteur (fistule de la vessie avec perméabilité et dimensions normales de l'urèthre) il faudra forcer toute l'urine sécrétée à passer par le canal normal (sonde à demeure, siphon vésical). A ces conditions seules il sera utile et profitable d'agir sur le trajet et l'orifice fistuleux lui-même (cautérisations au fer rouge, galvanocautère, thermocautère, nitrate d'argent, etc.). Ajoutons que, si le trajet fistuleux est mixte, c'est-à-dire qu'outre l'urine on y voie passer d'autres corps (matières fécales ou gaz intestinaux), comme dans les fistules vésico-intestinales, on devra détourner ceux-ci, les ramener dans le droit chemin, ou, si cela est impossible, leur créer une issue artificielle complète (anus contre nature). Si la fistule siège haut dans le rectum *mais est accessible au toucher et à la vue*, nous croyons qu'on serait autorisé à faire la rectotomie postérieure pour l'oblitérer, soit par la suture, soit par une autoplastie.

DU ROLE ET DE L'IMPORTANCE DES STATISTIQUES SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LE PERFECTIONNEMENT DE L'HYGIÈNE SOCIALE.

Par M. le docteur H. Henrot,
Professeur à l'École de médecine de Reims.

A la demande de M. le ministre de l'Intérieur, nous avons dressé une cinquantaine de tableaux représentant près de deux cents tracés graphiques qui permettent de se rendre rapidement compte de ce qui se passe dans les différents services d'hygiène de la ville de Reims. Si le gouvernement réclamait à toutes les communes un travail semblable, on pourrait, en quelques années, réunir les éléments d'une statistique générale de la France aussi complète et aussi exacte que possible. Ce travail d'ensemble est indispensable pour permettre aux hygiénistes de marcher avec sécurité.

Nous avons laissé en dehors de notre étude les travaux graphiques du bureau d'hygiène qui retracent d'une façon si exacte, et si minutieuse, tout ce qui a trait à la démographie et au développement des maladies contagieuses et saisonnières.

Ces tableaux ont une très grande importance, car nous avons pu opérer de sérieuses réformes en mettant sous les yeux du Conseil municipal quelques-uns de ces plans topographiques. C'est ainsi qu'il nous a suffi de montrer combien il était inadmissible que, dans une même ville (Reims), le taux de la mortalité fût plus de 54 pour 1000, dans un quartier, alors qu'elle était moins de 30 p. 1000 dans un autre quartier, pour que les dépenses d'assainissement fussent immédiatement faites.

Il y a quatre ans, en voyant sur ces plans une épidémie de fièvre typhoïde localisée dans une partie de la ville, insuffisamment canalisée, nous avons pu l'arrêter en faisant distribuer, dans des tonneaux d'arrosage, de grandes quantités d'eau potable. Depuis que l'eau des fontaines a remplacé l'eau des puits trop souvent contaminée par des infiltrations provenant des fosses d'aisances, la fièvre typhoïde a complètement disparu.

Les tableaux graphiques, que nous avons pu dresser en six semaines, nous permettent de mettre en relief quelques résultats intéressants sur les différents services.

Ainsi, les dépenses destinées à favoriser le développement intellectuel et moral qui étaient de 90000 francs en 1837, s'élèvent à 1860000 francs en 1887; les dépenses d'assistance se sont élevées, pendant la même période, de 80000 à 540000 francs.

Les dépenses de salubrité et d'hygiène étaient de 50000 francs en 1837; elles atteignent 1200000 francs en 1887. Elles nous ont permis d'exécuter d'importantes améliorations hygiéniques, particulièrement l'épuration de la totalité des eaux d'égout par l'irrigation méthodique de près de 500 hectares.

La consommation des viandes fraîches de boucherie a, au point de vue de l'hygiène sociale, une importance considérable; de 34 kilogrammes par tête d'habitant en 1847, elle atteint 58 kilogrammes en 1887.

La consommation des boissons, dans ses rapports avec le développement continu de l'alcoolisme, mérite une étude spéciale. Nous constatons l'augmentation de la consommation du vin: 115 litres en 1888, au lieu de 90 litres en 1847; mais, malheureusement, la consommation de l'alcool par tête d'habitant a presque doublé; de 4 litres, elle s'est élevée à plus de 7 litres 1/2.

Le volume d'eau potable s'est élevé de 800000 mètres cubes en 1867, à 2800000 en 1888.

Le service de la protection des enfants du premier âge, après un mouvement ascensionnel de 1881 à 1886, est entré dans une période décroissante.

Des tableaux spéciaux, dont l'énumération serait trop longue, permettent de suivre le mouvement des inspections de la salubrité et de tous les services intéressant l'hygiène publique, le mouvement des industries du vin et de la laine dans ses rapports avec le salaire des ouvriers. Nous avons enfin cherché à faire ressortir l'importance des encouragements donnés à la prévoyance, aux sociétés de secours mutuels, aux sociétés de retraite ou d'épargne.

Si les statistiques de ce genre présentées en tableaux ou en graphiques comme les nôtres s'étendaient à toute la France, les hygiénistes pourraient réclamer une législation sanitaire qui fait aujourd'hui encore défaut. Quand ils auront en main tous les éléments de recherches que nous voudrions leur voir posséder, il n'est pas douteux qu'ils parviendront, avec l'aide des législateurs, à arrêter la marche toujours croissante de deux maladies qui sont une honte pour le XIXe siècle: l'aliénation et l'alcoolisme.

ARTHRODÈSE POUR PIED BOT PARALYTIQUE

Par M. le docteur Defontaine,
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, chirurgien des usines du Creusot.

Je désire présenter l'histoire de deux pieds bots paralytiques pour lesquels j'ai pratiqué l'arthrodèse tibio-tarsienne, afin de fixer le pied à angle droit sur la jambe.

La paralysie infantile spinale avait laissé chez ces malades une paralysie avec atrophie des muscles moteurs du pied, datant de

plus de dix ans chez l'un et de deux ans et demi chez l'autre. Le pied en varus équin n'avait pas de position fixe sur la jambe. Si on le ramenait dans l'axe du tibia, il retombait en dedans dès que la main l'abandonnait. Un gros durillon au niveau de l'extrémité postérieure du métatarsien, et une bourse séreuse épaissie sur la face dorsale du pied, prouvaient qu'habituellement il supportait le poids du corps en reposant sur son bord externe et sa face dorsale. Mon premier opéré, âgé de quinze ans, tombait chaque fois que, pendant la marche, son pied, dont la position n'était pas fixe, se plaçait à faux sur le sol, ce qui était fréquent.

Le manuel opératoire, suivi chez mes deux opérés, peut se résumer de la façon suivante : nettoyage antiseptique du membre ; application de l'Esmarch ; ouverture de l'articulation tibio-tarsienne par la voie externe, à l'aide de deux incisions perpendiculaires : l'une, antéro-postérieure, passant au bord inférieur de la malléole péronéale et allant de cette malléole, qu'elle dépasse notablement en arrière, jusqu'à l'extrémité postérieure du métatarsien ; l'autre, verticale, tombant perpendiculairement sur la précédente et placée en avant du péroné, remonte assez haut pour permettre de bien découvrir la mortaise tibio-péronière. Le lambeau à base supéro-interne, limité par ces incisions, est relevé jusqu'aux tendons extenseurs qui se trouvent à sa base et découvre en partie déjà l'articulation tibio-tarsienne. Les ligaments péronéo-astragaliens sont coupés et on va jusqu'aux tendons péroniers latéraux que l'on dénude. J'ai pu respecter ces tendons péroniers, mais on pourrait, au besoin, les diviser temporairement pour les suturer à la fin de l'opération ; cette section, permettant d'ouvrir largement l'articulation, faciliterait les manœuvres ultérieures.

Des écarteurs, soulevant en avant les tendons et vaisseaux antérieurs, réclinant le plus possible en arrière les tendons péroniers, l'avivement des surfaces cartilagineuses est pratiqué dans toute l'articulation.

Pour l'exécution de ce temps fondamental de l'opération, j'ai eu recours, chez mon premier opéré, au ciseau large de M. Lucas-Championnière, pour tailler et aplanir la surface supérieure de l'astragale, sa surface articulaire externe ainsi que la facette péronéale. Le cartilage du plateau tibial fut abrasé avec le ciseau ostéotome de Mac Ewen ; enfin, je dus recourir au ciseau à main pour atteindre et abraser le cartilage de la malléole interne et de la facette articulaire interne de l'astragale.

Dans ma deuxième opération, le jeune âge du sujet me permit de faire l'abrasion des cartilages avec le bistouri ordinaire et le bistouri à résection. Le plateau tibial inférieur a dû seul être avivé au ciseau à main parce que les malléoles gênent la manœuvre d'un bistouri. Dans les deux cas, j'ai mis à nu une notable étendue de tissu osseux à la face supérieure de l'astragale que j'ai aplanie.

Un lavage au sublimé tiède à 1/2000 chasse les fragments de cartilages détachés qui peuvent rester dans le foyer opératoire.

L'artère péronière antérieure a été vue et liée avec du fin catgut ; c'est la seule ligature faite chez mes deux opérés.

Le pied étant placé à angle droit ou légèrement aigu sur la jambe, les incisions sont suturées en surjet au catgut sans drainage.

Iodoforme. Protective. Le pied et la jambe sont enveloppés d'ouate salicylique et hydrophile constituant une couche épaisse. Aucun tissu imperméable n'enveloppe le pansement. Une bande simple, appliquée avec soin, maintient la position du pied et établit une compression. Cela peut suffire chez les jeunes enfants ; mon premier opéré étant âgé, j'ai cru bon d'assurer la compression par une couche superposée de coton ordinaire et la bonne position du pied par une attelle à pédale mobile de Bœckel. La ligature hémostatique de la cuisse n'est enlevée que lorsque le pansement est entièrement terminé et le membre est maintenu plusieurs heures dans l'élévation à 45 degrés.

Chez mon premier opéré, garçon de quinze ans, les suites furent très bonnes. A partir du cinquième jour, la température ne monta plus à 37°8. Le pied fut laissé immobilisé pendant deux mois. La réunion eut lieu totalement, sans suppuration, mais je ne crus devoir permettre la marche que vers la fin du troisième mois. Depuis, elle se fait sans fatigue et avec une légère boiterie. Le pied est fixé à angle droit sur la jambe et l'ankylose tibio-tarsienne est absolue. L'opération remonte à plus de huit mois (26 septembre 1888). Ma deuxième opération ne date que de quinze jours, je ne puis donc en signaler le résultat définitif, mais la petite opérée âgée de trois ans, qui a encore son pansement opératoire, n'a pas souffert et sa température a atteint une seule fois le chiffre maximum de 38°1. Chez elle j'ai dû commencer par la section du tendon d'Achille pour remédier à l'équinisme causé par la rétraction du triceps de la jambe.

Le premier fait d'arthrodèse est dû, si je ne me trompe, à Albert (de Vienne), et remonte à 1878. Ce chirurgien fait des sutures osseuses ; j'ai lu qu'il faisait suppurer de parti pris le foyer opératoire. Je crois que cette pratique trouvera peu d'imitateurs. A l'exemple de Girard (de Berne), j'ai au contraire cherché et obtenu la réunion totale. Je n'ai pas fait de drainage, le réservant pour les cas dont l'asepsie est douteuse ou imparfaite, et comme alors la réunion n'est pas loin d'être contre-indiquée, je laisse souvent la plaie ouverte. Dans l'arthrodèse, d'ailleurs, le drainage entraînerait des pansements et une mobilisation qu'il est bon de chercher à éviter.

Suivant ma pratique ordinaire, j'ai fait usage de lavages abondants de sublimé tartrique à 1 p. 2 ou 4000. Ils ne m'ont pas paru provoquer l'hypersécrétion qui leur a été reprochée et qui semble due, moins au lavage lui-même, qu'à la force trop grande des solutions employées (solutions phéniquées au 20e par exemple). Je n'emploie pas d'éponges, mais des tampons de tarlatane bouillie, et j'utilise le pansement absorbant sans enveloppes imperméables.

J'ai pensé qu'il y avait quelque intérêt à rapporter des exemples d'une opération encore récente, qui remet aux mains des chirurgiens une série de cas qui n'ont été longtemps passibles que d'appareils de soutien, plus ou moins orthopédiques, dont l'emploi sera de plus en plus limité dans l'avenir, mais dont l'usage a toujours été difficile pour les malades pauvres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mai 1889. — Présidence de M. LE DENTU.

CORRESPONDANCE

Traitement des fibromes de l'utérus. — M. PÉAN adresse la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

J'apprends, par la lecture de plusieurs journaux qui donnent le compte rendu des séances de la Société de chirurgie, que, dans la séance du 15 mai dernier, notre collègue, M. Terrillon, aurait déclaré que Backer Brown et Thomas auraient, les premiers, proposé d'enlever par morcellement et par la voie vaginale les fibromes interstitiels du corps et du col de l'utérus à large base d'implantation. Suivant lui, je n'aurais d'autre mérite que d'avoir perfectionné leur procédé. Je n'ai jamais cessé, depuis quarante ans, d'étudier avec soin la littérature médicale moderne et je n'ai pas vu ces auteurs faire une semblable proposition.

A diverses époques, des chirurgiens, voulant enlever par énucléation de grands fibromes sous-muqueux, ont été contraints d'en laisser des fragments et ont attendu que la nature les élimine; mais aucun, que je sache, n'a conseillé d'enlever, de propos délibéré, les fibromes interstitiels du corps et du col de l'utérus par la voie vaginale en les morcelant. Ce sont mes recherches sur la vascularisation des tumeurs et sur l'hémostase qui m'ont conduit à aborder ces fibromes par le vagin et à les

extraire sans danger toutes les fois que leur volume ne dépasse pas celui d'une tête de fœtus à terme.

Depuis que j'ai publié mes travaux sur ce sujet, des médecins notables de tous les pays sont venus à Paris pour me voir appliquer ma méthode. Tous m'ont affirmé, aussi bien les Anglais que les Américains, qu'ils n'avaient jamais vu aucun de leurs compatriotes tenter ces sortes d'opérations. Il suffit, d'ailleurs, de lire la description opératoire pour voir qu'elle n'a rien de commun avec l'énucléation.

Quelques praticiens, à l'étranger, ont dit que la chirurgie française retarde sur celle d'autres nations dans la voie du progrès. C'est une erreur facile à réfuter. Sans pousser aussi loin qu'eux le patriotisme, il convient cependant de ne pas attribuer aux confrères étrangers, sans preuves valables, les découvertes françaises; assurés d'ailleurs, si nous étions tentés d'agir autrement, que nous n'aurions pas à compter sur la réciprocité.

J'ai écrit à ce propos, il y a plusieurs jours, à M. Terrillon. Ma lettre étant restée sans réponse, je vous serai obligé de donner lecture de celle-ci à vos collègues de la Société de chirurgie.

Agréez, etc.

PÉAN.

29 mai 1889. »

M. TERRILLON rappelle que la discussion qui s'est élevée à la dernière séance, à l'occasion de sa communication, a porté sur plusieurs points qu'il n'avait eu nulle intention de soulever; il n'a pas mis en cause les polypes de l'utérus, que l'on a confondus dans la discussion avec les autres variétés de fibromes; il a eu pour but d'attirer l'attention sur quelques cas spéciaux, sur ces tumeurs interstitielles qui proéminent dans la cavité utérine et peuvent se présenter de deux façons différentes. Tantôt elles font saillie en repoussant la muqueuse, qui les coiffe dans une certaine étendue; pour les atteindre, il faut, après la section du col, inciser la muqueuse sur un point, puis, dans le voisinage, la séparer du fibrome, que l'on enlève ensuite par morceaux. D'autres fois, le corps fibreux, encore contenu dans la cavité utérine, est libre dans la plus grande partie de sa surface; il n'y a que son segment supérieur qui soit resté en continuité avec l'utérus; mais cette base d'implantation est assez large pour le différencier des autres polypes : l'opération est la même avec quelques différences.

C'est à cette variété de fibromes que M. Terrillon a eu affaire chez ses cinq malades, que de violentes douleurs expulsives et des hémorrhagies tourmentaient à tel point qu'une intervention était nécessaire. Que la tumeur soit dure ou en partie ramollie, peu importe; elle est justiciable de cette méthode qui, contrairement à ce que l'on a dit, ne paraît nullement dangereuse lorsqu'on a pris soin de bien établir le diagnostic et de se servir toujours du doigt comme guide pendant l'opération.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que la méthode du morcellement n'est pas aussi moderne qu'on paraît le croire, et il n'est pas douteux que, depuis longtemps, elle a été mise en pratique. Quant au mode opératoire des fibromes, que l'on a l'habitude de diviser en fibromes pédiculés, non pédiculés et interstitiels, il consiste, pour certains opérateurs, à aller placer, sur la base de la tumeur, un instrument capable de la sectionner; en agissant ainsi, on a provoqué plus d'une fois des complications sérieuses, telles que des hémorrhagies, la septicémie, etc.

D'autres chirurgiens n'emploient que les ciseaux et obtiennent de bons résultats. C'est à cette méthode que M. Lucas-Championnière s'est arrêté depuis longtemps pour les polypes, et jamais il n'a eu d'accidents à déplorer. Pour les tumeurs non pédiculées et faisant saillie dans l'utérus, après avoir incisé la muqueuse, il les coupe et les enlève par morceaux. Quant aux fibromes interstitiels, il ne craint pas de les attaquer par une large incision intéressant l'utérus et d'en faire l'ablation par portions. On n'a pas d'hémorrhagies à la condition d'agir rapidement; on sait d'ailleurs que ce qui peut saigner, ce n'est pas la tumeur elle-même, mais la muqueuse.

Après le lavage qui suit l'opération, M. Lucas-Championnière se contente de tamponner le vagin avec de la gaze phéniquée, qu'il remplace au bout de huit jours, si cela est nécessaire, sans renouveler l'irrigation.

M. TERRIER soutient que, si l'ablation des fibromes par la voie vaginale a été heureusement faite de nombreuses fois, il n'en faut pas moins reconnaître que très souvent, même après l'incision du col, on est peu à l'aise pour continuer l'opération; quoique l'on ait la perception d'une sensation de dureté, bien différente de celle de l'utérus, il est des cas où il est difficile de se rendre un compte exact de la tumeur, et, si elle est suppurée, on peut craindre d'infecter la malade. D'autre part, il n'est pas toujours possible de l'enlever en totalité. Aussi, en présence de ces gros fibromes, M. Terrier a recours à une autre méthode opératoire. Il fait la laparotomie et incise l'utérus sur le fibrome; celui-ci enlevé, il excise une notable portion de la paroi utérine et applique des sutures superficielles et des sutures profondes, de telle façon que toute cavité ait disparu; dans deux cas le résultat a été parfait.

M. POZZI n'est pas ennemi du procédé que M. Terrillon a défendu, puisque tout dernièrement il vient de le mettre en pratique, sans incident autre qu'une légère hémorrhagie, facilement arrêtée par un tamponnement. Toutefois il ne pense pas qu'il serait bon de généraliser cette méthode, car elle peut donner lieu à de grandes difficultés opératoires. Il croit que, dans certains cas, on pourrait faire l'énucléation simple avec drainage prophylactique de la cavité telle que la préconise Martin, ou bien s'adresser à l'hystérectomie supra-vaginale, qui a donné de très bons résultats.

RAPPORT

Néphrite suppurée; néphrectomie; guérison. — M. TERRIER fait un rapport sur une observation de néphrectomie suivie de guérison, adressée par M. Poisson (de Nantes). Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une blennorrhagie et d'une incision du prépuce, avait été atteint d'abord d'hématurie et d'accidents fébriles intenses, plus tard d'une cystite purulente et des symptômes d'une tumeur fluctuante siégeant dans la région rénale gauche, ayant fait porter le diagnostic de néphrite suppurée, confirmé par une ponction exploratrice. M. Poisson a d'abord fait, avec le thermocautère, une incision qu'il a ensuite agrandie pour atteindre plus facilement le rein, et en pratiquer l'ablation. La plaie a été lavée, drainée et suturée, et deux mois après l'opération, elle ne donnait plus que très peu de suppuration. Relativement à la pathogénie de cette néphrite, il est probable qu'il faut invoquer non pas la blennorrhagie, mais une infection ayant eu, pour point de départ, les incisions qui avaient intéressé le prépuce.

COMMUNICATIONS

Arthrodèse pour pied bot paralytique. — M. DEFONTAINE fait une communication sur ce sujet (V. plus haut, p. 597).

M. ROUTIER ne croit pas que ce soit un progrès de remplacer un pied ballottant par une ankylose. D'ailleurs souvent, à la suite des paralysies infantiles, on obtient des améliorations notables et presque des guérisons lorsqu'on emploie avec persistance les différents moyens propres à réveiller l'action vitale des muscles. Peut-être en eût-il été ainsi chez l'enfant de trois ans, que M. Defontaine a opéré?

M. SCHWARTZ dit que, dans les pieds bots consécutifs à une paralysie infantile, le traitement doit varier suivant les cas. Si l'atrophie musculaire n'est pas trop prononcée, si la dégénérescence n'est pas complète, il estime que l'on doit essayer de provoquer le retour de la motilité par l'électricité et les autres modes de traitement ordinaires. Dans le cas contraire, on peut être autorisé à pratiquer l'arthrodèse, mais ce n'est, suivant lui, qu'une ressource applicable en cas d'échec par les autres moyens thérapeutiques.

M. TERRIER croit cette opération indiquée chez les malades

qui se trouvent dans la nécessité de marcher pour gagner leur vie, et, le cas échéant, il serait disposé à la pratiquer, mais d'une manière moins hâtive que ne l'a fait M. Defontaine, et lorsque les autres traitements auraient été reconnus insuffisants.

M. DEFONTAINE a cru devoir pratiquer cette opération chez ses deux malades, car, chez l'un, la paralysie datait de dix ans, et il est probable qu'aucun autre traitement n'eût été efficace; quant à l'autre, il était paralysé depuis six mois, et une infirmité persistante était à craindre.

Trente-cinq ovariotomies pour kystes de l'ovaire. — M. TERRILLON, de juillet 1888 à février de cette année, a pratiqué trente-cinq ovariotomies. Sur ce nombre, il n'a perdu qu'une malade, qui, déjà opérée antérieurement d'un kyste de l'ovaire, fut atteinte d'un autre kyste quelques mois après. Ce dernier s'étant rompu et ayant donné lieu à des symptômes de péritonite, il dut opérer cette malade malgré la gravité de son état; mais trente-deux heures après l'opération, elle succombait par épuisement. Parmi ces kystes, dont l'un était un kyste dermoïde, et dont six autres siégeaient dans le ligament large, quelques-uns avaient présenté divers accidents antérieurs, rupture dans le péritoine, torsion du pédicule, formation d'adhérences diverses.

Dans trois cas, il a dû laisser l'opération incomplète à cause d'adhérences, mais il s'est fait dans la suite une élimination des parties restantes, et le résultat a été excellent. Sur une de ces malades, M. Terrillon a observé une paralysie totale de l'intestin qui a duré plus de huit jours et qui, cependant, n'a été cause d'aucun accident funeste. Il regarde comme un moyen excellent, non seulement la révulsion intestinale anté-opératoire, mais encore l'usage du naphtol β, qui semble empêcher le développement des gaz.

M. TERRIER pense que la paralysie intestinale, qui survient en pareil cas, doit être rapportée à de la péritonite.

Quant à l'emploi du naphtol β, d'après le conseil de M. Bouchard, il a institué comme règle son administration à tout malade qui doit subir une opération intestinale.

ÉLECTION

M. Brun est élu membre titulaire de la Société.

La séance est levée.

Séance du 5 juin 1889. — Présidence de M. LE DENTU.

COMMUNICATIONS

Traitement des tumeurs fibreuses par l'électricité. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE communique sept observations de malades atteintes de tumeurs fibreuses abdominales qu'il a traitées, avec M. le docteur Donion, par les courants électriques. Sous l'influence de ce traitement, ces malades ont vu leur état rapidement amélioré; les douleurs ont presque disparu, les hémorrhagies ont été très diminuées, les pertes qu'elles avaient dans l'intervalle des règles ont été supprimées; elles n'éprouvaient plus cette sensation de pesanteur dont elles se plaignaient. Quant au volume de la tumeur, il a été notablement diminué. M. Lucas-Championnière attribue cette diminution du volume, plus apparente que réelle, à la décongestion de la tumeur et des parties périphériques. Il n'a jamais cru à la fonte des fibromes par l'électricité.

Cette rapide amélioration est obtenue après trois ou quatre séances. Aussitôt qu'on abandonne le traitement, tous les accidents reparaissent et la tumeur reprend son volume primitif. Ces améliorations s'observent surtout chez les femmes approchant de l'âge de la ménopause.

Quant au mode d'application, qui appartient à M. Donion, il consiste à introduire dans la cavité du col et du corps de l'utérus une tige malléable qui est le pôle positif d'une pile à courants continus. L'autre électrode est représenté par une large plaque de terre glaise. L'intensité du courant oscille entre 40 et 65 milliampères. Le nombre des séances nécessaires pour constater de l'amélioration est de quatre à sept; leur durée de quatre à huit minutes. M. Lucas-Championnière regarde comme dangereuses les hautes intensités de 100 et de 150 milliampères qui ont été proposées par quelques médecins. Le seul mérite de ce mode de traitement est d'atténuer les symptômes des tumeurs fibreuses, d'en diminuer les inconvénients; mais on ne saurait, par ce moyen, compter sur une guérison radicale. Ce mode de traitement peut être avantageusement combiné avec l'emploi de la sabine, des eaux chlorurées, en particulier de Salies de Béarn.

(La discussion sur ce sujet est remise à la prochaine séance.)

Sur un mode de traitement de certains rétrécissements cicatriciels de l'urèthre. — M. DELORME fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

PRÉSENTATIONS

Restauration de la lèvre inférieure. — M. POLAILLON présente une petite fille de huit ans qui, à l'âge de deux ans, à la suite d'un traumatisme, avait eu une fracture du maxillaire inférieur avec destruction de la lèvre inférieure. Cette enfant perdait continuellement sa salive et avait toujours la langue hors de la bouche. M. Polaillon, par une opération autoplastique, lui a refait une lèvre inférieure qui lui permet de garder sa langue dans sa bouche.

Corset orthopédique. — M. PÉRIER présente un corset orthopédique sur lequel se monte à volonté une minerve d'un nouveau modèle qu'il a fait fabriquer par M. Mariaud. Avec cette minerve, on obtient des mouvements très variés de la tête; on peut l'incliner à droite, à gauche, la faire pivoter sur son centre, porter le menton vers la droite ou vers la gauche; on peut baisser le menton ou l'élever et faire rétracter le cou en arrière.

La nouvelle minerve prend son point d'appui inférieur sur le tronc et sur les épaules, son point d'appui supérieur a lieu sous



FIG. 1.



FIG. 2.

la nuque AA', les maxillaires et le menton G, ainsi que le représentent les figures 1 et 2.

L'appareil se monte sur la ceinture à sustentation instantanément au point FF' au moyen d'un verrou à coulisse EE'. On imprime des mouvements de latéralité au cou et à la tête avec

une clef se montant sur les vis DD' figure 1. Les mouvements de rotation et d'inclinaison de la tête s'obtiennent au moyen de la même clef montée alternativement sur les arbres de la noix AA'.

Lorsque le redressement de la tête est obtenu avant celle de la colonne vertébrale ou la guérison du mal de Pott, on enlève la minerve en EE' et il reste un corset à sustentation que continue à porter le malade.

Pour faciliter l'application de la minerve, elle s'ouvre en avant au moyen d'un ressort à cliquet en G, et le point d'appui sur les épaules s'articule à charnière en CC'.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

L'otologie et la rhinologie à Vienne (1888).

Par M. le docteur E. Ménière.

Depuis longtemps déjà, j'avais le grand désir de me rendre à Vienne, afin de visiter les différentes cliniques d'otologie et de rhinologie. Ayant souvent entendu dire autour de moi, que quelques confrères étaient fort enthousiastes de ce qui se passait en Autriche, j'ai pris la résolution de partir pour juger par moi-même et en toute sincérité.

J'ai trouvé en arrivant mon excellent ami le professeur Politzer qui, pendant tout mon séjour, a été d'une affabilité et d'une complaisance telles que je ne sais comment le remercier.

Je veux d'abord déclarer avec la plus grande franchise, que l'enseignement des spécialités se fait à Vienne d'une façon fort intelligente et très profitable aux élèves. Sur ce point, il n'y a pas le moindre doute et je comprends que les jeunes médecins qui ne savent rien (ou pas grand'chose) en otologie et en rhinologie, se rendent en Autriche où ils trouvent des conditions d'études qu'ils ne peuvent rencontrer à Paris.

Ce n'est pas que chez nous les maîtres manquent; mais notre organisation est plus que défectueuse. Dans notre pays, si routinier, hélas! le gouvernement ayant le monopole de l'enseignement, c'est à lui et à la Faculté de médecine qu'il faut reprocher cette mauvaise organisation.

Cependant, il a bien fallu marcher un peu en avant, et on a vu successivement se créer des chaires qui s'occupent uniquement de certaines spécialités. Mais on a laissé dans l'oubli l'otologie, la rhinologie et la laryngologie, dont l'importance est cependant capitale.

A l'étranger, au contraire, il n'y a pas d'État, si minime qu'il soit, qui n'ait confié officiellement à des otologistes une clinique spéciale dont l'urgence était reconnue par tous.

Voilà où nous en sommes en France, et je crains que nous ne restions encore longtemps dans cet état de stagnation préjudiciable aux intérêts scientifiques bien compris.

Il y a à Vienne deux centres d'enseignement pour les spécialités; l'Hôpital général, le plus important, et la Policlinique.

Le premier établissement, un des plus vastes en son genre, possède tous les services. Je ne m'occuperai que de l'otologie et de la rhinologie.

C'est à l'Hôpital général qu'a lieu l'enseignement officiel donné par des professeurs ou des agrégés nommés par la Faculté de médecine, ou directement par le ministère de l'Instruction publique.

De huit heures du matin à une heure, on voit les grandes cours de l'hôpital sillonnées par une multitude d'élèves qui se rendent aux différents services qui les intéressent. Tout se trouvant dans un espace relativement restreint, quels avantages pour les étudiants, et comme ils perdent peu de temps!

Les deux services d'otologie ont à leur tête, l'un, le professeur Politzer (de midi à une heure), l'autre le professeur Grüber (de onze heures à midi).

Chacun de ces maîtres a une petite salle contenant de six à huit lits, uniquement destinés aux maladies de l'oreille. Voilà le côté absolument pratique; car, une clinique privée peut rarement s'offrir le luxe d'avoir des lits. A Vienne, les services spéciaux étant dans l'hôpital, toutes les maladies d'oreilles sont dirigées immédiatement vers la clinique de l'un ou l'autre des deux professeurs. Dans la majorité des cas, les malades s'y rendent d'eux-mêmes.

Le médecin a sous ses ordres un assistant (chef de clinique) qui aide le maître et le remplace au besoin. Les malades du dehors viennent dans ces différentes cliniques aux heures indiquées et sont tous groupés dans la salle de consultations.

Les élèves, de tous les pays, qui veulent apprendre l'otologie, etc., s'inscrivent à une de ces cliniques et payent un droit, relativement minime, pour suivre pendant six semaines le cours du professeur, et s'exercer aux manœuvres spéciales. Certains élèves suivent en même temps les deux cliniques (qui sont à des heures différentes). D'autres, désireux de se perfectionner davantage, continuent pendant trois, quatre ou six mois.

Les malades sont assis sur des chaises, par rangées, et examinés d'abord par le professeur, puis, à la file, par tous les élèves. Ils restent là, tout le temps de la consultation, sans bouger et laissent chaque étudiant regarder à son tour. J'ai admiré la placidité de ces malades et le grand respect qu'ils ont pour les maîtres auxquels ils viennent demander des soins.

Le professeur choisit les cas les plus intéressants et fait de vive voix une courte conférence en indiquant les points saillants et le traitement de l'affection. Il complète avantageusement ce petit cours de clinique, par des dessins faits au tableau, avec crayons de couleurs. De cette façon chaque élève peut suivre avec fruit un enseignement éminemment pratique.

Les étudiants, à mesure qu'ils acquièrent une certaine expérience, sont mis à même de pouvoir exécuter les diverses manœuvres d'exploration et les opérations les plus simples.

Quant aux opérations plus graves, telles que trépanation, ablation d'exostose, etc., elles peuvent être faites immédiatement puisque les lits permettent d'hospitaliser les malades dans la clinique spéciale.

Le professeur fait encore, de temps à autre, durant la semaine, une leçon théorique de quinze à vingt minutes, dans un petit amphithéâtre voisin de la salle. De plus, un cours didactique est confié à un jeune professeur; ce cours a lieu le dimanche.

Dans ces deux cliniques otologiques, le nombre des nouveaux est chaque jour considérable. Quel merveilleux champ d'études cliniques dont profitent également les élèves et le maître!

Je tiens à faire, ici, une remarque toute personnelle. Je louais tout à l'heure la tranquillité et la patience des malades; mais, il faut louer surtout les professeurs qui, loin de rester sur le piédestal auquel leurs travaux et leur enseignement leur donnent droit, en descendent, au contraire, avec une bonhomie charmante et font, en somme, un vrai métier de répétiteur.

Ils entrent dans les plus petits détails, et se donnent une peine extrême pour *montrer* et *faire voir* aux élèves des états pathologiques souvent fort délicats et difficiles à bien apprécier.

On trouve dans le service du professeur Politzer une collection de pièces anatomiques et anatomo-pathologiques qui est vraiment remarquable. Certes, pour réunir de tels matériaux, il faut avoir, comme Politzer, une grande passion scientifique; mais, pour la satisfaire, il est nécessaire de pouvoir en trouver les éléments. Sauf, de rares exceptions, nous ne trouvons pas facilement ces éléments en France, tandis qu'à l'étranger on les a sous la main.

Voilà, bien sommairement indiqué ce que j'ai vu à l'Hôpital général. J'ai constaté encore que dans ces services d'otologie on faisait peu (ou même pas du tout) de rhinologie.

J'ai exprimé mon étonnement à ce sujet, en disant à mes confrères de Vienne, que, depuis quelques années, en France, nous nous en occupions très activement; qu'il est difficile de soigner les affections de l'oreille sans examiner à fond le nez et le pha-

rynx nasal, dont les divers états pathologiques ont un retentissement si considérable sur les organes de l'audition.

Les études rhinologiques sont laissées aux deux services de laryngologie à la tête desquels se trouvent le professeur Schrötter et le professeur Stœrck. Ces cliniques sont envahies par les malades et par les élèves, et je n'ai pas compté, dans le service du professeur Schrötter, moins de vingt-quatre malades examinés en même temps par autant d'étudiants.

C'est une des cliniques les plus actives qui se puissent voir. L'installation est excellente et la direction parfaite. Quelle source d'observations, et comme on regrette de ne pas voir pareille chose en France!

Rendons-nous maintenant à la Policlinique, établissement privé, non officiel, et dont les débuts très modestes remontent seulement à quelques années. A l'heure actuelle, l'installation est sérieuse, bien comprise, et la Policlinique rend de grands services.

La clinique otologique est sous la direction du professeur Urbanstchich qui a un assistant et beaucoup d'élèves, et la clinique laryngologique et rhinologique sous la direction du professeur Schnitzler.

Quel mouvement, quelle vie! Et comme il serait difficile aux étudiants de ne pas prendre leur part de cette activité qui présente de si grands avantages.

L'hospitalité est proverbiale, à Vienne; je ne puis donc que dire merci de tout cœur à mes confrères pour leur aimable urbanité et leur affectueux accueil.

J'arrive maintenant aux conclusions qu'il me faut tirer de cette assez longue pérégrination dans un des centres scientifiques les plus renommés.

J'affirme de nouveau, qu'à Vienne, l'enseignement des spécialités est organisé avec beaucoup d'intelligence. Mais, à part ce point particulier, nous sommes, en France, tout aussi avancés qu'en Autriche.

Je n'ai rien trouvé de nouveau au point de vue de l'examen ou des moyens d'exploration. Les procédés de cathétérisme sont un peu plus compliqués que ceux que nous employons le plus ordinairement. Du reste, à mon sens, le procédé de Triquet est supérieur à tous les autres, malgré les modifications les plus variées inventées par les différents auteurs.

A Vienne, on emploie assez peu les bougies, soit comme moyen de diagnostic, soit comme traitement. Suivant moi, cette pratique a la plus grande importance, car le cathétérisme seul est bien insuffisant dans beaucoup de cas.

Les injections liquides médicamenteuses dans la caisse sont aussi assez peu employées; pendant tout mon séjour, je n'en ai pas vu pratiquer une seule.

Quant aux grandes opérations, nous avons un manuel opératoire aussi parfait. Et j'ajouterai même que, d'une façon générale, nous avons plus de finesse et de légèreté dans la main.

Quant à l'ablation des hypertrophies adénoïdes, on la pratique peu dans les services d'otologie à Vienne. Les procédés de nos confrères ne sont pas aussi complets comme résultat, et n'ont pas la même netteté d'exécution que les nôtres. Pendant mon séjour, je causais un soir avec l'assistant d'un de mes confrères, de l'importance qu'avait, à mes yeux, l'enseignement de la *clinique otologique*, et du grand développement qu'il avait pris à Vienne, depuis quelques années. Mon interlocuteur me dit en souriant:

« Vous saurez qu'en *Allemagne* on ne nous considère, pas plus que vous autres Français, comme des *savants*; pour mériter ce titre, à leurs yeux, il faut avoir coupé un organe de Corti en huit morceaux et puis écrire quatre monographies sur chacun d'eux. »

Le trait est charmant!

Les hommes de valeur qui se livrent tout entiers à l'étude de l'anatomie ou de l'anatomie pathologique de l'oreille, ont droit à notre considération, car ces travaux servent de base aux progrès qui se réalisent chaque jour. Mais, n'est-il pas juste que ces savants concèdent quelque valeur à ceux qui, plus modestes, se sont cantonnés dans la clinique et apportent, à leur tour, à l'œuvre commune, le contingent de leur observation, de leur pratique et par cela même aident le plus au but final, le soulagement des malades?

Que faudrait-il faire en France, pour nous trouver sur le même pied d'égalité avec les autres nations? Il n'y aurait qu'à créer, dans trois ou quatre hôpitaux de Paris, des services de clinique otologique et rhinologique, six à huit lits seraient suffisants.

L'École n'est-elle pas libre de former cet enseignement pratique dans des conditions qui en assurent le bon fonctionnement, et qu'il est facile d'indiquer.

Au bout de peu de temps, grâce à l'attrait qu'a toujours Paris, les étudiants étrangers viendraient en grand nombre.

Le domaine de l'otologie, quelque modeste qu'il paraisse à bien des chirurgiens, s'est considérablement agrandi depuis quelques années, et demande de la part de celui qui veut le cultiver, une constance d'application et une expérience journalière, que rien ne peut remplacer.

J'ai gardé le souvenir d'une petite sortie, moitié sérieuse, moitié plaisante, que fit devant moi, il y a quelques années, un médecin de grande valeur:

« Vous autres auristes, s'écria-t-il, quand vous avez enlevé les bouchons de cérumen, et sondé la trompe d'Eustache, que vous reste-t-il à faire? »

Je répondis comme il le fallait à cette réflexion bizarre.

Il ne faut pas s'étonner, vraiment, si nous voyons journellement tant de malades dont les oreilles sont dans un état fort triste, alors que des soins bien entendus auraient amené souvent une amélioration et peut-être une guérison, pour peu qu'on s'en fût occupé sérieusement au début.

En restant dans cette voie rétrograde, contraire au progrès, nous ne sommes plus à la hauteur de ce qui se fait à l'étranger, comme enseignement, et nous voilà forcés de subir ce faux reproche de décadence, qui sonne si mal à nos oreilles.

Je terminerai ces notes succinctes, résumé des impressions que j'ai rapportées de Vienne, par un souvenir qui m'a vivement touché, comme Français et comme fils.

En entrant dans le service du professeur Politzer, mon savant confrère m'a montré, garnissant les murs de sa clinique, la collection des portraits gravés ou photographiés des otologistes qui ont été la gloire de leur spécialité. Parmi eux se trouvait le portrait d'Itard et celui de P. Ménière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 mai 1889, M. le docteur Nivard, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le ministre de l'Intérieur vient de supprimer l'inspectorat des eaux minérales dans trente stations, qui actuellement étaient dépourvues d'inspecteur en fonction ou dont le service des indigents est assuré par l'engagement collectif de tous les médecins. Ces stations sont les suivantes:

ALLIER. Vichy. — BASSES-ALPES. Gréoulx. — AVEYRON. Cransac. — CANTAL. Chaudes-Aigues. — DRÔME. Montbrun. — GARD. Euzet. — HAUTE-GARONNE. Bagnères-de-Luchon et Encausse. — GERS. Barbotan et Castéra-Verduzan. — HÉRAULT. Avesne. — ISÈRE. Allevard. — LANDES. Dax, Gamarde et Préchacq. — LOIRE. Sail-les-Bains, Sail-sous-Couzan, Saint-Alban, Saint-Galmier. — LOT. Miers. — HAUTE-MARNE. Bourbonne-les-Bains. — NIÈVRE. Pougues. — PUY-DE-DÔME. La Bourboule et le Mont-Dore. — BASSES-PYRÉNÉES. Eaux Bonnes, Eaux Chaudes, Saint-Christau. — SAÔNE-ET-LOIRE. Bourbon-Lancy. — SEINE-INFÉRIEURE. Forges-les-Eaux. — VIENNE. La Roche Posay.

— M. le médecin de première classe Bertrand remplira, par intérim, les fonctions de professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à l'École de médecine navale de Toulon.

— M. le médecin de deuxième classe Onimus ira servir comme médecin en sous-ordre à bord du *Vauban* (escadre d'évolutions), en remplacement de M. le médecin de deuxième classe Duville, du cadre de Rochefort, qui a terminé la période réglementaire de service à la mer.

— *Concours d'agrégation (anatomie et physiologie).* — Exercices pratiques d'histologie (sans leçon) pour les anatomistes ; cinq heures sont accordées aux candidats pour cette épreuve :

Jeudi 6 juin : MM. Guinard, Retterer et Variot. « Éléments de la moelle des os. »

Exercices de physiologie expérimentale pour les physiologistes :

Vendredi 7 juin : M. Hédon. « Préparation de pattes galvanoscopiques, contraction indirecte ; — M. Lapeyre. « Démonstration graphique de la contraction musculaire directe et réflexe chez la grenouille. »

— *Concours d'agrégation (physique).* — Leçon orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre. M. Barthe : « Les antithermiques. »

— M. Deflers, membre de la Société botanique de France, est chargé d'une mission à l'effet de poursuivre les recherches d'histoire naturelle qu'il a entreprises dans le sud de l'Arabie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Bouchard reprendra le cours de pathologie et thérapeutique générales, le jeudi 13 juin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Germain Sée a fait une importante communication sur les avantages qu'il a tirés de la lactose comme médicament diurétique dans les maladies du cœur. On trouvera au compte rendu les conclusions de ce travail.

Au début de la séance, la parole avait été donnée à M. Dumontpallier pour la lecture d'un travail sur le traitement de l'endométrite chronique par les cautérisations au chlorure de zinc. Nous donnons ce travail *in extenso*.

Nous signalerons encore deux lectures, l'une de M. Motais (d'Angers) sur l'hérédité de la myopie, l'autre de M. Danion sur les électro-moteurs consécutifs à l'action voltaïque sur l'organisme.

Dans notre dernier compte rendu, une erreur typographique a fait dire à M. G. Sée qu'il avait jeté par-dessus bord les « assertions de M. Worms », c'est le mot *théories* et non *assertions* qu'il a employé.

HOTEL-DIEU. — M. DUMONTPALLIER.

Traitement local de l'endométrite chronique.

Tous les gynécologues ont constaté la fréquence de l'endométrite chronique et l'on peut affirmer que, dans une consultation hospitalière, telle que la consultation gynécologique de l'Hôtel-Dieu, sur 100 malades, il en est 90 à 95 qui sont affectées d'endométrite.

Les gynécologues sont unanimes aussi pour reconnaître l'insuffisance de la plupart des moyens de traitement local de cette affection.

Pendant de longues années le nitrate d'argent, la teinture d'iode, différents acides portés sur la muqueuse du col utérin, étaient presque exclusivement employés. Les succès obtenus n'étaient, le plus souvent, que passagers et, quelle que fût l'étiologie de l'affection, l'endométrite devenait chronique.

Plus tard, on reconnut que l'inflammation n'était pas limitée au col utérin et que le corps de l'organe pouvait être le siège de la congestion, de l'inflammation, et que, enfin, la muqueuse du corps, l'endomètre, était affectée dans ses éléments vasculaires et glandulaires. De là, les dénominations d'endométrites catarrhale, muco-purulente et hémorrhagique. De plus, dans ces derniers temps, on a accepté que l'inflammation de la muqueuse intra-utérine était la lésion principale des métrites et que l'engorgement de l'utérus et les inflammations péri-utérines n'étaient que secondaires et conséquence de l'endométrite.

La clinique me paraît avoir démontré la valeur de cette interprétation. Cela ressortira du reste des remarques consignées dans la présente communication, et, tout en acceptant qu'il convient de réserver à l'état général des malades une part importante dans l'étiologie de l'endométrite chronique, il restait à étudier quel serait l'agent qui pourrait modifier favorablement l'état morbide de la muqueuse utérine, cela rapidement et sans déterminer de complications graves.

J'ai dit l'insuffisance des traitements locaux appliqués jusqu'à ce jour. Depuis longtemps déjà j'avais constaté les heureux effets de l'usage du chlorure de zinc dans les métrorrhagies graves qui pouvaient être rapportées à l'existence de fongosités vasculaires de la muqueuse utérine. J'eus donc recours au même agent dans le traitement local des endométrites pyo-hémorrhagiques, puis je ne tardai pas à étendre son usage aux endométrites purulentes chroniques. Pendant plusieurs mois, j'obtins des résultats relativement satisfaisants, en badigeonnant la cavité de l'utérus avec un pinceau de coton, chargé d'une mixture composée d'une partie de chlorure de zinc pour une partie d'eau ordinaire. Mais les résultats ne devenaient durables qu'après des cautérisations répétées deux fois par semaine pendant plusieurs semaines, et encore il arrivait souvent que les mêmes malades se représentaient à la consultation deux ou trois mois après avoir subi un premier traitement. Le traitement avait été utile, mais son action n'avait pas été assez profonde.

Je fis alors usage, dans les cas de récidives, du chlorure de zinc à l'état sirupeux, c'est-à-dire du chlorure de zinc devenu liquide, de consistance sirupeuse, par son exposition à l'air. L'application de ce liquide était assez douloureuse, les malades devaient être admises à l'hôpital où elles gardaient le lit, afin d'éviter les complications inflammatoires péri-utérines. Les résultats de ce procédé de traitement furent certainement plus favorables, plus constants, plus durables que ceux obtenus avec la solution faible de chlorure de zinc, mais trop souvent encore ce mode de traitement local était incomplet, probablement parce que le

caustique n'agissait pas d'une façon égale sur toute la muqueuse utérine. De plus, malgré un tamponnement méthodique, il arrivait quelquefois que les contractions utérines faisaient couler quelques gouttes du caustique sur la muqueuse vaginale. Ce procédé donnait des résultats incomplets et n'était pas exempt d'inconvénients ; toutefois, j'étais convaincu que le chlorure de zinc était encore le meilleur modificateur de l'endométrite chronique ; restait à trouver un procédé d'application qui pût agir également sur tous les éléments de la muqueuse, assez puissamment pour détruire uniformément les fongosités vasculaires et assez profondément pour atteindre les culs-de-sac glandulaires, qui sont le refuge de l'inflammation muco-purulente, quelle qu'en soit la nature.

La pâte de Canquoin, composée de chlorure de zinc et de farine de seigle dans des proportions déterminées, est un caustique qui offre de précieux avantages : elle n'est point toxique et son action locale peut être mesurée. Elle ne fuse pas, elle ne détermine pas d'inflammation à distance ; son action caustique est éteinte au bout de vingt-quatre à trente-six heures.

Après ce terme, l'eschare est formée et aussitôt commence le travail d'élimination de l'eschare, lequel est accusé par une sécrétion séreuse et muco-purulente.

M'appuyant sur ces enseignements établis depuis longtemps par la clinique chirurgicale, je résolus d'introduire dans la cavité utérine et d'y laisser à demeure des crayons ou bâtons de pâte de Canquoin, composés d'une partie de chlorure de zinc pour deux ou trois parties de farine de seigle. Il importe d'avoir des crayons parfaitement homogènes dans leur masse, afin d'obtenir une eschare égale en épaisseur dans toutes ses parties.

Dans l'espérance d'avoir un caustique moins douloureux j'ai plusieurs fois ajouté, dans la composition du crayon, du chlorhydrate de cocaïne et cela dans la proportion de 4 à 5 centigrammes de cocaïne. Je doute de l'action calmante de la cocaïne dans cette application ; mais, je puis affirmer que la cocaïne, en pareille circonstance, n'a jamais été la cause d'accidents généraux. Par contre, si la cocaïne dans ces expériences n'a pas toujours empêché la douleur de se produire, je dois noter que la morphine en injection sous-cutanée, lorsque la douleur était vive après la cautérisation, n'a jamais été employée sans un succès absolu.

C'est à dater du mois de décembre dernier, que j'ai commencé à faire usage des crayons de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites chroniques. Les résultats, dès le début, ont été réellement remarquables et, si j'ai attendu cinq mois avant de publier ces résultats, que le temps n'a fait que confirmer, c'est que je voulais les appuyer sur un nombre d'observations assez considérable pour avoir les bases d'une conviction ferme. Je possède aujourd'hui plus de cent vingt observations d'endométrite chronique muco-purulente, pyo-hémorrhagique et hémorrhagique, lesquelles ont toutes été traitées exclusivement par le crayon de chlorure de zinc laissé à demeure dans la cavité utérine.

Avant de mentionner les remarques qui ressortent de l'observation attentive des faits, permettez-moi d'exposer comment je procède pour appliquer le caustique : d'abord la cavité vaginale est lavée à grande eau avec une mixture phéniquée au centième ou avec la liqueur de Van Swieten.

Après ce lavage la direction et l'étendue du canal cervico-utérin sont reconnues à l'aide de l'hystéromètre ou d'une bougie de gomme élastique, trempés dans un mélange de glycérine et d'iodoforme ; puis un bâton de chlorure de zinc, ayant la longueur, la courbure et l'épaisseur appropriées à chaque cas particulier, est introduit dans la cavité utérine. Son extrémité supérieure atteint le fond de la cavité et son extrémité inférieure ne dépasse pas l'orifice externe du col utérin.

La composition du bâton lui donne une élasticité, une souplesse qui lui permettent de suivre la direction du canal cervico-utérin. De l'ouate hydrophile est portée dans le cul-de-sac vaginal postérieur, puis un tampon d'ouate, enveloppé de gaze iodoformée, est appliqué sur le col pour s'opposer à la sortie du bâton caustique. Du reste, cette propulsion du bâton hors de la cavité utérine n'est pas à craindre, parce que la contraction utérine, aussitôt qu'elle se produit, détermine un étranglement du crayon au niveau de l'orifice interne du col utérin et cet étranglement maintient en place les portions intra-utérine et cervicale du bâton caustique. Quoi qu'il en soit, le tampon vaginal offre une garantie contre l'action du caustique sur la muqueuse vaginale. J'oubliais de dire qu'après l'introduction du bâton et avant le tamponnement, un grand lavage est pratiqué de nouveau dans le vagin, afin de chasser hors du vagin toute parcelle du caustique. Je ne me suis jamais départi de ces précautions qui pourront paraître excessives ; mais, comme elles ne présentent aucun inconvénient, mon intention est d'y rester fidèle.

Cela dit du procédé opératoire, voici les faits tels que je les ai observés et tels qu'ils ont été enregistrés dans les notes recueillies, jour par jour, par mes internes MM. Jules Janet et de Grandmaison. Dans l'endométrite hémorrhagique, quelles que fussent son ancienneté et sa gravité, l'hémorrhagie a été arrêtée aussitôt après l'introduction du bâton caustique. De même, dans les formes muco-purulente ou pyo-hémorrhagique, l'écoulement a été immédiatement suspendu.

La douleur, qui peut suivre l'application du caustique, est d'emblée assez vive chez quelques malades ; d'autres fois elle ne se manifeste qu'une heure ou deux heures après l'opération. Elle peut être faible au début pour augmenter progressivement pendant une heure environ ; puis elle diminue et devient très tolérable. Quelquefois elle se montre de nouveau, mais moins intense, dans la soirée ou dans la nuit. Toujours elle a cessé d'exister le lendemain matin. Elle se présente souvent sous forme de petites coliques utérines et peut s'étendre dans les régions lombaires et crurales. Le plus souvent la douleur est très supportable, ce n'est qu'exceptionnellement que les malades réclament l'injection hypodermique de morphine. Lorsque cette injection a été jugée nécessaire, 1/2 centigramme de morphine suffit pour calmer la douleur, et il est très rare que l'on soit obligé d'avoir recours une seconde et une troisième fois à la même dose de calmant. Enfin, il est des malades qui ne ressentent aucune douleur, et cependant le caustique, ainsi que l'a démontré l'épaisseur de l'eschare, a fait son œuvre aussi profondément que dans les cas où la douleur a été très vive. Je ne chercherai pas à donner l'explication de l'absence de la douleur, cette absence absolue de douleur je l'ai souvent observée aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Aussi ai-je soin, au moment de l'opération, de prévenir les malades qu'elles pourront souffrir plus ou moins ou bien ne pas souffrir du tout.

La présence du crayon de chlorure de zinc ne détermine

pas d'accidents généraux, point de fièvre, point de perte d'appétit. Le lendemain de l'opération quelques-unes des malades se plaignent d'avoir peu dormi et de n'avoir pu uriner. Cette difficulté d'émission des urines est un phénomène d'ordre réflexe ou seulement la conséquence de la présence du tampon intra-vaginal. Dans le premier cas le cathétérisme vésical est nécessaire et cela, mais rarement, deux à trois fois dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération. Dans le second cas, il suffit d'enlever le tampon vaginal et l'émission d'urine devient facile. Nous devons encore remarquer que chez certaines malades il n'y avait pas de douleurs utérines, mais seulement des douleurs vésicales par rétention d'urine, ce qui était démontré par la cessation de toute douleur abdominale aussitôt après le cathétérisme. Le lendemain ou le surlendemain de l'opération, il convient de prescrire un laxatif, parce que les malades, dans la crainte de réveiller des douleurs, sont paresseuses pour exonérer leur intestin.

Aussitôt l'eschare formée, c'est-à-dire vingt-quatre ou trente-six heures après la cautérisation, les malades, sans éprouver le moindre malaise local ou général, commencent à perdre une sérosité muqueuse, puis muco-purulente qui augmente d'abondance de jour en jour, jusqu'au moment où l'eschare est rejetée. Très rarement cet écoulement offre une coloration rosée; jamais nous n'avons constaté d'hémorrhagie secondaire, lors du travail d'élimination de l'eschare. Quelquefois la sortie de l'eschare est accompagnée de petites coliques utérines, dont les malades ne se plaignent le plus souvent que si on les interroge à ce sujet.

Le rejet de l'eschare hors de l'utérus a lieu à une époque variable, quelle que soit la forme de l'endométrite. L'eschare est trouvée dans le vagin ou dans les linges le cinquième jour, rarement le quatrième jour, plus souvent les sixième, septième, huitième et neuvième jours après la cautérisation. Elle peut n'être rejetée que le onzième ou treizième jour. J'ai pu recueillir et conserver dans l'alcool plus de soixante eschares plus ou moins complètes. D'autres fois l'eschare est rejetée par fragments, et, dans ces cas, un lavage intra-utérin, avec la liqueur de Van Swieten, permet d'établir qu'à partir du treizième ou quatorzième jour la cavité cervico-utérine ne renferme plus de débris d'eschare.

L'eschare entière, lorsqu'elle a été rejetée à une époque rapprochée de la cautérisation, reproduit très exactement la forme et les dimensions de la cavité utérine. Elle représente un sac à trois ouvertures qui correspondent aux ouvertures des trompes et à l'orifice externe du col utérin. L'épaisseur de l'eschare est souvent plus accusée au niveau de l'orifice interne du col; son épaisseur et sa consistance sont moindres dans les parties qui répondent au fond de la cavité utérine.

Après lavage dans l'eau alcoolisée, l'eschare présente une surface externe pointillée de taches noirâtres ou rosées, constituées par de petits caillots vasculaires. La surface interne offre au niveau du col les stries de l'arbre de vie et, dans la portion utérine, on voit grand nombre de petits pertuis qui sont les ouvertures des glandes utérines. La cavité de l'eschare contient quelquefois des vestiges de pâte de Canquoin ramollie et de petits caillots grisâtres ou noirâtres. Étudiée au microscope, l'eschare a la structure de la paroi cavitaire de l'utérus; le chlorure de zinc en a fixé les éléments et on y reconnaît facilement les canaux glandulaires, les vaisseaux et les fibres musculaires.

Différentes coupes de la préparation montrent qu'en plusieurs points l'élément glandulaire a été envahi par le caustique jusque dans les culs-de-sac.

La structure de l'eschare donne la mesure du traitement de l'endométrite par le caustique; on pourrait dire que toutes les parties malades ont été enlevées et que des éléments nouveaux vont reconstituer la surface interne de l'utérus. La guérison est presque fatale en de semblables circonstances.

Sur la première centaine d'observations traitées par le caustique, nous avons constaté 96 guérisons sans aucune complication utérine.

Quatre fois seulement nous avons observé l'inflammation péri-utérine et cela a eu lieu sur trois malades parce que, malgré nos recommandations, elles ont commis l'imprudence de sortir de leur lit le jour même de la cautérisation. Toutefois cette inflammation péri-utérine, qui chez l'une de ces malades offrait les caractères de la pelvi-péritonite rétro-utérine et chez les deux autres les caractères du phlegmon du ligament large, cette complication, dis-je, n'a pas eu de gravité et l'inflammation, de nature spéciale, a marché rapidement vers la résolution. Quant à la quatrième malade, chez laquelle l'introduction du crayon de chlorure de zinc avait été difficile, elle a présenté les symptômes de la pelvi-péritonite et les signes d'une bronchopneumonie. Une part de ces accidents, qui du reste se terminèrent heureusement, était vraisemblablement, pour cette dernière malade, imputable à l'opérateur et non à la méthode du traitement.

Nous pouvons affirmer que la cautérisation avec le bâton de chlorure de zinc ne détermine pas de complication si les malades sont dociles et si l'opérateur est prudent dans l'application du procédé. Cette conclusion trouve une confirmation importante dans l'observation des malades chez lesquelles la cautérisation était imposée malgré l'existence d'une phlegmasie péri-utérine concomitante de l'endométrite chronique. En effet, dans les cas d'endométrite avec hémorrhagie grave, nous avons dû intervenir, bien que nous ayons reconnu l'existence d'une pelvi-péritonite ou d'une inflammation des ligaments larges, et dans ces mêmes cas nous avons constaté que non seulement la cautérisation utérine n'avait pas déterminé d'aggravation, mais, au contraire, avait favorisé la résolution de l'inflammation péri-utérine. Et cela d'une façon si remarquable que l'on était conduit à se demander si l'inflammation péri-utérine n'était pas secondaire et conséquence de l'endométrite et si le traitement de celle-ci n'avait pas eu pour résultat la guérison de la complication péri-utérine.

En ayant recours à la méthode du traitement que nous préconisons et qui doit être appliqué en temps opportun, la guérison de l'endométrite chronique paraît effectuée deux jours après la chute de l'eschare et les malades pourraient sortir de l'hôpital neuf à quinze jours après la cautérisation. Si le séjour dans nos salles pour quelques-unes de ces malades a été de plus longue durée, c'est que nous tenions à observer les conditions dans lesquelles avait lieu le retour des règles.

Voici les enseignements qui nous sont fournis par les tableaux que nous avons dressés en nous conformant à l'ordre d'entrée des malades dans nos salles. Dans le premier de ces tableaux, où est relevée une série de 26 malades affectées d'endométrite chronique, la durée moyenne du

séjour à l'hôpital a été de dix-neuf jours et 25 sont sorties guéries :

Trois de ces malades ont eu leurs règles après la cautérisation avant de sortir de l'hôpital ;

Chez 9 d'entre elles le cathétérisme utérin post-opératoire a été pratiqué facilement ;

Chez 3 le cathétérisme a été moins facile ;

Enfin sur 8 malades, le cathétérisme n'a pas été tenté.

La seule malade de ce tableau qui ne soit pas sortie guérie était affectée de cancer de la muqueuse utérine avec hémorrhagie et écoulement fétide. Elle n'avait été cautérisée qu'une fois.

Dans ce même tableau l'endométrite était purulente 7 fois, hémorrhagique 13 fois, pyo-hémorrhagique 6 fois.

Dans les 7 observations d'endométrite purulente, on a constaté deux fois la présence du gonococcus blennorrhagique.

Dans un second tableau, sur 22 observations, je relève 19 guérisons complètes, 1 guérison incomplète, 2 insuccès.

L'un des insuccès appartient à la malade affectée de pelvi-péritonite et de bronchopneumonie, malade dont il a été déjà fait mention plus haut.

L'autre insuccès a été observé chez une malade qui est sortie de l'hôpital le quatrième jour de l'opération pour aller soigner son enfant malade.

Quant à la malade qui a eu une guérison incomplète, elle était indocile et ne voulait jamais garder le lit.

Dans ce second tableau nous avons noté 11 endométrites purulentes dont 2 blennorrhagiques ; 6 endométrites hémorrhagiques ; 5 endométrites pyo-hémorrhagiques.

La moyenne de durée du traitement a été de quatorze jours ; 11 fois sur 16 malades, le retour menstruel a eu lieu à l'hôpital et 15 fois le cathétérisme utérin a été facile.

Dans ce second tableau nous avons noté avec soin le retour de la menstruation et l'état de la cavité cervico-utérine ; il résulte de cette étude que la cautérisation intra-utérine avec le crayon de chlorure de zinc n'a pas été un obstacle à la reconstitution normale de la surface interne de l'utérus et que le travail cicatriciel consécutif à l'élimination de l'eschare, quel qu'en eût été le processus, n'a pas déterminé l'atrésie de la cavité cervico-utérine. Dans les cas exceptionnels, soit 3 à 4 fois sur 100 observations, où cette atrésie pourrait se produire, il serait toujours facile de l'éviter, si l'on a soin de pratiquer le cathétérisme utérin dans les deux ou trois semaines qni suivent la chute de l'eschare. Nous ne négligeons jamais de faire le cathétérisme préventif avec des bougies coniques ou à bout olivaire, enduites de glycérine iodoformée et, fait digne de remarque, jamais depuis cinq mois nous n'avons constaté aucun accident consécutif à ces cathétérismes répétés. Nous pensons que la bénignité de ces explorations est due aux précautions antiseptiques mises en usage.

Chez nos malades, le retour de l'écoulement menstruel s'est montré quelquefois cinq à six semaines après la chute de l'eschare, d'autres fois à l'époque normale et plus rarement était avancé de trois à quatre jours.

La menstruation post-opératoire n'a pas été douloureuse et a eu une durée normale. Il est donc permis de croire que la cautérisation chez nos malades n'a pas déterminé d'obstruction des trompes de Fallope. Du reste, après la cautérisation nous n'avons jamais constaté de signes de salpingo-ovarite.

Parmi les 100 premières malades opérées depuis cinq mois, 4 se sont représentées à notre consultation avec les symptômes du début de la grossesse.

Le traitement local de l'endométrite chronique, au moyen du crayon de chlorure de zinc laissé à demeure dans la cavité utérine, offre donc de réels avantages et cela par la simplicité de son application, son innocuité et la rapidité de la guérison. Ces remarques sont confirmées par les résultats consignés dans trois autres tableaux qui comprennent 44 observations nouvelles.

LES PLEURÉSIES PULSATILES

Par M. le docteur J. Comby, médecin des hôpitaux.

Conclusions. — Il résulte des travaux assez nombreux qui ont été publiés récemment sur les pleurésies pulsatiles, une symptomatologie nette et précise qui rend le diagnostic facile dans la plupart des cas.

Une pleurésie est dite pulsatile, quand la paroi thoracique du côté malade est animée de battements rythmiques synchrones au pouls et à la systole cardiaque.

Tantôt ces battements occupent une large surface du thorax, tantôt ils sont limités à une tumeur fluctuante qui communique avec l'épanchement. Cette tumeur pulsatile n'est pas toujours unique, on l'a vue double. Elle peut être éloignée de la cage thoracique, on l'a rencontrée deux fois à la région lombaire.

Les pleurésies pulsatiles sont presque toujours des pleurésies gauches ; elles sont presque toujours des pleurésies purulentes ; le terme d'empyème pulsatile est donc parfaitement justifié.

La constatation des pulsations thoraciques a aussi une valeur séméiologique importante, puisqu'elle permet d'affirmer la purulence de l'épanchement avant toute autre exploration.

Quand on se trouve, pour la première fois, en présence d'une pleurésie pulsatile, il est naturel de penser à un anévrysme de l'aorte. L'erreur a été maintes fois commise, erreur regrettable qui peut faire remettre indéfiniment une intervention urgente.

Or, si les pulsations thoraciques sont rythmées et synchrones au pouls, si elles sont parfois assez fortes pour soulever la main qui palpe et la tête qui ausculte, il faut noter l'absence d'expansion anévrysmatique, de souffle, de thrill, etc. Il faut relever la coïncidence d'un épanchement très abondant qui n'est pulsatile que dans une faible étendue de sa vaste surface.

Toutes ces raisons sont suffisantes, sans parler des commémoratifs, pour écarter l'anévrysme.

Le diagnostic étant assuré, on fait une ponction exploratrice qui donne du pus ; si l'on procède à l'évacuation de la plèvre, on ne tarde pas à provoquer la formation d'un pneumothorax qui vient prendre la place du liquide aspiré. Le poumon, en effet, est atélectasié à un degré tel qu'il est incapable de se dilater assez vite pour remplir le vide créé par la ponction. Le pneumothorax est donc presque fatal, il n'a manqué que dans quelques observations.

Ce pneumothorax est latent, il ne faut compter ni sur le souffle amphorique, ni sur le tintement métallique ; la succussion hippocratique seule prouvera son existence.

Les pulsations thoraciques disparaissent après l'évacuation de la plèvre ; elles reparaissent quand le liquide se reproduit avec abondance. Même dans ce dernier cas, elles peuvent finir par disparaître sans retour.

Le cœur est dévié et, pour ainsi dire, transposé à droite, il est maintenu par des adhérences qui l'empêchent de revenir à gauche après la ponction. Ses battements sont réguliers, il n'y a pas d'hypertrophie, pas de dilatation, pas de lésions valvulaires.

On a trouvé quelquefois un léger épanchement péricardique ou des adhérences pouvant aller jusqu'à la symphyse cardiaque.

Les pleurésies pulsatiles sont essentiellement chroniques ; leur durée est indéfinie ; abandonnées à leur évolution naturelle, elles

sont souvent mortelles, d'autant plus que les malades sont souvent ou deviennent tuberculeux.

Cependant, les pleurésies pulsatiles sont curables et leur pronostic n'est pas aussi noir qu'on l'a dit. Si les pulsations thoraciques sont faciles à constater, la cause et le mécanisme de ce phénomène curieux et rare sont loin d'être élucidés. (*Arch. de méd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juin 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de M. Seguin (de New-York), qui se porte candidat au titre de correspondant étranger.

COMMUNICATIONS

Traitement local de l'endométrite chronique. — M. DUMONTPALLIER fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 605.) [Comm. : MM. Siredey et Polaillon.]

Un nouveau médicament diurétique dans les maladies du cœur. — M. GERMAIN SÉE fait une communication sur les avantages de la lactose comme diurétique dans les maladies du cœur. En voici les conclusions :

1° La lactose constitue le plus puissant diurétique et en même temps le plus inoffensif. C'est elle, et elle seule, qui donne au lait sa propriété diurétique. Les autres principes du lait, en particulier l'eau et les sels, n'ont pas d'action manifeste ou utile, le chlorure de sodium n'ajoute rien à la polyurie due au sucre de lait, et les sels de potasse eux-mêmes n'y ont qu'une part très restreinte.

Le lait pris à la dose de 2 litres produit bien la diurèse, mais à la dose de 4 litres, dont chacun contient 50 grammes de lactose, il détermine en même temps une glycosurie très évidente, un diabète passager : une partie des 200 grammes de sucre ainsi absorbés s'éliminant par les urines. En même temps, il se fait une excrétion considérable d'urée indiquant une destruction des albuminates. Il y a donc à la fois glycosurie et azoturie.

Le sucre de lait permet d'éluder tous ces inconvénients et ces dangers ; 100 grammes de lactose en potion produisent une diurèse énorme que l'on n'est pas sûr d'obtenir avec 4 ou 5 litres de lait. Avec la lactose, pas de glycosurie, ni d'azoturie. Dans le lait, l'action de la lactose est entravée par la caséine et la graisse.

2° La polyurie résultant de l'usage interne de 100 grammes de lactose dépasse toutes les polyuries médicamenteuses ; elle atteint rapidement 2 litres 1/2 d'urine et s'élève presque constamment à 3 litres 1/2 et même à 4 ou 4 1/2 le troisième jour. A partir de ce moment, elle reste stationnaire ou s'abaisse à 2 litres 1/2 pendant quelques jours. Pendant ce temps, les hydropisies disparaissent presque à coup sûr, le sang se trouve déshydraté, c'est pour cela que la diurèse n'est plus aussi intense qu'au début du traitement. Mais, après quelques jours de répit, on peut par le même moyen obtenir une nouvelle déshydratation du sang et la résorption des hydropisies.

3° *Effets sur les hydropisies d'origine cardiaque et rénale.* — On peut dire d'après cela que la lactose agit d'une manière sûre dans les hydropisies d'origine cardiaque, mais elle agit d'une manière douteuse ou même nulle dans les hydropisies d'origine rénale. Dans les affections de cœur elle n'échoue que chez les cardiaques dont le rein est devenu brightique et quand l'albumine monte à 60 centigrammes ou à 1 gramme par litre. Tant que la quantité d'albumine est minime, le résultat est favorable, ce qui fait supposer que, dans ces cas, il n'y a pas de lésions rénales, mais une simple stase sanguine. On peut ainsi mesurer par la diurèse lactosique le degré d'altération des reins.

4° *Temps d'arrêt de la diurèse. — Prescription de la lactose.* — On peut voir parfois l'action diurétique interrompue par d'autres causes que la lésion des reins. Il peut se produire, en effet, une diarrhée qui naturellement diminue la diurèse. Dans d'autres cas, les malades ont depuis plus ou moins longtemps des sueurs profuses ou des transpirations accidentelles qui diminuent la polyurie, mais elle ne tarde pas à reparaître.

Le médicament est en général parfaitement supporté. On doit le prescrire pendant huit ou dix jours, cela suffit à produire une déshydratation notable du sang, on en interrompt alors l'usage pendant quelques jours pour le prescrire à nouveau. La tisane lactosique est un peu fade, on peut corriger ce goût par l'addition d'un peu d'eau-de-vie ou d'eau de menthe. Dans tous les cas il importe de rationner ou même de supprimer toutes les autres boissons, y compris le bouillon et surtout le lait qui devient inutile comme diurétique et qui, encombrant l'estomac empêche tout autre aliment. Or, à cet égard la lactose a un avantage immense, elle permet au malade, à sa grande satisfaction, de prendre toute espèce de nourriture et même le régime carné, souvent indispensable pour soutenir les forces défaillantes du cardiaque arrivé à la fin de sa maladie.

5° *Mode d'action de la lactose. — Comparaison thérapeutique avec les autres diurétiques.* — Maintenant que les faits sont acquis, il s'agit d'interpréter le mode d'action de ce nouveau diurétique qu'on peut appeler physiologique. On sait que les diurétiques agissent souvent par suite de la haute pression sanguine qu'ils déterminent ; ici le pouls et la pression ne sont pas modifiés. Les sels alcalins sont considérés comme produisant la diurèse en vertu de leur pouvoir osmotique, les sels de potasse ont surtout ce privilège. Or, en ajoutant 2 grammes de potasse à chaque litre de tisane lactosique on n'obtient rien de plus que par la lactose seule. Comme celle-ci ne traverse pas le rein, ce n'est donc pas par osmose qu'elle agit, il faut admettre une action élective et sélective de la lactose sur les éléments sécréteurs du rein, c'est un diurétique physiologique rénal.

Si nous la comparons avec les autres diurétiques, voici ce que nous trouvons. Ceux qui augmentent la pression, les cardiovasculaires, à savoir : la digitaline, la convallamarine, le strophantus agissent bien plus faiblement, moins sûrement, moins efficacement sur les hydropisies que ne le fait la lactose. M. Bucquoy, avec sa loyauté traditionnelle et son véritable esprit scientifique, l'a reconnu pour ce qui est de la lactose comparée au strophantus, son médicament d'adoption.

Un deuxième groupe de diurétiques, le seul bien établi jusqu'ici, comprend les diurétiques rénaux proprement dits, en tête desquels se trouve la caféine. Elle fait partie d'une série chimique qui commence à la xanthine, comprend la théobromine que j'étudie en ce moment et finit par la caféine, le plus méthylé de ces composés. Et nous savons, d'ores et déjà, trois choses :

1° Que la caféine et la théobromine sont des diurétiques rénaux comme la lactose ;

2° Qu'elles agissent toutes deux indépendamment de la pression vasculaire, car on peut sectionner les centres vaso-moteurs et détruire les nerfs vasculaires sans enrayer en quoi que ce soit la diurèse caféique;

3° Qu'elles n'ont pas d'action tonique sur le cœur comme on l'a prétendu récemment, et en cela encore elles ressemblent à la lactose. Mais la caféine produit des troubles nerveux et cérébraux dont la lactose ne s'est jamais montrée coupable.

6° Nous avons donc dans la lactose le diurétique des affections du cœur à la période asystolique, le vrai moyen curatif des hydropisies d'origine cardiaque, même de celles qui ont résisté aux autres agents polyuriques. Dans l'asystolie, il y a un autre accident des plus compromettants pour la vie, la dyspnée ; mais contre elle la lactose est impuissante, aussi son action devra être secondée par l'iodure de potassium. Ce médicament que j'ai trouvé, il y a dix ans, et dont on m'a dépouillé depuis avec enthousiasme et persévérance, souvent avec habileté, en changeant, sous le prétexte de toxicité potassique, le nom de famille du potassium en sodium, constitue par l'iode et par la potasse le vrai médicament du cœur et de la circulation. Il ne lui manque que le pou-

voir diurétique. Pour remplir toutes les indications, associez l'iodure et la lactose.

De l'hérédité de la myopie. — M. MOTAIS (d'Angers) pense que, si les opinions les plus contradictoires ont été émises jusqu'ici par les ophthalmologistes sur l'influence héréditaire de la myopie, cela tient au peu de précision des méthodes d'investigation qui ne s'appuient que sur les renseignements pris près des jeunes gens.

M. Motais a examiné directement les familles de 330 jeunes gens myopes, et il est arrivé aux conclusions suivantes :

L'influence héréditaire de la myopie existe dans 216 familles sur 330, soit 65 p. 100.

Cette myopie héréditaire se distingue de la myopie acquise :

A. Par son apparition plus précoce ;

B. Par son développement plus rapide ;

C. Par la moyenne plus élevée de son degré ;

D. Par des complications plus fréquentes et plus étendues.

En somme, la myopie héréditaire est plus grave que la myopie acquise.

La myopie est, en général, transmise par le père à la fille, 80 p. 100 des cas observés ; par le père au fils 14 p. 100, et par la mère au fils 79 p. 100, par la mère à la fille 21 p. 100. La myopie héréditaire est donc croisée, au point de vue sexuel. Ce fait remarquable n'avait pas encore été mis en lumière.

Les principales conditions qui favorisent la transmission héréditaire de la myopie sont :

A. Avant tout, l'application de la vue dans un milieu hygiénique défavorable, soit à l'école, soit à la maison paternelle ;

B. L'astigmatisme d'un certain degré (au-dessus de 0,75), 14 p. 100 ;

C. La microsémie (abaissement de la voûte orbitaire), 16 p. 100.

La conclusion de la démonstration précise de la myopie héréditaire dans une proportion élevée (65 p. 100), et de sa gravité, doit être d'imposer, à tous ceux qui dirigent l'éducation des enfants, une hygiène scolaire plus rigoureuse, tant à l'école qu'à la maison paternelle, pour les enfants prédisposés.

Si l'on n'y prend garde, en effet, la myopie acquise ne restant pas individuelle, mais se transmettant aux descendants, le danger myopique ne tardera pas à se multiplier et à s'étendre dans des proportions inquiétantes.

Des électro-moteurs consécutifs à l'action voltaïque sur l'organisme. — M. DANION fait une communication sur ce sujet.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 juin 1889, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Section des chemins de fer de campagne : *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Poupon, médecin aide-major de deuxième classe.

5e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Gellé, médecin aide-major de deuxième classe.

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Perrin de la Touche, médecin aide-major de deuxième classe, professeur suppléant à l'École de Rennes.

— Par décret, en date du 5 juin 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Vassaux, Causit, Soustre, Rosière, Laporte, Labruhe, Luquet, Fauvel, Jouliard, Balme, Journiac, Hischmann, Mauduit, Arnaud, Sibilat, Boulland, Bertolus et Jacquet.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 juin 1889, des concours s'ouvriront à la Faculté de médecine de Nancy :

1° Le 6 janvier 1890, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine de Reims ;

2° Le 13 janvier 1890, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à ladite École.

— Le concours d'agrégation (anatomie et physiologie) vient de se terminer par les nominations suivantes :

Paris : MM. Retterer et Gley. — Lyon : M. Valleton. — Montpellier : M. Hedon. — Lille : M. Meyer.

— *Concours d'agrégation (physique, chimie et pharmacie).* — Les épreuves pratiques ont eu lieu mardi à onze heures et demie ; cinq heures sont accordées pour cette épreuve.

Physique : MM. Patein, Bertin-Sans, Leclercle, Faucher et Weiss. « Mesure d'une résistance ; détermination des constantes d'un élément de la pile : 1° au moment où il vient d'être monté ; 2° après qu'il aura fonctionné quinze minutes en circuit. »

Pharmacie : M. Barthe. « Préparation du chloroforme pur ; recherches des impuretés d'un chloroforme. »

Chimie : MM. Denigèze, Fauconnier et Monange. « Analyse quantitative d'un corps organique ; analyse quantitative d'une substance minérale. »

Les exercices de physique ont eu lieu le mercredi 12 juin, à quatre heures et demie. Les candidats ont passé dans l'ordre suivant : MM. Patein, Bertin-Sans, Leclercle, Faucher et Weiss.

Les exercices de chimie et de pharmacie auront lieu le jeudi 13, à trois heures et demie. Les candidats passeront dans l'ordre suivant : M. Barthe (pharmacie) ; MM. Denigèze, Fauconnier et Monange (chimie).

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Parisot, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, d'un cours annexe de clinique des maladies des vieillards, en remplacement de M. Demange, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Maginelle (Paul-Pierre), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé aide d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Baigne, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Raoult, professeur de chimie, est nommé pour trois ans doyen de ladite Faculté.

— M. le docteur Moreau-Marmon vient d'être nommé médecin-dentiste des hôpitaux de Paris, en remplacement de M. le docteur Andrieu, décédé.

M. le docteur Moreau-Marmon est attaché en cette qualité à l'hôpital de la Charité, à la Maternité et à l'hospice des Enfants-Assistés.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lesh (de Saint-Pétersbourg), Lippert (de Nice).

— La séance générale du Congrès des sociétés savantes, présidée par M. le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, aura lieu le samedi 15 juin, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Les cartes d'admission de cette séance seront distribuées par le ministère et le secrétariat de l'Académie de Paris, à la Sorbonne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction du docteur DECHAMBRE, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur LEREBOULLET, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine.

Le tome XXVII de la deuxième série, le deuxième fascicule du tome XV et le tome XVI de la quatrième série, le deuxième

fascicule du tome III viennent de paraître et terminent l'ouvrage.

Le deuxième fascicule du tome XXVII de la deuxième série, le deuxième fascicule du tome XVI de la quatrième série, le deuxième fascicule du tome III de la cinquième série sont fournis gratuitement aux souscripteurs. Le prix de chacun des autres fascicules est de 6 francs. — Prix du Dictionnaire complet : 1200 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Nouveau traitement chirurgical des maladies inflammatoires des reins et des uretères chez la femme, par Sherwood Dunn, Ph. D., docteur en médecine de la Faculté de « Bellevue-Hospital », New-York, de la Faculté de Paris, etc. 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Du traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli (l'électrolyse utérine), par le docteur Delétang, chargé du service d'électrothérapie des hôpitaux de Nantes. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 67. — SAMEDI 15 JUIN 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 15 JUIN 1889. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs, pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des végétations adénoïdes du pharynx nasal.

Par M. le docteur LUBET-BARBON,
Ancien interne des hôpitaux.

Depuis longtemps, l'attention des observateurs a été éveillée par l'aspect particulier que présentent certains enfants. Leur bouche constamment ouverte, leurs joues pâles et applaties donnent à leur physionomie un air d'étonnement et d'hébétude, qui ne contribue pas peu à augmenter la saillie des yeux et l'allongement de toute la mine. Lorsqu'on s'approche de ces enfants, on entend leur respiration bruyante et pénible, comme serratique, augmentant de rudesse avec les efforts et les mouvements. Les parents, que le fait seul de l'ouverture de la bouche a frappés comme une mauvaise habitude que ni les conseils, ni les menaces ne peuvent déraciner, ajoutent que leurs enfants dorment la bouche ouverte, que leur sommeil est agité, qu'ils ronflent et se réveillent quelquefois en sursaut, couverts de sueurs, en proie à des frayeurs inexpliquées, pour se rendormir bientôt et se plaindre le matin d'une vive sécheresse à la gorge. De plus, certains d'entre eux présentent des écoulements d'oreille et des troubles auditifs qui viennent encore augmenter leur air absent et étonné.

Comme on le pense bien, ce fait de tenir toujours la bouche ouverte n'est pas dû simplement à une mauvaise habitude; c'est une nécessité causée par une maladie : la présence de *végétations adénoïdes* qui obstruent le pharynx nasal, bouchent l'orifice postérieur des fosses nasales et condamnent à la respiration buccale et à ses conséquences.

I

HISTORIQUE. — Il a fallu bien du temps pour relier l'effet à la cause, et, si cet aspect général que nous venons de décrire n'avait pas échappé aux anciens médecins, ils en cherchaient ailleurs la raison.

Déjà Dupuytren, en 1828, montrait que les enfants qui présentaient ces accidents avaient de grosses amygdales, mais il faisait, en même temps, remarquer que l'ablation de celles-ci ne faisait pas toujours disparaître les symptômes (1). Chassaignac, Robert [1843] (2), s'occupant des hypertrophies tonsillaires, faisaient ressortir les troubles et les malformations qui en étaient les conséquences. Après eux, la plupart des auteurs (3) s'appuyant sur ce fait, vrai en somme, de l'augmentation de volume des tonsilles, rapportent à cette augmentation de volume tous les accidents concomitants qu'ils observent, et les expressions de *voix*, de *toux*, de *surdité amygdaliennes*, de *facies amygdalien*, sont restées comme pour témoigner de cette erreur d'interprétation que devaient bientôt renverser les nouveaux procédés d'investigations cliniques dus à la rhinoscopie.

C'est, en effet, Czermak, en 1860, qui, le premier, aperçut dans le miroir pharyngien des petites tumeurs appendues à la voûte du pharynx et pouvant gêner la respiration par le nez. Voltolini, Lœwenberg (4) les signalèrent ensuite, mais il faut arriver à la remarquable étude de Meyer (de Copenhague) pour trouver une description complète de ces tumeurs et des accidents qu'elles provoquent (5). A cet auteur, revient le mérite d'avoir édifié l'histoire de cette maladie et de lui avoir créé une place dans le cadre nosologique.

Après lui, vinrent les travaux de Michel (de Cologne), de Lœwenberg et des auteurs modernes qui ont ajouté quelques données nouvelles, imaginé ou modifié les nombreux instruments qui servent à l'ablation de ces tumeurs (Stœrck, Gottstein, Delstanche, Calmettes).

Parmi les travaux les plus importants, parus dans ces dernières années, il nous faut citer l'excellente thèse de M. Chatellier (6) qui a contribué à vulgariser, en France, la connaissance des végétations adénoïdes et de leurs symptômes. Aujourd'hui, il n'est plus permis de rattacher ces derniers à la simple hypertrophie des amygdales, qui est un fait contingent dont la coexistence fréquente est expliquée par l'anatomie pathologique.

(1) DUPUYTREN. Sur la dépression des parois de la poitrine, *Répertoire d'anatomie et de physiologie*, t. V, 1828.

(2) *Bulletin général de thérapeutique*, t. XXIV.

(3) Notamment Lambron, qui étudie surtout les déformations du thorax dans un mémoire très complet sur l'*Hypertrophie des amygdales et leurs fâcheuses conséquences* (in *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1861).

(4) LŒWENBERG. Premier mémoire en 1865, *Arch. f. Ohrenheilkunde*; — deuxième mémoire en 1879, Paris.

(5) MEYER. *Arch. f. Ohrenheilkunde*, 1873-1874.

(6) CHATELLIER. Thèse de Paris 1886, couronnée par l'Académie de médecine (prix Meynot).

II

Anatomie pathologique. — Dans toute la région pharyngée, on trouve inégalement distribué, en îlots, une grande quantité de tissu lymphoïde. Un de ces îlots, situé entre les piliers du voile du palais, compose l'amygdale palatine. C'est le plus considérable, mais on en rencontre d'autres qui occupent la base de la langue (amygdale linguale), le pourtour de l'orifice de la trompe (amygdale tubaire) et enfin la voûte du pharynx (amygdale pharyngée). La série de ces îlots forme un anneau incomplet (anneau de Valdeyer), autour de l'orifice supérieur des voies respiratoires; sous l'influence de conditions que nous étudierons plus loin, un ou plusieurs de ces segments subissent une hypertrophie qui se traduira par des signes plus ou moins marqués suivant le point où elle siégera. Ainsi, l'augmentation de volume de l'amygdale pharyngée, située en face de l'orifice postérieur des fosses nasales, obstruera les choanes (1) et s'opposera au passage de l'air par ses voies naturelles. C'est ce que n'avaient pas vu les anciens auteurs qui attribuaient tous ces méfaits à l'amygdale palatine dont l'hypertrophie est observée très fréquemment et frappe la vue dès qu'on regarde la gorge du malade.

Les coupes pratiquées dans les végétations adénoïdes montrent que leur structure est semblable au tissu adénoïde en général, et, comme dans l'amygdale, on trouve des follicules clos séparés par des tractus plus ou moins épais de tissu conjonctif.

III

Étiologie. — La cause de cette prolifération anomale du tissu adénoïde est difficile à déterminer et, comme pour bien des maladies, on doit se contenter de chercher les conditions dans lesquelles on l'observe.

Les conditions d'âge sont les mieux connues : c'est chez les enfants qu'on les rencontre ou, pour mieux dire, c'est chez les enfants que les manifestations symptomatiques sont les plus marquées et qu'à la lésion anatomique correspondent des troubles cliniques appréciables. Chez l'adulte, leur présence ne se traduit pas, en général, par des signes aussi nets et ceux-ci semblent même s'amender avec les progrès de l'âge. Est-ce que ces productions s'atrophieraient pendant l'adolescence et comme le fait le thymus? Cette raison, admise par quelques-uns (2), n'est en rien justifiable, puisqu'elles n'ont avec cet organe aucune analogie de structure.

Cette atténuation des symptômes est due plutôt à un changement de rapport entre le contenant et le contenu. Au début, les végétations remplissent la cavité naso-pharyngienne, mais, tandis qu'elles gardent sensiblement le même volume, celle-ci augmente de capacité à mesure que l'individu grandit et se développe. A un moment donné la tumeur occupe une place trop petite pour gêner la circulation de l'air et les accidents de sténose disparaissent. Il se passe ici la même chose que dans le larynx, où nous voyons la diphthérie se localiser chez l'adulte sans donner lieu aux accidents du croup : la fausse membrane qui, chez un enfant, aurait obstrué la lumière du larynx, ne fera que tapisser ses parois chez l'adulte et laissera à l'air un passage suffisant. D'un côté comme d'un autre, ce sera la même fausse membrane, ce seront les mêmes végétations, une seule chose aura changé : la capacité du conduit qui les contient.

D'ailleurs, rien n'est plus fréquent, lorsqu'on les cherche avec soin, que de trouver ces productions très développées chez l'adulte et, avec elles, sinon les accidents de sténose, du moins les accidents de propagation, surtout du côté de l'oreille.

Le sexe ne nous paraît pas avoir une bien grande importance étiologique, non plus que le climat, quoique les premiers observateurs aient écrit qu'on trouvait plus fréquemment l'affection qui nous occupe dans les pays du Nord. Cette opinion se modifie singulièrement depuis que l'attention sur ce sujet est éveillée dans les climats plus tempérés.

Parmi les maladies antérieures, la rougeole, la coqueluche paraissent en favoriser le développement et surtout en faire éclore les manifestations. La scrofule paraît avoir une certaine influence et fournir un terrain favorable comme pour bien d'autres affections du nez.

L'hérédité joue un grand rôle dans cette étiologie et il est fréquent d'entendre les parents des enfants que l'on observe rappeler que, dans leur jeune âge, ils ont été, eux aussi, en proie à de semblables accidents, dont témoignent souvent des malformations acquises et de la surdité.

Enfin, disons qu'on retrouve, avec les autres stigmates de la dégradation de l'espèce, les végétations adénoïdes chez les dégénérés. C'est, du moins, ce qui résulte des recherches consignées dans l'excellente thèse de Balme (1), qui les a fréquemment observées chez les sourds-muets et chez les petits pensionnaires de l'asile de Vaucluse.

IV

Symptomes. — L'enfant, atteint d'hypertrophie de l'amygdale pharyngée, présente, avons-nous dit, un aspect tout particulier sur lequel on ne saurait trop insister, parce qu'il est le signe extérieur le plus marqué, celui qui frappe tout l'entourage du petit malade et guide le médecin vers la recherche des autres phénomènes qui, jusqu'à un certain point, sont restés au second plan.

Si l'on examine le malade au repos, alors surtout qu'il ne se sait point observé, on voit que sa bouche est toujours à demi ouverte, la lèvre supérieure, courte et relevée, est séparée de l'inférieure par un espace triangulaire, au travers duquel on aperçoit les dents, en général mal plantées. L'abaissement du maxillaire inférieur allonge les traits de la face, la peau est tendue au-dessus des os, appliquée sur les pommettes qui paraissent aplaties; les yeux sont saillants, sans expression, et donnent à la physionomie un air inintelligent et étonné, tout à fait caractéristique.

Excite-t-on l'enfant à faire quelques mouvements, ou le surprend-on au milieu de ses jeux, on voit cette ouverture de la bouche augmenter en raison de la plus grande quantité d'air qu'il a besoin d'inspirer; la respiration devient rapide et gagne en fréquence ce qu'elle a perdu en amplitude. Il est dans un état d'essoufflement perpétuel.

Ces troubles respiratoires acquièrent ici une très grande importance. L'air inspiré, détourné de sa voie normale, ne traverse pas les sinuosités du nez où, d'ordinaire, il perd sa sécheresse, s'échauffe et se dépouille des particules de poussière qui le vicient. Il passe par la bouche et vient directe-

(1) C'est ainsi qu'on appelle l'orifice postérieur des fosses nasales.

(2) Peysson. Thèse de Paris.

(1) Balme. Thèse de Paris, 1888.

ment frapper la paroi pharyngée. Cette excitation constante ne tarde pas à déterminer de la pharyngite chronique, d'autant plus aisément que ce passage d'air sec et froid est continu, puisque, la nuit même, la bouche reste béante, ce qui occasionne une grande sécheresse de la gorge, ressentie vivement au réveil.

Ce ne sont pas là les seuls inconvénients. On conçoit que, grâce au relâchement musculaire qu'amène le sommeil, la colonne d'air fait flotter le voile du palais et il se produit du ronflement. De plus, l'enfant est agité, il a comme un tirage permanent et ces efforts inconscients pour respirer troublent son repos et sont suivis quelquefois de réveils brusques, au milieu de sueurs abondantes, réveils qui s'accompagnent de crises de toux et d'accès de suffocation absolument analogues à ceux qu'on observe dans la laryngite striduleuse.

Généralisant ce fait, M. Coupard (1) a voulu conclure à l'identification absolue de la laryngite striduleuse et des végétations adénoïdes. Sans aller aussi loin que cet auteur, on est fondé à croire qu'il y a souvent là une relation de cause à effet, et que certains accès nocturnes de suffocation se rencontrent chez les enfants atteints de l'affection qui nous occupe.

L'auscultation dans ces cas donne les résultats qu'on devait s'attendre à trouver : s'ils respirent la bouche ouverte, le murmure vésiculaire est doux et ample ; s'ils respirent la bouche fermée, il est rude et voilé (Grancher).

Du côté de la déglutition on ne trouve, en général, aucun trouble, les petites tumeurs étant situées trop haut pour gêner les mouvements qui y président. Néanmoins, Mac Bride (2) a signalé des cas de dysphagie.

L'odorat n'est pas non plus souvent atteint. Mais il n'en est pas de même de l'ouïe. De toutes les complications, en effet, qui viennent aggraver le pronostic des hypertrophies de l'amygdale pharyngée, il n'en est pas de plus fréquentes ni de plus sérieuses que celles qui se produisent du côté de l'oreille. Cette fréquence est telle que l'on a pu, avec raison [Calmettes] (3), considérer la variété auriculaire comme une des formes cliniques de la maladie. C'est en effet pour des troubles de l'audition que les malades se présentent souvent au médecin, et il faut que celui-ci ait toujours présent à l'esprit que la surdité peut être sous la dépendance de l'affection pharyngée.

Urbantschitsch, sur les 175 adénoïdiens qu'il a observés, trouva 130 fois des phénomènes du côté de l'oreille, et d'après Woakes, à peine 5 p. 100 d'entre eux échappent à cette grave complication.

Tantôt ce ne sont que de légères douleurs avec un certain degré de dureté de l'ouïe. Les enfants sont considérés comme inattentifs, alors qu'ils n'entendent pas très bien ce qu'on leur dit. Tantôt les phénomènes sont plus marqués et on les amène avec une otite suppurée.

On apprend alors que ce n'est pas la première fois que cet écoulement survient, qu'il s'est montré à des intervalles plus ou moins éloignés, entre lesquels l'ouïe n'est jamais suffisante. A mesure, d'ailleurs, que cette otite à rechute se reproduit plus souvent, elle dure plus longtemps et laisse après elle une surdité croissante jusqu'à ce qu'une atteinte nouvelle emporte avec elle les osselets et dès lors

(1) Coupard. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1887.
(2) Mac Bride. *Edinb. Journal*, 1886.
(3) Calmettes. *Gazette médicale*, 1883.

l'ouïe est irrémédiablement perdue. Lœwenberg (1) admet deux causes pour expliquer cette otite : 1° l'irritation communiquée au travers de la trompe du pharynx à la caisse ; 2° la raréfaction de l'air dans la caisse par obstruction des trompes. De fait, au début, on reconnaît que ces otites seront encore curables par l'ablation des adénoïdes lorsque l'insufflation de l'air dans les trompes donne une amélioration marquée, mais nécessairement passagère de l'ouïe. — Blake (2) donne encore pour raison les congestions passives se produisant dans la trompe du fait de la compression et de la gêne circulatoire qui s'ensuit.

On doit aussi tenir compte de ce que la trompe est une voie de transport toute tracée pour tous les produits inflammatoires et septiques, qui vont ainsi du pharynx fréquemment malade à la caisse du tympan et déterminent dans celle-ci des foyers d'infection secondaire.

L'arrière-cavité nasale servant avec le nez de caisse de résonance, on peut prévoir comment, lorsqu'elle est comblée, il se produit des troubles dans la phonation. Les diverses modulations de la parole et du chant sont altérées parce que les harmoniques du son fondamental, produit par les cordes vocales, n'existent plus ou sont modifiées. Aussi la voix présente-t-elle un timbre sourd et dur et a-t-elle été qualifiée du nom de *voix morte* par Meyer, de voix qui *a perdu son métal* par Michel (de Cologne). Il faut bien la distinguer de celle qu'on observe dans la paralysie du voile du palais ; ici elle est nasonnée, c'est-à-dire que les sons buccaux sont devenus nasaux. Dans le cas de végétations au contraire, les sons nasaux ont disparu et les deux vraies consonnes nasales M et N subissent une modification telle qu'elles se prononcent B et D : l'enfant dira facilement *Bal* pour *Mal* et *Dez* pour *Nez*. Ce vice de prononciation, qui est bien causé par l'obstruction naso-pharyngée, ne disparaît pas toujours après l'opération, lorsque les voies sont devenues libres et que rien ne s'oppose à l'émission des consonnes nasales. M. Cartaz (3) attribue cette persistance à l'habitude, et il a vu des cas dans lesquels il fallait faire une sorte d'éducation nouvelle pour arriver à corriger cette prononciation défectueuse.

Beaucoup d'auteurs ont insisté sur les malformations du squelette, liées aux végétations adénoïdes, et ont fait jouer à celles-ci un rôle étiologique peut-être exagéré. On doit, pensons-nous, faire ici deux parts. Certainement on peut soutenir que l'étroitesse de la poitrine, l'affaissement des côtes peuvent avoir avec elles des relations de cause à effet. Ce sont là d'ailleurs des altérations que l'on trouve dans toutes les sténoses nasales. Mais il n'en est pas de même des malformations du maxillaire supérieur et des vices de conformation de la bouche et des dents qui nous paraissent bien plutôt être concomitantes et peuvent être mises au nombre des tares congénitales que l'on retrouve chez les dégénérés.

Les *déformations* portent soit sur les parties molles, soit sur des parties flexibles comme les côtes et les parois du thorax. Elles relèvent d'une cause univoque : la difficulté de l'inspiration compensée par un tirage habituel. Elles représentent, si l'on veut, la fixation des phénomènes que l'on observe pendant le tirage aigu, quelle qu'en soit la cause.

(1) Lœwenberg. Loc. cit., 1879.
(2) Blake. Relations des tumeurs adénoïdes avec les affections de l'oreille, in *Annales de laryngologie*, 1888.
(3) Cartaz. *Archives de laryngologie*, 1887.

L'extrémité inférieure du sternum est enfoncée, la poitrine est aplatie d'avant en arrière, comme si les côtes avaient été comprimées d'un côté vers l'autre (poitrine de pigeon).

Ces déformations avaient frappé les premiers observateurs, alors qu'ils les croyaient consécutives à l'hypertrophie de l'amygdale (Dupuytren). Alph. Robert les explique par l'influence de la pression atmosphérique s'exerçant de dehors en dedans et pesant sur la poitrine à cause du vide thoracique habituel chez ces malades. Lambron (1) pense que la pression atmosphérique ne saurait être invoquée, mais que les côtes sont attirées en dedans par les efforts constants des muscles inspirateurs et, en particulier, du diaphragme.

Les *malformations* portent principalement sur le maxillaire supérieur. Les pommettes sont saillantes, ce qui augmente la largeur de la face. La voûte palatine offre en son milieu une dépression qui la fait ressembler à une ogive. Il semble, d'autre part, que le rebord alvéolaire ait subi un arrêt de développement tel que les dents ne peuvent plus s'y loger. Elles chevauchent les unes sur les autres faute de place, poussent de travers et comme en dehors du rang qu'elles doivent occuper (2).

Enfin la capacité des fosses nasales est diminuée du fait des déviations ou des éperons de la cloison qui, joints à l'hypertrophie des cornets (3), rendent la sténose plus complète.

Outre les déformations thoraciques qu'elle entraîne, la présence des végétations adénoïdes produit encore, du côté de l'état général, une série de troubles qui ne sont pas sans importance.

Les enfants respirent mal, l'hématose se fait d'une façon insuffisante, aussi ont-ils presque tous un aspect débile et anémié des plus caractérisés. Tous leurs organes souffrent de ce manque d'air et ils ne se développent pas ou se développent mal. Ils sont malingres, *étiolés*, ont peu d'appétit ; ils ont une sensibilité toute particulière de leurs voies respiratoires, ils s'enrhument facilement, et ces bronchites sont ce qu'elles sont chez tous les scrofuleux, longues et difficiles à guérir.

De plus ils ont une céphalée tenace, à exacerbations fréquentes sous l'influence de l'état congestif maintenu dans cette région. Comme ils ont souvent des gros cornets ou de la rhinite hypertrophique, ils sont sujets aux épistaxis dont la répétition et l'abondance deviennent une nouvelle cause d'anémie et de débilité.

Leur état intellectuel est, en général, moins développé. Ils ont une grande inaptitude pour le travail, il leur est souvent difficile de s'appliquer pendant longtemps sur un sujet donné (*aprosexie* de Guye) et les recherches de Balme montrent que ces végétations sont on ne peut plus fréquentes chez les enfants arriérés de l'asile de Vaucluse.

Tels sont les troubles fonctionnels et les phénomènes généraux qu'on observe comme conséquences de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée.

La plupart d'entre eux se rencontrent dans tous les cas de sténose nasale et sont insuffisants pour établir un diagnostic que l'examen des signes objectifs doit venir confirmer.

(1) Lambron. Loc. cit.
(2) David. Congrès de Rouen, 1883.
(3) Cholewa. *Zeitschr. f. Ohreinheilkunde*, XIX, 2.

V

Lorsqu'on fait ouvrir la bouche d'un enfant supposé atteint de végétations adénoïdes, on peut être d'abord frappé par l'implantation vicieuse des dents, la forme ogivale de la voûte palatine et le plus souvent par l'hypertrophie des amygdales qui ne laissent entre elles qu'un petit pertuis. Par ce pertuis plus ou moins large, on voit la paroi antérieure du pharynx qui est, en général, sèche, vernissée, et sur laquelle on aperçoit des granulations variables en nombre et en grosseur qui sont aussi formées de tissu adénoïde disséminé. Le voile du palais est tombant, immobile, et les malades ont la plus grande peine du monde à respirer par le nez, leur bouche étant ouverte.

Mais pour être fixé d'une façon certaine sur la présence des adénoïdes, il faut pratiquer la rhinoscopie.

La rhinoscopie antérieure ne donne que de médiocres résultats et l'on n'en sera pas étonné si on se souvient que le plus souvent il existe une hypertrophie notable de la muqueuse nasale, principalement de la muqueuse des cornets qui arrête le rayon visuel. On pourra, à l'aide de la cocaïne, diminuer cette congestion chronique, se donner du jour pour ainsi dire, et alors on verra dans le fond une masse qui paraît plus rapprochée que ne le serait la paroi du pharynx. On peut encore dilater le nez et écarter ses parois à l'aide du spéculum à long tube de Zaufal qui permet de porter le bec de l'instrument jusque dans le pharynx. A l'aide du stylet, on pourra se rendre compte que cette masse est molle, relativement mobile. Cette mobilité pourra être constatée si l'on engage le malade à pousser par le nez le son *ou* : on la verra alors, comme une languette, être soulevée et projetée en avant.

Mais la rhinoscopie postérieure donne sur le siège, le volume, la forme des végétations, des renseignements autrement importants. On peut pratiquer cet examen chez les enfants et il est même facilité par ce fait que la tumeur repoussant en bas et en avant le voile du palais, la distance entre ce dernier et le pharynx est augmentée, et cette disposition permet de placer plus aisément le miroir.

Lorsque le sujet s'y prête bien, voici ce que l'on peut observer.

La voûte du pharynx est remplie par une masse qui change absolument l'aspect des parties. La voûte pharyngée semble abaissée ; au lieu d'être en creux, elle apparaît en bosse. On ne peut voir le bord supérieur des choanes, souvent même la tumeur descend assez bas pour cacher tout ou partie de la cloison si elle est médiane, la queue des cornets si elle est située latéralement. La coloration ne diffère en rien de celle des parties voisines ou à proprement parler, de celle que présentent de grosses amygdales un peu enflammées. Tantôt la tumeur offre une masse unique le plus souvent sessile, à large base d'implantation; elle va de l'un à l'autre des deux orifices tubaires. Elle est alors arrondie et lisse. Tantôt, au contraire, elle se compose de plusieurs petits polypes à pédicule de largeur variable, en forme de crête de coq, avec des travées, donnant à toute la masse un aspect raviné très remarquable. Ces travées descendent sur les parties latérales : ce sont elles qui viennent s'accoler à l'orifice de la trompe et l'obturer en partie. C'est à elles que sont dus, d'après Trautmann, les troubles de l'audition et non à l'augmentation de volume de l'amygdale tubaire qui ne s'hypertrophierait jamais. Cette particularité, découverte sur le cadavre par

cet auteur, aurait une grande importance pour le traitement chirurgical des tumeurs, puisque leur ablation ne saurait intéresser l'orifice tubaire sur lequel elles n'ont pas leur point d'implantation (Moldenhauer). D'autres fois, autour d'une masse centrale plus considérable, on voit d'autres petites tumeurs séparées les unes des autres par des creux où s'amassent une grande quantité de produits muco-purulents qui, sécrétés en abondance, coulent presque constamment sur les gouttières pharyngées et provoquent de fréquents besoins d'expuition.

La rhinoscopie postérieure est de tous les modes d'exploration celui qui donne les résultats les plus précis, tant sur le volume que sur le nombre, la forme et le mode d'implantation des masses adénoïdiennes. Mais elle exige une habileté de main, que seule une grande pratique peut donner, et aussi des malades patients et chez lesquels l'exploration soit rendue facile par une heureuse disposition des parties. Ce n'est donc pas un moyen à la portée de tous et qui peut donner entre différentes mains des résultats comparables.

On peut y suppléer et on y supplée dans bon nombre de cas par le toucher digital. Ce mode de recherche en effet n'implique aucune connaissance spéciale. Tout médecin peut l'employer facilement et il doit le faire chaque fois qu'il se trouve en présence d'un cas présumé de végétations adénoïdes. Il lui donnera tous les renseignements désirables sur le volume et le siège, sur la consistance et la forme; on serait donc inexcusable de méconnaître, faute de l'employer, la présence de végétations.—Voici, d'ailleurs, comment on doit s'y prendre pour le pratiquer plus commodément. L'enfant est placé debout ou assis, suivant sa taille, au côté gauche de l'opérateur, sa tête entourée par l'anse que lui fournit le bras gauche et appuyée sur le pli du coude.

De la main gauche, l'opérateur place dans la bouche de l'enfant un instrument quelconque destiné à maintenir l'écartement des dents et à éviter les morsures, et aussitôt le doigt index de la main droite est introduit dans la bouche jusqu'au voile du palais, la face palmaire tournée en haut. Ce doigt contourne le voile du palais et vient fouiller l'arrière-cavité nasale. S'il n'y a pas de végétations adénoïdes, il a de la peine à atteindre l'apophyse basilaire qui lui donne la sensation d'un corps dur. Si, au contraire, la cavité est obstruée, il trouve une masse molle, tomenteuse, de volume variable, qui tantôt siège à la partie médiane, tantôt, au contraire, a envahi tout le pharynx nasal, bouchant les choanes et s'étendant de l'un à l'autre orifice tubaire.

On a comparé assez justement la sensation de mollesse toute particulière, que donnent les végétations adénoïdes au doigt, à celle qu'on aurait en touchant un paquet de vers de terre. Disons cependant qu'elles peuvent, principalement chez l'adulte, acquérir une dureté, une rénitence scléreuse bien marquée.

Souvent cette masse s'effrite, se réduit en pulpe sous les efforts que fait le doigt pour en déterminer les limites, et il s'écoule quelques gouttes de sang, en même temps que le malade éprouve de la douleur. C'est pourquoi il est utile, avant de retirer le doigt, de faire une enquête aussi approfondie que possible et d'être suffisamment fixé pour n'avoir pas à renouveler une exploration, sinon douloureuse, du moins assez pénible pour que le jeune malade la repousse une seconde fois avec énergie.

VI

Diagnostic. — Elle donne le plus souvent la clef du *diagnostic*, en montrant si oui ou non il existe des végétations d'un volume suffisant pour empêcher le passage de l'air et par conséquent causer la plupart des accidents observés.

Voici comment, en général, se pose la question : Un individu se présente avec les apparences que nous avons décrites, avec les troubles divers que nous avons signalés. On regarde le fond de sa gorge et on trouve de la pharyngite sèche, de la pharyngite granuleuse, signe presque certain d'un obstacle dans le cours normal de l'air. On doit rechercher où siège cet obstacle et quelle en est la nature. Il y a souvent, et nous avons dit pourquoi, de grosses amygdales. Mais l'expérience a prouvé que leur ablation ou leur destruction n'amende en rien les symptômes, c'est donc plus haut ou plus loin que nous devons découvrir l'obstruction, cause de tous les accidents. Elle peut siéger soit dans le pharynx, soit dans le nez. L'âge de l'individu (enfant), son aspect lymphatique, les troubles de l'audition et l'hypertrophie de l'amygdale nous feront pencher pour les végétations adénoïdes. D'ailleurs, l'examen du nez par la rhinoscopie antérieure, examen toujours facile, nous fera connaître qu'il n'y a pas de sténose congénitale, de polype, de déviation marquée de la cloison ou d'hypertrophie des cornets, affections plus spéciales à l'adulte. Mais il ne faut pas oublier que, si l'absence de ces altérations nous conduit presque à conclure à l'existence de végétations adénoïdes, leur présence ne nous permet pas de nier ces dernières. Rien, en effet, de plus fréquent que la congestion chronique de la muqueuse des cornets amenant leur hypertrophie, congestion due à la stase du sang gêné dans sa circulation de retour par la compression des végétations.

Il faut donc les rechercher par les procédés que nous avons déjà indiqués.

VII

Pronostic. — Que deviennent les tumeurs adénoïdes ? Nous ne pensons pas qu'elles subissent de régression atrophique. Tout au plus, sous l'influence des inflammations fréquentes auxquelles elles sont exposées, subissent-elles par places une transformation fibreuse qui explique leur fermeté plus considérable chez l'adulte. Leur pronostic est variable et lié à leur volume, à l'âge des enfants chez lesquels on les observe ; il est enfin et surtout lié aux accidents qu'elles ont déjà produits et pour lesquels les enfants nous sont amenés. Il est certain que des végétations qui ne se traduisent par aucun accident appréciable n'auront que peu d'importance à côté de celles qui déterminent ces otorrhées à rechute conduisant presque fatalement, au bout d'un certain temps, à la destruction de l'oreille moyenne et à la perte de l'ouïe. On ne saurait donc être trop vigilant dans leur recherche et trop prompt dans l'intervention une fois qu'on les a découvertes.

VIII

Traitement. — La nécessité d'obvier aux inconvénients de la respiration buccale avait frappé tous les médecins qui s'étaient occupés de cette question, et suivant la théorie pathogénique qui les guidait, ils proposaient soit l'ablation des amygdales, soit d'autres moyens propres à rétablir le cours

normal de l'air. Mais nous avons vu que l'ablation des amygdales ne répondait pas à l'attente de ceux qui, faisant de leur hypertrophie la cause unique des accidents, pensaient les voir disparaître après la destruction, soit par amputation, soit par cautérisation, de ces organes. Force fut de chercher ailleurs une autre méthode de traitement et on essaya de faire cesser l'obstruction des fosses nasales en faisant passer dans leur intérieur un courant d'eau qui devait en modifier les parois. C'est une des applications du siphon de Weber. On sait que ce procédé est basé sur ce fait que l'eau introduit dans une des narines sort par l'autre narine, grâce à l'occlusion du pharynx nasal par le voile du palais; mais pour que ceci arrive, il est de toute nécessité que les passages soient libres et que l'eau n'ait aucune difficulté à circuler librement dans les fosses nasales et dans leur arrière-cavité. C'est ce qui a lieu dans l'ozène notamment : les fosses nasales sont spacieuses à cause de l'atrophie des cornets, le pharynx libre, et le courant entraîne avec lui les sécrétions concrètes dont le séjour détermine la mauvaise odeur spéciale à cette affection. Mais dans celle qui nous occupe en est-il de même ? Non, puisque, d'après ce que nous savons des végétations adénoïdes, il se trouve dans le pharynx nasal, en arrière des choanes, une masse qui arrête le liquide, et celui-ci, placé entre cette barrière et la pression qui le pousse d'avant en arrière, fait irruption dans les conduits voisins. Tantôt il force la résistance du voile du palais et coule dans la bouche; mais si celui-là résiste, il pénètre dans la trompe d'Eustache, et de là dans l'oreille moyenne. Pour peu que la solution aqueuse employée ne soit pas antiseptique, elle entraîne avec elle des éléments qui pourront amener une inflammation de la caisse et une otite avec toutes ses conséquences.

Il faut donc proscrire les siphonnages, comme d'ailleurs dans tous les cas de sténose, quelle qu'en soit l'origine, dans tous les cas où l'écoulement parfait du liquide n'est pas assuré par la largeur des voies.

Malheureusement les otites moyennes surviennent en dehors de toute intervention. Comme tous les autres accidents, elles ne disparaissent définitivement que lorsqu'on en a supprimé la cause.

IX

Les procédés opératoires, qui ont pour but de détruire les végétations adénoïdes, sont nombreux et on peut les ranger sous deux chefs différents :

1° Procédés qui ont pour but de les atteindre par la voie nasale;

2° Procédés qui cherchent à les attaquer par la voie buccale et le pharynx.

La première de ces méthodes n'a plus guère qu'un intérêt historique. C'est elle, en effet, qu'employait le véritable vulgarisateur de la connaissance des végétations, Meyer (de Copenhague). Il avait fait construire un couteau annulaire, monté sur un manche assez long, qu'il introduisait par la narine en suivant soit la cloison, soit le plancher des fosses nasales. La partie coupante de l'instrument arrivée sur les tumeurs, il les détruisait par un mouvement de va et vient, jusqu'à ce qu'il arrivât à gratter la voûte du pharynx.

Voltolini employa l'anse galvanique à la place du couteau de Meyer. Il allait saisir, toujours par la voie nasale, les végétations qui, faisant saillie, venaient s'engager dans l'anse et étaient sectionnées quand passait le courant. L'application de cette méthode fut facilitée par l'emploi du spéculum long de Zaufal qui permettait de conduire plus sûrement le couteau ou l'anse jusqu'au fond de la cavité nasale. Mais cette introduction était toujours laborieuse, quelle que fût la largeur des fosses nasales et à plus forte raison lorsque l'hypertrophie de la muqueuse des cornets venait diminuer encore le passage. Aussi ne tarda-t-on pas à y renoncer et à chercher à atteindre les tumeurs par la voie buccale.

On peut y parvenir de trois manières différentes : 1° par l'écrasement; 2° par la cautérisation; 3° par la section et l'ablation.

1° *Écrasement.* — C'est Guye (d'Amsterdam) qui préconisa ce procédé : il consiste à introduire le doigt dans le pharynx de la façon que nous avons décrite pour l'exploration et à écraser, à dilacérer avec l'ongle les végétations. Il a même proposé d'armer le doigt d'un ongle métallique destiné à augmenter la puissance de destruction. Capart (de Bruxelles) a fait construire un instrument de ce genre muni d'une cuiller tranchante sur ses bords.

Disons que de tous les procédés, il n'y en a pas de pire. Outre que l'on parvient rarement à enlever ainsi toutes les végétations, qu'il est extrêmement pénible à supporter, il expose plus qu'aucun autre aux dangers d'une suppuration qui peut s'étendre à l'oreille moyenne, grâce à l'infection produite par les germes contenus dans la rainure de l'ongle ou sur le doigt.

2° *Cautérisation.* — Nous ne parlerons que pour mémoire des agents chimiques qui peuvent, à l'aide d'instruments à courbure spéciale, être portés jusque dans le pharynx nasal. Il est bien rare que le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, l'acide chromique puissent détruire les tissus hypertrophiés. Les seuls bénéfices qu'on en tire dans quelques cas sont la cautérisation en surface de points enflammés, et la cessation momentanée des accidents. C'est là un moyen palliatif.

Les partisans du galvanocautère et de l'électrolyse ont une autre prétention. Ils espèrent, par des applications successives, arriver à détruire et à faire disparaître les végétations adénoïdes, comme on détruit aujourd'hui les amygdales hypertrophiées. On se sert à cet effet de cautères recourbés que l'on introduit en arrière du voile du palais; si le malade est docile, on peut guider la pointe de son instrument dans le miroir rhinoscopique et arriver à cautériser successivement les points les plus hypertrophiés. En répétant les séances à des intervalles plus ou moins éloignés, on assiste à la rétraction cicatricielle de la tumeur et à la disparition des accidents. Mais cette méthode n'est pas toujours facile à appliquer; elle nécessite, je dirais presque la complicité du patient et, si certains auteurs lui accordent le mérite de la sûreté, ils ne peuvent lui trouver celui de la rapidité, à cause des longs intervalles que l'on doit mettre entre les séances d'une part, et de la lenteur de la rétraction des tissus d'autre part. Aussi ses partisans pensent-ils qu'elle est surtout utile après les opérations radicales pour détruire les quelques vestiges de tissu qui auraient échappé.

L'électrolyse a été conseillée par Garrigou-Desarênes (1) et cet auteur déclare en avoir obtenu quelques bons résultats.

(1) Garrigou-Désarènes. *Catarrhe chronique des fosses nasales, etc.; traitement par la galvanocaustique chimique*, 1888.

3° *Section et ablation.* — « La série des instruments qu'on emploie encore aujourd'hui pour opérer les végétations adénoïdes forme un magnifique arsenal. Chacun d'eux a ses partisans, mais on peut dire qu'on est à même d'atteindre avec tous le but qu'on se propose. C'est l'habitude et la pratique qu'on possède d'un instrument qui font qu'on le préfère (1). » Ces nombreux instruments, chaque jour perfectionnés ou simplement modifiés par les opérateurs, sont de deux ordres, ceux qui agissent comme des curettes ou des grattoirs et ceux qui agissent comme des pinces.

La curette simple, tranchante sur ses bords, analogue à celle dont on se sert pour gratter les abcès froids en chirurgie générale, mais montée sur un manche à courbure spéciale, permet, lorsque le tissu adénoïde est étalé sur la voûte basilaire, de l'enlever par un mouvement de grattage, mais, dans bien des cas, ce mode opératoire est insuffisant, douloureux, et nécessite un grand nombre de séances.

Un autre instrument de ce genre est le couteau annulaire de Gottstein, modifié par Beehag et par M. Chatellier. En principe, il se compose d'un anneau ovale à tranchant tourné en dedans comme celui de la bague médiane d'un amygdalotome, qu'on aurait coudé sur le plat. La partie coudée de l'instrument est introduite en arrière du voile du palais, portée directement en haut, de façon à engager dans son orifice tout ou partie de la végétation. Cela fait, par un mouvement de bascule, on cherche à la dégager d'avant en arrière et de haut en bas. L'anse tranchante parcourt ainsi, en la grattant, toute la longueur de l'apophyse basilaire et sectionne les tissus qui se sont engagés dans sa boucle.

Ce couteau de Gottstein, qui peut rendre de grands services, lorsque la végétation est médiane et bien proéminente, ne donne pas les mêmes résultats quand la tumeur est en nappe et s'étend sur toute la voûte du pharynx.

Les pinces présentent cet avantage de pouvoir être employées dans tous les cas. Connues sous les noms de pinces de Lœwenberg, de Woakes, d'adénotome de Delstanche, elles présentent entre elles des différences dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer, nous contentant de décrire l'économie générale de l'instrument.

Ce sont des pinces à longues branches, dont la portion terminale est coudée de façon à ce que les mors puissent être introduits en arrière du voile du palais, et que leur direction soit perpendiculaire avec celle des branches. Les mors se composent de deux curettes, fenêtrées (Delstanche) ou non, qui viennent s'affronter et dont les bords sont tranchants en haut et en arrière, l'instrument étant en place, mousses en avant pour ne pas couper la cloison, si on venait à la toucher. On les introduit fermées et on cherche en les ouvrant à saisir et à couper les végétations qui viennent s'engager entre les deux curettes. Cette manœuvre doit être répétée plusieurs fois, jusqu'à ce que la cavité du pharynx soit absolument libre.

Plusieurs séances sont le plus souvent nécessaires et c'est là le seul inconvénient de ce procédé.

On a songé à y remédier et à faire en une seule fois un curage complet à l'aide du chloroforme. M. Calmettes (2) a donné la technique de cette opération vraiment curative et radicale. On sait combien les enfants supportent facilement le chloroforme, quelques inhalations produisent chez eux une anesthésie suffisante, pendant la durée de laquelle on peut guider pour ainsi dire la pince sur le doigt et ne s'arrêter que lorsqu'on perçoit la dureté normale de la voûte basilaire, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a plus en aucun point de tissu adénoïde. Les suites sont toujours des plus simples et, bien que l'enfant perde une certaine quantité de sang, il ne tarde pas à se remettre et on évite ainsi les séances répétées auxquelles le petit malade ne se prête pas toujours volontiers.

Ajoutons qu'il sera utile de suivre les enfants opérés, de surveiller leur gorge et surtout leur audition, etc.; nous ne saurions insister sans dépasser les limites d'une Revue où nous avons eu surtout pour but de mettre en relief les principaux points de l'histoire des végétations adénoïdes.

(1) Moldenhauer. *Maladies du nez*, trad. Potiquet, 1888.
(2) Calmettes. *Gazette médicale*, juin 1887.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Delorme.

Sur un mode de traitement de certains rétrécissements cicatriciels de l'urèthre (procédé de restauration autoplastique).

J'ai utilisé, il y a deux mois, un procédé de restauration autoplastique de l'urèthre, comme traitement d'un rétrécissement cicatriciel traumatique, sur un blessé chez lequel on avait en vain employé tous les modes de traitement usuels : la dilatation simple, la dilatation forcée, la divulsion, l'uréthrotomie externe, l'uréthrotomie interne, l'électrolyse (1). Bien que le résultat n'ait pas répondu à mon attente, j'ai cru devoir publier la relation de cette observation, pour engager à faire d'autres tentatives dans cette voie qu'on a peu suivie, si tant est qu'on s'y soit engagé.

Je résumerai d'abord l'histoire intéressante du blessé, puis je décrirai le mode opératoire suivi.

Observation. — M. A..., militaire réformé, de Cournon (Puy-de-Dôme), fit, en août 1872, une chute sur le périnée. Il tomba de sa hauteur, à califourchon, sur un bas-flanc d'écurie. Il en résulta une rupture de l'urèthre sans déchirure de la peau. Le blessé ressentit peu de douleurs au moment de l'accident. Il rendit sur-le-champ du sang par la verge en assez grande quantité, mais ne put uriner. A l'hôpital d'Abbeville où on le transporta le lendemain de l'accident, on le sonda. La sonde, au dire du blessé, butta, s'arrêta un instant contre la déchirure uréthrale, puis passa.

On la laissa à demeure vingt-quatre heures, mais le blessé ayant présenté une fièvre intense, on enleva la sonde et on fit le cathétérisme de la vessie trois fois par jour. Tout alla assez bien pendant dix jours, mais, le onzième, A... éprouva de la rétention d'urine. On essaya en vain de le sonder et à la suite d'efforts de miction, il se développa à la partie postéro-interne de la cuisse gauche une tumeur, une poche urineuse qui s'ouvrit d'elle-même huit à dix jours plus tard et qui fut suivie de la formation d'une fistule, par laquelle passa d'abord toute l'urine. Quelque temps après, une deuxième, puis une troisième fistule se formèrent. Quatre mois plus tard, il fut pris, à son dire, d'un érysipèle qui, de la fesse gauche, s'étendit jusqu'à l'épaule droite. Pendant tout ce temps la miction était plus ou moins difficile et le cathétérisme pénible.

En 1873, il entre dans le service de M. le professeur Gaujot, au Val-de-Grâce. On constate alors une induration périnéale très étendue, la persistance des trois fistules par lesquelles l'urine s'écoule en totalité ou en partie, suivant les jours.

(1) Ne pas confondre l'électrolyse de 1873 et de 1879, avec le procédé d'*électrolyse linéaire* de M. le docteur Fort, dont nous avons déjà publié plusieurs observations. (*Note de la rédaction.*)

Le cathétérisme avec des bougies fines est difficile, les bougies s'arrêtent au niveau des orifices internes des fistules. En raison des difficultés de ce cathétérisme, des douleurs qu'il provoque, du peu de résultat qu'il donne, M. le professeur Gaujot se décide à détruire ce rétrécissement par l'électrolyse.

La séance dura dix minutes et on employa 12 puis 18 éléments de la pile de Gaiffe.

Le résultat, au point de vue de la miction, fut immédiatement satisfaisant. Celle-ci devint facile, non douloureuse, mais l'opération fut suivie d'une inflammation périnéale vive, de nouveaux abcès se formèrent, l'état du blessé devenait alarmant. M. le professeur Gaujot (nous dit l'observation recueillie par un élève du service et précieusement conservée par le blessé) pratique alors une uréthrotomie externe (août 1873).

Cette opération fut suivie d'une réaction intense, la température monta à 40 degrés, mais bientôt les accidents généraux s'amendèrent. Quant à la plaie, elle se cicatrisa régulièrement; l'induration des tissus du périnée diminua assez vite, mais après dix-huit mois de séjour à l'hôpital, il persistait encore deux trajets fistuleux, qui, il est vrai, ne laissaient pas passer d'urine.

L'état du blessé fut jugé assez satisfaisant alors pour qu'il pût être renvoyé à son corps à Saint-Omer.

Les fatigues du voyage amenèrent une aggravation subite de son état. Les fistules suppurèrent abondamment; l'une d'elles donna, à nouveau, passage à l'urine; le cathétérisme devint difficile, il provoqua une orchite, accident que le blessé avait déjà présenté à plusieurs reprises et qu'il devait encore présenter maintes fois dans la suite de son traitement. Enfin ses fistules se fermèrent et il fut proposé pour un congé de réforme, en décembre 1874.

Pendant quelque temps, il se sonde régulièrement, mais la miction reste difficile, des poussées d'orchite le forcent plusieurs fois à interrompre les cathétérismes, le rétrécissement devient alors presque infranchissable, des abcès périnéaux surviennent.

En mars 1876, il se fait admettre dans le service de M. le docteur Fleury (de Clermont). Là, il subit l'uréthrotomie interne qui n'amène qu'une amélioration passagère : c'était à prévoir.

Deux mois après, on pratique la dilatation forcée à l'aide d'un divulseur; un mois et demi après la dilatation forcée, nouvelle uréthrotomie interne.

L'état du blessé reste toujours le même. Le cathétérisme est toujours difficile, douloureux; le moindre excès, une fatigue, le froid, augmentent le degré de striction du rétrécissement, au point de le rendre presque infranchissable.

A... revient à Paris en août 1878. Il travaille à Bercy comme homme de peine et se sonde lui-même. A la suite d'un cathétérisme, il est à nouveau pris d'orchite, cesse de se sonder, éprouve des difficultés considérables pour évacuer son urine, tombe en syncope dans une pissotière en cherchant à satisfaire un besoin impérieux d'uriner et se fait réadmettre au Val-de-Grâce.

J'abrège cette observation, déjà bien longue quoique intéressante. M. Gaujot revient aux cathétérismes journaliers ou fréquents; il essaye la dilatation progressive, mais dès qu'il augmente un peu rapidement le numéro des bougies, que le blessé les garde quelques heures, souvent sans cause connue, ce dernier éprouve des douleurs, la miction devient difficile, les testicules se prennent à plusieurs reprises, et, après quelques jours de repos, le rétrécissement redevient encore difficilement franchissable, et on perd ce qu'on a gagné.

A cette époque, la miction éveillait des douleurs dans la région périnéale; celle-ci était, en général, difficile, moins quand la vessie était restée un peu distendue. On constatait qu'en arrière du rétrécissement, portant surtout dans la région membraneuse, le canal de l'urèthre était dilaté. Le blessé, pour ne pas mouiller ses habits, était obligé, à la fin de l'urination, de comprimer la poche uréthrale pour la vider de l'urine qu'elle contenait; les efforts de défécation faisaient parfois sortir du sang par l'urèthre. Cependant l'état général restait satisfaisant; ni la vessie ni les reins ne semblaient malades.

En juin 1879, à la suite d'une nouvelle poussée inflammatoire du côté du périnée, d'hématuries assez abondantes survenant surtout pendant les efforts de défécation, M. le professeur Gaujot revient à l'électrolyse. La séance dura trois quarts d'heure et on employa 20 éléments. Elle fut suivie d'accidents locaux et généraux graves, de fièvre très intense (40°), d'un état gastrique très accusé, d'un gonflement très douloureux de la prostate, de rétention d'urine, de ténesme rectal.

Le cathétérisme était si douloureux qu'il dut être abandonné pendant quinze jours. Au bout de ce temps, on revint au cathétérisme quotidien, à la dilatation progressive, mais dès qu'on se servait de bougies autres que celles des numéros faibles, la fièvre reparaissait, la miction devenait difficile, et parfois des poussées d'orchite se montrèrent. Signalons l'issue par l'anus de pus mélangé aux matières fécales (janvier 1880).

Le blessé sort du Val-de-Grâce dans le courant de 1880, il reprend son métier d'homme de peine à Bercy, mais bientôt, à la suite d'une syncope survenue dans une pissotière en cherchant à uriner, il entre dans le service du professeur Gosselin à la Charité.

Là on s'adresse à la dilatation progressive et à la divulsion, laquelle est encore suivie d'une orchite et d'une réaction générale et locale. A... retourne dans son pays, se sonde lui-même, réclame au moins tous les huit jours l'assistance d'un médecin, quand, sous l'influence de causes banales, la miction devient difficile et le rétrécissement difficilement franchissable, puis, à la fin de 1888, il sollicite une nouvelle entrée au Val-de-Grâce.

Il est soumis par moi, pendant quelques mois, à des cathétérismes fréquents, avec des bougies de petit calibre, je ne dis pas à des tentatives de dilatation, car je n'ai jamais pu dépasser les petits numéros de la filière. Le passage de la bougie donne la sensation de surfaces irrégulières, très dures, répondant surtout à la région membraneuse. La prostate est un peu volumineuse et légèrement douloureuse au toucher rectal et au cathétérisme. Le périnée est souple, excepté sur la ligne médiane, où l'on trouve une masse dure. Il est sillonné de grandes cicatrices, vestiges des incisions qui ont donné issue au pus des abcès, et de celles de l'uréthrotomie externe. Le blessé ne se plaint ni des reins, ni de la vessie, cependant les urines sont muco-purulentes.

A quel traitement devais-je le soumettre ? Il avait épuisé tous ceux qu'on emploie contre les rétrécissements les plus rebelles. Il avait subi, sans en tirer le moindre profit, bien plus au prix d'accidents parfois graves, l'électrolyse deux fois, l'uréthrotomie interne deux fois, deux fois la divulsion et l'uréthrotomie externe une fois. La dilatation par les bougies, moyen auquel tous les chirurgiens qui avaient traité ce blessé avaient été forcés d'accorder la préférence, avait été chez lui infidèle, incertaine; assez souvent son emploi avait provoqué des orchites. La situation de cet homme devenait de plus en plus intéressante, et il était évident qu'il fallait chercher pour lui un mode de traitement spécial.

Je m'en préoccupai.

L'ouverture large du rétrécissement par une incision externe devait constituer un premier pas, mais je ne pouvais m'en contenter, car il était certain, sans même invoquer les résultats d'une expérience déjà fournie par le blessé lui-même, qu'après la cicatrisation de la plaie opératoire, la coarctation redeviendrait ce qu'elle était avant l'intervention.

Il fallait empêcher les deux parois de l'urèthre de se réunir directement et, pour cela, je n'avais à ma disposition qu'une ressource, interposer entre elles une surface de tissus assez épaisse et constituée de telle sorte qu'elle ne pût se transformer, au moins en presque totalité, en tissu

dur et rétractile. J'en arrivai à combiner l'uréthrotomie externe et l'autoplastie uréthrale.

Une fois l'idée admise de l'utilité de la combinaison de ces deux opérations, il restait à rechercher le mode d'adoption du lambeau ou des lambeaux près de leurs bords et en différents points de leur surface. Je devais rejeter le lambeau cutané à surface épidermique et pileuse renversée vers l'urèthre.

Restaient : 1° deux lambeaux carrés à base externe enfoncés dans la plaie périnéale, soudés au catgut ou au fil d'argent aux bords de l'urèthre et aux parties molles du trajet périnéal, lambeaux dont j'aurais ultérieurement avivé ou cautérisé les bords supérieurs après adhésion de leurs surfaces; 2° un procédé à un lambeau cutané, replié sur lui-même près de son extrémité, de façon à s'accoler par ses surfaces épidermiques et à présenter à l'intérieur sa surface cruentée qui devait être mise en rapport avec toute l'étendue de la plaie périnéo-uréthrale. Le rebord, la coudure du lambeau devait correspondre au canal, à la reconstitution duquel il prendrait part, et j'étais autorisé à supposer que, s'il ne partageait pas la tendance qu'ont les surfaces cruentées mises au contact des muqueuses à se recouvrir d'un épithélium, le tissu de cicatrice qu'il fournirait n'aurait pas certainement le degré de dureté et de rétractilité du tissu de cicatrice du rétrécissement. En le doublant, je lui donnais une résistance suffisante.

Je m'arrêtai à ce dernier mode opératoire. Mais le contact incessant de l'urine constituait une condition défavorable pour la reprise du lambeau, il fallait la dériver. Toute l'étendue de la région membraneuse devait être occupée par mon lambeau. Je n'y pouvais engager ma sonde à demeure. Je pensai débrider la prostate sur la ligne médiane et placer ma sonde dans la portion prostatique du canal un peu agrandie. J'augurai trop favorablement de cette dérivation. L'opération fut répétée sur le cadavre. Elle me donna un résultat immédiat satisfaisant.

Je la pratiquai sur mon blessé, le 30 mars, en présence de MM. les aides-majors stagiaires du Val-de-Grâce et avec l'assistance de mon collègue, M. Moty. Précaution préliminaire : purgatifs la veille de l'opération.

Opération. — Après avoir introduit à travers le rétrécissement, grâce à une bougie conductrice, un conducteur cannelé de M. Maisonneuve, qu'un aide tint exactement sur la ligne médiane, je taillai à 1 centimètre en avant de l'anus, un lambeau rectangulaire de 8 à 9 centimètres d'étendue et de 4 centimètres de hauteur. Sa base répondait au côté droit du périnée à un travers de doigt de la ligne médiane. Il était sillonné par quelques tractus cicatriciels. Ce lambeau cutané disséqué, je fis une uréthrotomie externe. J'incisai le tissu cellulaire sur la ligne médiane dans l'étendue de la surface cruentée laissée par la dissection du lambeau, puis les fibres musculaires peu nombreuses et confondues du sphincter anal et du transverse superficiel. Je recherchai en vain le bulbe caverneux remplacé par du tissu fibreux, j'écartai en avant une boule de tissu fibreux qui semblait remplacer le bulbe ; de deux coups de doigt transversalement dirigés, je dégageai la face antérieure du rectum pour me donner du jour et me permettre de bien découvrir le bec de la prostate. J'incisai sur la ligne médiane les fibres du transverse profond nettement visibles, puis j'aperçus le canal de l'urèthre gros presque comme le petit doigt, irrégulier de forme, très dur, un peu déjeté à droite. Par des sections successives à travers son tissu cicatriciel criant sous le bistouri, j'arrivai à me rapprocher assez de mon cathéter pour en sentir la cannelure. Je mis l'ongle de mon index en rapport avec elle ; avec prudence, je cherchai avec la pointe de l'instrument cette cannelure, et quand, par la difficulté que j'éprouvais à déplacer cette pointe latéralement, je me fus bien rendue compte que l'instrument y était bien engagé, j'incisai la région membraneuse et une partie de la prostate.

Les artères transverses qui donnaient assez abondamment furent pincées, mais les vaisseaux de la prostate, hypertrophiés chez cet homme (dont le système veineux périnéal était aussi anomalement développé comme je l'ai dit), continuèrent à donner du sang dont je ne pouvais reconnaître la source. Avec une petite éponge montée introduite à travers l'incision prostatique, je tamponnai et j'attendis un peu.

Quand l'écoulement du sang fut, non arrêté, mais très diminué et que je distinguai très nettement dans la plaie les deux lèvres de l'urèthre, je procédai à l'adaptation du lambeau cutané.

Je repliai, doublai son extrémité dans l'étendue de 3 centimètres, de façon à accoler les surfaces épidermiques ; je réunis par des sutures au catgut (trois de chaque côté) les bords des parties doublées, en plaçant ces sutures de façon à renverser un peu les bords pour qu'ils se correspondent par une surface cruentée, et quand j'eus obtenu un lambeau formant comme l'extrémité d'un doigt de gant à surface cruentée extérieure, je passai à travers l'épaisseur de l'urèthre une anse de fil d'argent à la limite antérieure et postérieure de chaque bord uréthral, laquelle anse traversa chacun des bords antérieur et postérieur du lambeau doublé. Les fils furent tordus. Chaque paroi du lambeau était donc assujettie isolément à une paroi uréthrale et, du même coup, tout le lambeau était bien fixé. Pour assurer l'affrontement du reste de la surface du lambeau avec le canal périnéal, j'insinuai une petite éponge dans le cul-de-sac qu'il formait.

Le lambeau fixé, restait à combler la perte de substance laissée par sa dissection. Il me suffit de faire une incision longitudinale à la limite externe de la surface cruentée de cette perte de substance pour permettre le rapprochement des bords de la peau que je suturai au crin de Florence. Je suturai également au crin de Florence les bords du lambeau replié avec la peau voisine et j'obtins comme résultat immédiat un infundibulum placé au-devant de l'anus et séparé de lui par un canal conduisant à travers la partie antérieure de la prostate jusque dans la vessie.

J'enlevai la petite éponge engagée dans le canal. Le sang continuant à couler, je fis un pansement très compressif et, deux heures après, je levai ce pansement. Le sang était arrêté. J'engageai alors une sonde en caoutchouc dans le canal prostatique et la laissai à demeure, j'appliquai des compresses phéniquées sur les plaies, des éponges fixées par des nouvelles compresses, elles-mêmes recouvertes de tourbe, et fixai le tout par des bandes. Les membres inférieurs furent maintenus rapprochés par des bandes.

Potion opiacée : 40 gouttes de laudanum. Les suites immédiates furent des plus simples. La température, chez ce blessé pourtant si sensible aux interventions chirurgicales, n'atteignait que 37 degrés, le soir de l'opération, et pendant toute la durée du traitement elle ne dépassa pas 37°5. L'appétit fut conservé ; il n'éprouva aucune douleur locale, et, jusqu'au quatrième jour, le lambeau paraissait très sain,

les plaies linéaires restaient très sèches et l'urine s'écoulait par la sonde sans souiller le champ opératoire. J'espérais un succès complet. Mais sous l'influence des mouvements que le blessé fit dans son lit, le tube siphon uréthral se déplaça, l'urine infiltra tout le pansement; le même accident se renouvela souvent les jours suivants. Probablement sous cette influence, ou à cause d'une coudure du tube siphon, coudure qui en amena l'oblitération passagère, l'urine chassée par la vessie distendue sortit même le sixième jour par la verge. Le huitième jour, quelques gouttes de pus, indice d'une suppuration du lambeau, venaient sourdre par le méat, et le douzième jour, je constatais que toute la portion repliée du lambeau s'était mortifiée. J'en extrayais des fragments nécrosés par la plaie. M... se trouvait à peu près dans les conditions d'un blessé qui a subi une uréthrotomie externe avec cette différence, représentant pour lui un avantage, que toute une paroi du canal périnéal était tapissée d'une couche épidermique, ce qui allait amener la formation d'un raphé moins résistant, et diminuer d'autant la hauteur et la rétractilité de la cicatrice. La surface cruentée, qui était en contact avec la surface épidermique de mon lambeau, s'est cicatrisée en partie, isolément. Actuellement, on passe aisément le n° 18 de la filière Charrière.

En présence de cet insuccès dont la cause, pour moi, doit être rattachée au contact de l'urine avec le lambeau, je me demande si, en pareil cas, il ne serait pas préférable de déverser l'urine par un siphon hypogastrique? On pourrait alors conduire à guérison la plaie sans qu'elle pût être souillée. Peut-être aussi, n'ai-je pas assez multiplié les points de suture du lambeau? Il eût été également préférable, quand le lambeau, comme chez notre blessé, est parcouru par du tissu de cicatrice, de faire deux lambeaux à base externe, par le procédé que j'ai indiqué, et d'attendre leur accolement au canal périnéal avant de les réunir sur la ligne médiane. Ces lambeaux moins étendus et non repliés seraient d'une reprise plus facile.

Ce sont là des données dont une expérience nouvelle pourrait seule préciser la valeur, et que j'utiliserais moi-même si d'autres blessés de la même catégorie se présentaient à moi, car un insuccès dont on a bien saisi les causes ne saurait détourner de l'application d'un procédé opératoire rationnel, surtout quand il s'agit d'hommes qui ont épuisé et défié les ressources ordinaires de la thérapeutique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Concours pour l'éloge du professeur Bouisson

Mme veuve Bouisson s'étant départie de la jouissance d'un legs de 100 000 francs, fait par le professeur Bouisson à la Faculté de médecine de Montpellier, mais à la condition que les deux premières annuités de la rente de ladite somme serviraient à couronner les deux meilleurs travaux *Sur la Vie et les Œuvres de M. Bouisson*, la Faculté a pris la délibération suivante :

Article premier. — Un concours est ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, ayant pour objet une étude *Sur la Vie et les Œuvres de M. Bouisson.*

Art. 2. — Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine.

Art. 3. — Deux prix sont institués pour la récompense des lauréats : le premier de 6 000 francs ; le second de 4 000 francs.

Art. 4. — Le concours sera clos le 1er avril 1890, et les manuscrits destinés au concours seront adressés avant cette date, terme de rigueur, à M. le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Art. 5. — Les manuscrits seront rédigés en langue française, ne porteront ni signature ni aucun autre indice personnel, et seront simplement accompagnés d'une épigraphe qui sera reproduite sur un pli cacheté renfermant les noms et adresse de l'auteur.

Art. 6. — Dès la clôture du concours, M. le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier convoquera le conseil à l'effet de nommer une commission qui sera chargée d'examiner les manuscrits et de rédiger un rapport sur leur mérite respectif. Ce rapport sera lu dans une nouvelle séance, et le Conseil décernera alors les prix au scrutin secret.

Art. 7. — Les manuscrits non couronnés ne seront pas rendus, et les plis cachetés qui les accompagneront ne seront ouverts que sur la demande des auteurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours d'agrégation (physique, chimie et pharmacie). — Ce concours s'est terminé jeudi soir, par les nominations suivantes :

Faculté de Paris. — MM. Weiss (physique); Fauconnier (chimie).

Faculté de Bordeaux. — MM. Denigèze (chimie); Barthe (pharmacie).

Faculté de Montpellier. — M. Lecercle (physique).

— *Concours du prosectorat.* — L'épreuve d'anatomie descriptive a eu lieu le mercredi 12 juin. La question donnée était : « Les lèvres, orifice buccal. »

— *Hôpitaux d'Amiens.* — Par suite du décès de M. le docteur Peulevé, les mutations suivantes ont lieu dans les services des hôpitaux d'Amiens.

M. Bax est nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Peulevé.

M. Huber est nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Bax.

M. Dhourdin est nommé chirurgien de la Maternité et médecin du service des enfants, en remplacement de M. Huber.

M. du Roselle est nommé suppléant des services de chirurgie de la Maternité et de l'Hôtel-Dieu.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les élèves de première année qui désirent subir le premier examen de doctorat, avant les vacances, devront consigner les mercredi 19 et jeudi 20 juin. Ils prendront leur quatrième inscription du 26 au 29 juin inclus et seront appelés à subir leur examen à partir du 1er juillet. Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre.

Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année ; ils consigneront en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription. Ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté.

En cas d'ajournement au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de première année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 14 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 7 ou le mardi 8 octobre 1889, dernier délai. Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet 1889.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 14 octobre 1889. — MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'officiat, devront se faire inscrire avant les vacances, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine. — A cet effet, le bureau du chef de matériel sera ouvert tous les jours de midi à quatre heures pendant la période des examens.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation, le

dimanche 16 juin, à Fontainebleau. Départ de Paris, gare de Lyon, à sept heures trente. Retour à Paris vers dix heures.

— M. Stanislas Meunier fera une excursion géologique publique, le dimanche 16 juin 1889, à Sarron, Pont, Fleurines et Creil. — Rendez-vous à la gare du Nord, où l'on prendra, à six heures précises, le train pour Pont-Sainte-Maxence. On sera rentré à Paris à quatre heures cinquante-sept ou sept heures huit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

99

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude ...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................... 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » — sesqui-oxyde de fer; — de chaux; Chlorure de sodium; Matières organiques 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

60

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

36

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

J. Laroche

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge et phies.

38

PHTHISIE, BRONCHITES
ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF
PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

52

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS. — DIGESTIONS DIFFICILES. — DYSPEPSIE. | LIENTÉRIE. — GASTRALGIE. — GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES :
Pancréatine Defresne : en poudre, 4 gr. 2 à 4 cuillerées.
Pilules digestives Defresne. . . . . 3 à 5 pilules

Élixir et Sirop.

Dépôt : 2, rue des Lombards et ttes pharmacies.
Defresne, auteur de la Peptone pancréatique.

47

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire

Dose: Un petit verre après les principaux repas.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

66

EAUX MINÉRALES DE ST-GERVAIS

(HAUTE-SAVOIE)

Deux sources thermales chlorurées sulfatées. Une source chlorurée sodique sulfureuse.

Traitement de l'**eczéma,** de l'**urticaire,** du **psoriasis,** du **lichen,** de l'**acné,** de la **séborrhée.**

Les sources salines, chlorurées sulfatées, conviennent aussi pour le traitement de toutes les manifestations abarticulaires de la **goutte** et du **rhumatisme** et pour celui des maladies de l'**utérus** et de la **vessie.**

Grand établissement thermal. — Grand hôtel très confortable.

10 à 15 fr. par jour; ce prix comprend logement, nourriture et usage des eaux.

LA STATION THERMALE EST A **2** H. DE CHAMONIX.

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

41

Véritable ferrugineux assimilable.

PEPTONATE DE FER ROBIN

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS
Présenté à l'Académie par Berthelot.

Chloro-anémie, dyspepsie, lymphatisme, affections utérines, Diabète. — 10 à 20 **gouttes** pr repas.
VIN ROBIN, 1 cuillerée par repas.
DRAGÉES, 2 à 3 par repas.
Phie Robin, Bourges, et ttes phies. — Echant. fo.

18

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent, même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

91

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes,* on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne.**

Verne, Grenoble, et phies, France et étranger.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.
Vente en gros : Chez tous les droguistes.

91

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* et *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.
EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05; Citr. de fer amm., 0,10.

Indications : **Chlorose des jeunes** filles, anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, *Place Vendôme*, Paris. G. Mannet

67

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**

L. Pautauberge, 22, rue Jules-César, Paris.

96

MÉDAILLE D'OR, PARIS 1888

VIN GUÉRIN

PEPSI-PHOSPHATÉ,

Digestif, Reconstituant, Ferments physiologiques, Amers, Analeptiques.

Convalescences, Anémie, Palpitations Dyspepsies, Anorexie, Débilité

1 verre à madère avant le repas. Envoi fo d'échns.

PRIX : **4** FRANCS

Dépôt général : Trapenard, phen, 35, rue des Dames, Paris, et toutes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, 17 juin 1889.

L'HYGIÈNE DANS L'ARMÉE

Rapport au Président de la République française.

Monsieur le président,

L'hygiène de l'armée a fait depuis plusieurs années, grâce à la sollicitude de mes prédécesseurs et aux travaux du corps de santé, de très notables progrès. La mortalité militaire en temps de paix, qui était en 1870 de 12 p. 1000, s'est abaissée au-dessous de 8 p. 1000. Ce chiffre est encore trop considérable et pourra être, j'en ai le ferme espoir, sensiblement réduit. Les causes qui portent atteinte à la santé des troupes sont, en effet, aujourd'hui trop connues pour qu'il ne soit pas permis d'en restreindre l'action dans une large mesure. Déjà mes prédécesseurs ont obtenu beaucoup à cet égard. Je viens, à mon tour, essayer de diminuer le mal, en m'appuyant sur les données les plus récentes de la science.

La maladie qui fait les plus grands ravages parmi la troupe est la fièvre typhoïde. En treize ans, de 1875 à 1887, elle a atteint 141 648 hommes et entraîné 21 116 décès. Pendant cette même période elle n'enlevait à la population civile qu'une proportion environ sept fois moindre, malgré les conditions défavorables dans lesquelles vit une partie de cette population. L'excès de la mortalité chez la troupe tient évidemment au rassemblement, qui rend la contagion plus facile, et aussi, il faut bien le dire, à des conditions défectueuses d'installation auxquelles l'administration peut et doit porter remède. Les dépenses qui en résulteront seront volontiers autorisées par les Chambres, qui n'ont jamais reculé devant aucun sacrifice pour le bien de l'armée.

Les circonstances qui amènent l'éclosion et favorisent le développement de la fièvre typhoïde ont été, par suite des recherches faites en France et à l'étranger, nettement déterminées. Ce sont principalement : la mauvaise qualité des eaux d'alimentation, la contamination du sol par les égouts, les fosses d'aisances et autres dépôts de matières putrescibles, et, enfin, la mauvaise installation des cabinets d'aisances.

Dès mon arrivée au ministère, j'ai tenu à me rendre compte de l'influence de ces divers éléments.

J'ai adressé, le 13 mai 1888, aux directeurs du service de santé dans les corps d'armée, une circulaire leur prescrivant d'établir, par des renseignements précis et authentiques, une relation exacte entre la situation à ces divers points de vue et les épidémies typhoïdiques constatées depuis un certain nombre d'années. Je leur ai demandé, surtout, de faire une analyse chimique et bactériologique des eaux servant à l'alimentation. Il leur était prescrit de fournir pour chaque casernement un certificat attestant la bonne qualité de l'eau ou un rapport indiquant ses défauts et suggérant les moyens de les corriger, soit par l'adduction d'eau de sources, soit par l'emploi de procédés de filtrage perfectionnés.

Cette vaste enquête, dirigée par M. le médecin inspecteur Dujardin-Beaumetz, a réussi au delà de toute espérance. Tous les membres du corps de santé ont rivalisé de zèle, et plusieurs ont produit des rapports qui sont de véritables monuments scientifiques. En même temps, des échantillons d'eaux, empruntés à nos divers établissements militaires, depuis les vastes casernes de Paris jusqu'aux forts perdus dans les montagnes, ont été centralisés au Val-de-Grâce et dans quelques grandes villes, et analysés d'après les méthodes les plus récentes.

La série des analyses surtout faite au laboratoire du Val-de-Grâce constitue l'ensemble le plus instructif peut-être et le plus complet qui ait été dressé jusqu'à ce jour sur la qualité des eaux potables. Elle nous a permis de classer nos établissements en trois catégories :

1° Ceux qui reçoivent des eaux reconnues bonnes, quelle que soit leur provenance, pour les usages domestiques ;

2° Ceux qui emploient des eaux naturellement défectueuses, mais dont la qualité paraît avoir été suffisamment améliorée par le filtrage;

3° Ceux qui consomment des eaux mauvaises à des degrés divers.

C'est pour ces derniers particulièrement que les analyses du Val-de-Grâce ont fourni des résultats intéressants et, en bien des cas, affligeants. Les méthodes bactériologiques ont permis de constater que ces eaux renferment toujours des quantités considérables de microbes nuisibles, et fréquemment le bacille de la fièvre typhoïde en proportion menaçante. On a pu presque suivre l'histoire de la fièvre typhoïde dans nos établissements, d'après la classification des eaux alimentaires.

En même temps, ces travaux mettaient en évidence un fait que les hygiénistes avaient depuis plusieurs années affirmé : c'est que rien ne vaut la bonne eau de source naturelle ; c'est qu'aucun procédé de purification ne saurait y suppléer; c'est que les cours d'eau qui ont circulé à travers les centres populeux ou les établissements industriels sont toujours pollués et que les puits sont rarement dans de bonnes conditions de salubrité.

La première conclusion pratique qui s'imposait était de mettre les établissements militaires en communication avec les distributions d'eaux publiques, partout où les villes avaient réussi à se pourvoir d'eau de source. Grâce aux fonds spéciaux qui ont été attribués à l'amélioration des casernements dans le budget extraordinaire de 1889, des travaux d'adduction ont pu être immédiatement entrepris dans 39 villes de garnison; ils seront terminés dans le courant de la présente année. A Paris, depuis le mois de mars, par suite d'une convention passée l'automne dernier avec la municipalité, tous les établissements militaires reçoivent l'eau de la Dhuys ou de la Vanne. Il y a lieu dès lors d'espérer qu'on y observera le même phénomène consolant qu'à la caserne des sapeurs pompiers qui, mise antérieurement en possession d'eau de source, a vu alors tout d'un coup les ravages de la fièvre typhoïde y diminuer dans la proportion des cinq huitièmes.

Dans les localités, malheureusement encore trop nombreuses, où la population civile ne jouit pas d'une distribution d'eau pure, il a fallu recourir provisoirement aux procédés de filtrage qui, s'ils ne font pas disparaître complètement le mal, peuvent du moins, quand ils sont bien dirigés, l'atténuer dans une large proportion.

Une décision ministérielle en date du 20 septembre 1888 a institué à Paris, à Lille, à Lyon, à Montpellier et à Bordeaux, des commissions médicales pour l'examen des différents systèmes de filtrage, à l'effet de déterminer celui ou ceux qu'il conviendra d'adopter à l'exclusion de tous les autres.

Il ne suffit pas, en effet, comme on s'en est généralement contenté jusqu'ici, que l'eau soit clarifiée; la bactériologie a démontré qu'une eau limpide pouvait contenir les germes vivants les plus redoutables pour l'organisme, comme la chimie avait fait voir qu'elle pouvait recéler les poisons les plus actifs. Sans doute on ne peut exiger qu'un filtre donne une eau absolument pure, puisque la meilleure des eaux de source contient elle-même une petite quantité de microbes, d'ailleurs inoffensifs ; mais on est en droit de lui demander de débarrasser l'eau de ces bacilles dangereux des principes organiques nuisibles, tout en la laissant fraîche et agréable, et en la procurant en telle abondance que tous les hommes puissent facilement disposer de la quantité dont ils ont besoin, dans le moment où ils ont à en faire simultanément usage.

C'est à élucider ce complexe et difficile problème que les commissions dites « des filtres » ont consacré plusieurs mois de persévérantes expériences, sous la haute direction de M. le médecin inspecteur général L. Colin, président du comité technique de santé.

La commission siégeant à Paris a reconnu qu'aucun des appareils proposés ne donnait une sécurité absolue ; mais que certains d'entre eux toutefois, avec des soins et des précautions convenables, procuraient des résultats suffisants dans la pratique. Elle a accordé sa préférence à l'un d'eux, dont le seul défaut paraît être de s'encrasser rapidement et de perdre graduellement son débit. La commission s'est appliquée, de concert avec son inventeur, à y remédier et elle a formulé un ensemble de conditions qui permettront d'éviter ces inconvénients.

Des filtres de ce système seront donc installés partout où, l'adduction de l'eau de source étant actuellement impossible, la qualité de l'eau de boisson est défectueuse. Déjà vingt-quatre établissements militaires en sont dotés; des travaux d'exécution sont en cours dans douze grands centres et les études préliminaires se poursuivent dans un grand nombre d'autres. Il y sera pourvu au moyen des crédits que le Parlement a bien voulu mettre à ma disposition. Il est spécifié qu'en dehors de la quantité d'eau à affecter aux services généraux, tels que lavages, blanchissage, irrigation, bains et douches, nettoyage des égouts, les filtres devront assurer à chaque homme un débit journalier de 5 litres, quantité suffisante pour les besoins de l'alimentation. L'entreprise du filtrage a été adjugée pour la garnison de Versailles dans ces conditions. Le filtrage des eaux de Saint-Germain est l'objet d'expériences suivies avec le plus grand soin et entrera bientôt dans la phase pratique.

Partout d'ailleurs où l'analyse bactériologique a fait reconnaître que l'eau était préjudiciable à la santé des hommes, en attendant que des filtres aient pu être installés, son emploi a été interdit et les puits et les pompes ont été mis hors d'état de servir. Là où il n'a pas été possible d'aller au dehors chercher l'eau à une bonne source reconnue pure on a eu recours à l'ébullition pour détruire les germes morbides. Ce moyen n'est, bien entendu, que passager et les plus grands efforts seront faits pour aboutir à des solutions définitives.

En même temps qu'elle procédait à cette enquête générale sur les eaux, la direction du service de santé réunissait des renseignements non moins utiles sur l'état des fosses d'aisances et sur les procédés de vidange, en usage dans nos garnisons. Comme je l'ai dit, la contamination du sol par les fissures des fosses, ainsi que les exhalaisons méphitiques qui se répandent dans l'atmosphère, sont des causes actives de la propagation de la fièvre typhoïde. Presque partout il a été constaté que l'emploi des fosses fixes laisse beaucoup à désirer. Elles restent rarement étanches et les liquides gagnent peu à peu le sol environnant. Quant aux latrines établies sur ces fosses, elles ont généralement un foyer de dégagements infects. On a bien établi des obturateurs automatiques, mais ces appareils sont mis rapidement hors d'usage, soit par la détérioration spontanée de leur mécanisme, soit par l'effet de l'insouciance destructive avec laquelle les hommes procèdent aux corvées journalières de propreté. Si l'on se représente que, dans un très grand nombre de localités en France, la vidange des fosses fixes se fait par des procédés barbares, dont la lenteur et l'imperfection condamnent les habitants à respirer pendant plusieurs nuits consécutives des odeurs détestables, on verra dans cet ensemble une raison décisive de substituer aux fosses fixes le système des tinettes mobiles partout où l'on ne peut établir le « tout à l'égout ».

Déjà le système des tinettes mobiles fonctionne d'une manière avantageuse dans plusieurs corps d'armée. J'ai donné l'ordre de le généraliser et le service du génie poursuit actuellement la transformation des fosses fixes en fosses mobiles avec amélioration des cabinets, dans 189 casernements, hôpitaux ou établissements militaires. La campagne de 1889 verra s'achever tous ces travaux

auxquels a pu être affectée une somme de près de 700000 francs. En outre, près de 100000 francs ont été alloués pour la construction de nouveaux égouts et pour la réfection de ceux qui nécessitaient des réparations urgentes.

Mais ces améliorations, il faut le reconnaître, ne résoudront pas complètement la question de la fièvre typhoïde. L'hygiène des établissements militaires est intimement liée à celle des villes elles-mêmes. Tant que celles-ci ne seront pas mises, par un système de travaux raisonnés, à l'abri du terrible fléau, nos troupes resteront exposées à la contagion. En outre, nous ne pourrons leur assurer, ni pour leur alimentation, ni pour l'évacuation de leurs résidus, des moyens aussi efficaces que ceux que nous offre une bonne distribution d'eau publique et un système d'égouts perfectionné. Aussi M. l'inspecteur général Collin conclut-il rationnellement, avec M. le professeur Brouardel, que l'assainissement des centres urbains, au point de vue notamment de l'extinction de la fièvre typhoïde, est devenu « une œuvre nationale ».

L'exemple du bien que peut réaliser dans l'armée la généralisation d'une mesure prophylactique s'affirme de plus en plus chaque année en ce qui concerne la variole. On voit maintenant, non seulement en France, mais en Algérie, en Tunisie et au Tonkin, l'armée protégée par la stricte application de la revaccination obligatoire et rester indemne au milieu des populations ravagées par cette affreuse maladie. En 1877, le chiffre des varioleux militaires était encore de 1042 ; il est tombé à une moyenne de 242 pendant ces quatre dernières années ; le nombre des décès s'est abaissé de 92 à 16, et encore est-il prouvé que ce sont les réservistes qui ont importé la maladie. Aussi ai-je pensé qu'il y avait un pas de plus à faire, en prévision des manœuvres auxquelles participent la réserve et l'armée territoriale, et surtout en prévision de la mobilisation. Je ne pouvais oublier qu'en 1870-1871, tandis que l'armée allemande, comptant un million d'hommes vaccinés et revaccinés, ne perdait en deux ans que 459 soldats par la variole, notre armée, moins nombreuse, eut de ce chef 23400 décès, que la prévoyante application de la revaccination obligatoire aurait pu épargner à la France. Le nombre des malades qui ont donné ces 23400 décès ne représente-t-il pas une véritable armée qu'on a dû hospitaliser dans les circonstances de guerre les plus pressantes et les plus difficiles ? J'ai donc complètement réorganisé le service de la revaccination. Par décision du 21 novembre 1888, il a été créé dans les grands centres militaires des instituts vaccinogènes destinés à propager exclusivement le vaccin de génisse et à préparer une réserve de vaccin pour le cas de mobilisation. L'obligation réglementaire de la revaccination a été étendue à tous les hommes appelés temporairement sous les drapeaux à un titre quelconque.

Le comité technique de santé a défini les procédés les plus simples et les plus sûrs d'inoculation vaccinale. Telle qu'elle est actuellement pratiquée dans l'armée, la revaccination n'est la source d'aucun danger ni d'aucun dommage pour les réservistes et les territoriaux ; elle est entourée des plus minutieuses précautions, se fait dès l'arrivée au corps et n'amène, même en cas de succès, qu'une incapacité de travail très passagère et insignifiante chez un très petit nombre d'hommes. On ne verra plus, dès lors, se reproduire ces épidémies dont je viens de rappeler les terribles ravages, et la population civile, de son côté, appréciera l'opportunité d'une mesure qui la protège elle-même contre un fléau si redoutable.

Le danger dont les épidémies civiles menacent constamment l'armée est bien plus grave qu'on ne croit généralement et ne se réduit pas à la fièvre typhoïde et à la variole. Plus nous allons, plus certaines manifestations épidémiques sont fréquentes dans les casernements, et ce n'est pas dans l'armée qu'elles prennent naissance. L'appel, toujours renouvelé, des réservistes, des territoriaux, des dispensés, des hommes « à la disposition », apporte incessamment dans les casernes les germes morbides qui existent en permanence dans la population civile de tous les âges. Les épidémies de rougeole, de scarlatine, d'oreillons, de diphthérie, rares autrefois dans la troupe, sont d'une fréquence dont le commandement se préoccupe et s'alarme à juste titre. On ne saurait d'ailleurs méconnaître que les soldats quittant les foyers épidémiques militaires pour se rendre dans leurs familles ne fassent courir à celles-ci les chances de la contagion. Aussi mon département est-il entré en conférence avec celui de l'Intérieur, afin que la protection réciproque des deux populations civile et militaire soit aussi efficace que possible. Dès maintenant les renseignements les plus précis s'échangeront sur place entre les autorités, de manière à ce que les mesures commandées par les circonstances puissent être prises en temps utile.

Les procédés de désinfection sont mis en œuvre par l'administration de la guerre sur la plus large échelle. Partout où se produit un cas isolé de maladie transmissible, la literie du malade, ses vêtements, sa chambre sont immédiatement soumis à l'action des vapeurs sulfureuses ; si les cas de maladie se multiplient, la désinfection est étendue à tout le casernement et aux vêtements de toute nature qui constituent les magasins de compagnie. Le comité de santé étudie en ce moment un procédé au moyen du bi-chlorure de mercure, qui est, on le sait, le désinfectant le plus sûr et le plus actif. L'an dernier, l'hôpital du Val-de-Grâce et les 1er, 6e, 11e et 15e corps ont été dotés de six étuves à vapeur sous pression, qui développent une chaleur de 120 degrés, suffisante pour faire périr tous les germes, sans détériorer les effets eux-mêmes. Plusieurs autres corps d'armée recevront cette année soit ces étuves, soit les appareils qui, figurant à l'Exposition universelle, seront jugés être à la fois les plus simples et les plus économiques, comme les plus efficaces : une commission spéciale est chargée de les signaler à mon administration. Les expériences faites dans le 16e corps sur le blanchissage du linge dans les casernes, celles qui ont été longtemps suivies dans les infirmeries régimentaires, sur l'emploi des lessiveuses, ont été complètement satisfaisantes et ce dernier appareil a été adopté pour le service courant. Les essais qui se continuent sur l'imperméabilisation des planchers dans les chambrées vont permettre de réaliser à peu de frais une amélioration demandée par tous les chefs de corps. Divers moyens d'aération permanente des locaux d'habitation du soldat ont été mis à l'épreuve et la généralisation de ce genre d'appareils n'est retardée que par la question budgétaire.

Enfin les comités du génie et de santé étudient les plans d'ensemble à adopter pour les casernements des différentes armes, pour l'installation des divers services, afin que tous les bâtiments que l'on élèvera désormais répondent aux données les plus certaines de l'hygiène. Partout où il ne sera pas possible d'établir le « tout à l'égout », les fosses fixes seront successivement remplacées par des tinettes

mobiles. Chaque casernement aura pour annexe une infirmerie complètement isolée, et réalisant les conditions essentielles des installations hospitalières. Déjà presque partout fonctionne un service de douches froides ou tièdes, selon la saison, si nécessaires à l'entretien de la propreté corporelle; presque partout aussi les hommes ont cessé de manger dans les chambrées, et prennent leurs repas dans des réfectoires, au grand avantage de l'hygiène et de la bonne tenue des locaux. Des tentes et des baraques démontables permettent au service de santé de pourvoir à l'isolement des malades, dans des conditions réellement hospitalières, si une épidémie oblige la troupe à camper loin d'un hôpital mixte ou militaire. Les procédés antiseptiques auxquels la chirurgie actuelle doit une partie de ses succès sont partout en usage maintenant, soit dans les infirmeries régimentaires, soit dans nos hôpitaux; le nouveau matériel qu'ils exigent est assuré, en garnison comme pour le service de guerre, par les crédits récemment votés par les Chambres. La nouvelle nomenclature du matériel du service de santé procure aux malades les moyens de traitement les plus perfectionnés, les médicaments nouveaux les plus efficaces. Une instruction médicale à l'usage des petits postes dépourvus de médecin, comme il arrive nécessairement dans les forts en France et dans les détachements en Algérie, instruction analogue à celle qui a été et est encore si utile au corps d'occupation du Tonkin, est actuellement en préparation et sera bientôt distribuée.

Tel est, monsieur le président, l'état de la question de l'hygiène dans l'armée. Vous avez pu juger par ce qui précède des efforts faits par mes prédécesseurs et de ceux que je m'applique à faire moi-même pour réaliser, dans cette voie, tous les progrès que commandent l'humanité et le juste souci des forces du pays. La bonne santé d'une armée est la première condition de sa puissance. C'est une vérité que mes collaborateurs et moi ne perdrons pas de vue, dans l'accomplissement de la tâche qui nous est confiée.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Paris, le 16 juin 1889.

Le ministre de la Guerre,
C. DE FREYCINET.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. LE BEC.

Rétrécissement infranchissable de l'œsophage; gastrotomie; mort le deuxième jour sans péritonite.

Le nommé M..., quarante-deux ans, est apporté à l'hôpital Saint-Joseph, le 30 octobre 1887. Cet homme nous dit qu'il est atteint d'un rétrécissement de l'œsophage, traité depuis plusieurs mois, et que, depuis quelques jours, la déglutition est devenue plus difficile, l'eau même passe à peine depuis quatre jours. Le cathétérisme marque un rétrécissement situé avant le cardia.

Cet homme est d'une maigreur cadavérique, la peau est terne, froide, sans vitalité. Température 36 degrés. On avait essayé inutilement les lavements nutritifs.

Voyant qu'il ne restait plus qu'une ressource, la gastrotomie, cette opération est proposée et acceptée.

2 novembre. Opération de gastrotomie. Le malade est endormi avec précaution à cause de sa grande faiblesse.

La région stomacale est très soigneusement désinfectée.

Incision de 7 à 8 centimètres, parallèle à la huitième côte, dépassant en bas le cartilage de la neuvième. Au moment de la découverte de l'estomac, ce niveau fut trouvé un peu trop haut. Je coupe la peau, l'aponévrose du muscle droit, dont le faisceau le plus externe est incisé, l'aponévrose d'enveloppe du muscle transverse, et ce muscle lui-même. Quelques vaisseaux, branches de la mammaire interne, sont liés. Le péritoine se présente, il est soulevé avec une pince, et prudemment coupé avec des ciseaux.

Le bord tranchant du foie est découvert, animé de ce petit frémissement particulier, que lui donne la circulation sanguine. Je le relève avec l'index, lequel, plongé dans la profondeur, va d'abord trouver un corps dur, mamelonné, que je reconnais être le pancréas, tout à fait découvert, et que l'œil distingue parfaitement.

Je vois alors que l'estomac est situé très profondément dans la région de l'hypochondre gauche, très loin de la paroi abdominale antérieure. Il paraît large de 4 à 5 centimètres, et placé verticalement. On voit très nettement les vaisseaux coronaires stomachiques. Deux doigts introduits saisissent le viscère, qui glisse plusieurs fois, et que je finis par attirer dans la plaie. Je le saisis aussitôt avec une pince hémostatique.

La partie qui se présente ainsi est la paroi antérieure de l'estomac. Je la fixe par une couronne de points de suture à la soie, en mettant d'abord un fil à chaque extrémité de l'incision. Ces fils passent entre la tunique musculaire et la muqueuse, et appliquent la séreuse contre le péritoine pariétal; avec des ciseaux mousses, je fais alors une incision à la paroi viscérale. Cette section nécessite deux ligatures artérielles.

La muqueuse est ensuite renversée sur les parois de la plaie et fixée par quelques points de suture à la peau. Ceci a pour but de protéger plus efficacement la suture de la séreuse, et d'empêcher qu'elle soit souillée par les liquides qui peuvent s'écouler de l'estomac.

Dans la plaie, je place une grosse sonde, qui est fixée par un point de suture à la peau.

Pansement à l'iodoforme.

Immédiatement après l'opération, le malade n'a que 35°8 de température.

Il est extrêmement faible.

Pendant la journée, on lui a fait une injection de lait, avec un jaune d'œuf. Malheureusement l'estomac est rempli de bile verte, qui s'écoule un peu par la plaie.

Le malade est très calme et il a toute son intelligence. On lui donne un lavement de vin.

Le soir, le malade paraît un peu relevé, pouls 76, température 37 degrés.

Pendant la journée, on a changé le pansement.

3 novembre. Le pansement est fréquemment taché de bile et changé plusieurs fois. La plaie est rouge, et comme l'intérieur est plein de bile, on le lave, avec de l'eau de Vichy, puis on y injecte de l'œuf et du lait; pouls 72, température 36°8.

4 novembre. Le matin, on va chercher l'interne, le malade ayant eu une syncope. On le trouve couvert d'une sueur froide, les yeux caves, le pouls filiforme, les extrémités glacées. On lui administre immédiatement un lavement de vin et de rhum, ce qui le ranime un peu. Ensuite, on fait un lavage de l'estomac et on retire un demi-litre de liquide bilieux vert. Le malade se sent soulagé.

Malheureusement il retombe dans le coma à dix heures et meurt doucement à onze heures.

Autopsie (vingt-quatre heures après la mort). — Le ventre est extrêmement rétracté, le cadavre est en parfait état de conservation.

Je détache un lambeau carré, qui circonscrit la bouche stomacale. On constate que le péritoine ne présente aucune trace d'inflammation. L'adhérence est parfaite entre la séreuse stomacale et la séreuse pariétale. Les fils de la suture sont complètement cachés par une membrane, de nouvelle formation, qui est elle-même brillante, vernissée et comme couverte d'épithélium. Tout autour l'inflammation est strictement limitée au niveau des fils.

L'estomac est enlevé. Il est rempli de matières bilieuses. On peut constater que l'ouverture est située juste au milieu de la

face antérieure, presque à égale distance du cardia et du pylore, au point d'élection.

Le cardia est sain.

L'œsophage est atteint d'une tumeur cancéreuse, située à 6 centimètres au-dessus du cardia. Le rétrécissement est peu serré, et admet facilement une sonde n° 20. Il est après la mort beaucoup moins serré qu'il paraissait être pendant la vie. Au-dessus est une poche formée par une dilatation du conduit œsophagien.

Le reste du péritoine est comme desséché, et ne présente pas l'aspect brillant et glissant habituel. Peut-être cet état particulier est-il l'effet de l'inanition à laquelle le malade a succombé.

On peut admettre, en fait, que ce malade est mort de faim, et que, si l'intervention avait eu lieu quelques semaines plus tôt, on aurait pu lui donner plusieurs mois de survie : la tumeur de l'œsophage étant petite et loin d'avoir déterminé d'état cachectique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juin 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

RAPPORT

Anévrysme, excision, guérison. — M. TRÉLAT fait un rapport sur une observation adressée par M. Cellier (de Laval), dans laquelle il s'agit d'un anévrysme de l'humérale gauche traité, avec succès, par la ligature au-dessus et l'excision du sac.

Une femme de quarante-trois ans, blessée il y a trois ans à la partie moyenne du bras gauche par la pointe d'un couteau de cuisine, vit se développer, quatre jours après l'accident, une tumeur qui, depuis cette époque, a augmenté graduellement de volume et qui, au moment de l'examen, mesure 11 centimètres de diamètre. Cette tumeur présentait tous les signes de l'anévrysme.

Quelques tentatives d'électrolyse ayant échoué, M. Cellier pratiqua l'ablation de cet anévrysme. Après avoir mis à découvert et lié l'artère humérale, il traça sur la tumeur une incision de 11 centimètres; l'anévrysme ouvert fut débarrassé des caillots et des couches stratifiées qu'il contenait; il n'y eut aucune hémorrhagie; le sac était traversé par le nerf médian, dont l'isolement fut incomplet. Après avoir séparé la poche sanguine et appliqué, au-dessus et au-dessous d'elle, deux ligatures avec des fils de lin, on en fit la résection dans sa totalité, sauf au niveau de son adhérence avec le nerf médian. La plaie fut suturée, sauf au niveau de ses extrémités, par lesquelles on laissa passer les fils à ligatures, qui servirent de drain. Après la chute de ces fils, la guérison survint sans incident. En mars dernier, on a pu constater que la malade allait bien, mais que l'avant-bras et le bras étaient notablement atrophiés, et que, par suite de la cicatrice défectueuse, il y avait quelque gêne dans les fonctions du membre.

M. Trélat ne connaît que quatre cas à peu près semblables. L'un de Purmann, qui, il y a 290 ans, fit l'extirpation d'un volumineux anévrysme du pli du coude et guérit son malade en trente jours. Le deuxième fait date de 1854, et a été communiqué par M. Chapelle (de Saint-Malo). Le troisième cas est celui qu'opéra Roux en 1817, après une erreur de diagnostic. Quant au quatrième, il a été récemment publié en Allemagne par Schriba qui, après ligature, a fait l'extirpation d'un anévrysme de l'humérale siégeant près du coude.

M. Trélat ne croit pas qu'il soit utile de poser une ligature préalable sur l'artère, comme l'a fait M. Cellier; lorsque la tumeur est bien découverte et bien isolée, on la lie au-dessus et au-dessous avant d'en faire l'extirpation. C'est la meilleure manière d'opérer, et, en ayant soin de se servir de bon catgut, on évitera la suppuration et l'on obtiendra une réunion primitive; ce qui est important, car, d'après les observations, il semble prouvé que la guérison sans cicatrice nuisible et sans attitudes vicieuses dépend surtout de l'absence de suppuration.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que le fait de M. Cellier est assez intéressant au point de vue de sa rareté, mais il est, en réalité, peu satisfaisant au point de vue du résultat opératoire, puisqu'il y a eu de la suppuration, et plus tard une cicatrice vicieuse. L'antisepsie a dû être incomplète. Il n'est légitime de tenter de pareilles opérations que lorsqu'on est entièrement sûr de son antisepsie.

M. DESPRÉS rappelle que cette question de l'extirpation des anévrysmes a été discutée, il y a quinze ans, au sein de la Société, et les indications de l'opération y ont été bien formulées, relativement au volume de la tumeur en particulier. Depuis cette époque, on a pratiqué nombre de fois cette opération et lui-même en a rapporté deux exemples pour un anévrysme de la main et de la temporale, qui tous deux ont été suivis de guérison. Si M. Cellier a eu quelques légers accidents, cela tient à ce qu'il a eu affaire à un anévrysme diffus. Il faut, en effet, bien distinguer les différentes variétés d'anévrysmes; lorsqu'ils sont bien enkystés, le meilleur traitement est de les extirper après avoir lié les deux bouts.

M. TERRIER, bien que n'ayant aucune expérience personnelle, n'hésiterait pas, en pareil cas, à faire l'ablation de la tumeur, et il estime que, si l'on veut avoir quelques notions sur la valeur de ce mode de traitement, il faut tout d'abord faire table rase des observations anciennes, à cause de l'imperfection des procédés opératoires, autrefois mis en usage; la question ne pourra être jugée que par des faits ultérieurs et avec l'emploi des nouvelles méthodes de traitement.

M. TRÉLAT n'a eu pour but que de signaler cette observation avec les particularités qu'elle a offertes, et non pas de discuter la valeur de telle ou telle méthode opératoire, relativement à l'ablation du sac. Le sujet est trop nouveau, trop jeune pour que l'on puisse se prononcer. Mais il tient à rappeler que M. Cellier n'a opéré que sous la contrainte d'accidents imminents. Malgré les résultats imparfaits qu'il a obtenus, M. Trélat croit, contrairement à M. Lucas-Championnière, qu'il a agi très légitimement dans cette occasion.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES CORPS FIBREUX PAR L'ÉLECTRICITÉ

M. BOUILLY s'associe entièrement à M. Lucas-Championnière au sujet des réserves prudentes qu'il a faites, relativement à la valeur curative de ce traitement.

D'après les documents publiés, on arriverait à cette conclusion que l'on obtient de bons résultats symptomatiques, la disparition des phénomènes douloureux et des métrorrhagies; quant à la tumeur elle-même, il n'est pas d'exemple authentique de sa disparition totale. Or, dans l'étude de ces résultats, il faut tenir compte de l'évolution spontanée des fibromes; il n'est pas rare, en effet, de voir les douleurs et les hémorrhagies qui, un moment, avaient subi une notable exacerbation, s'éteindre presque spontanément ou sous l'influence d'un traitement quelconque; de même, il survient parfois dans la tumeur des modifications rapides, qui sont de nature à induire en erreur sur la valeur des moyens thérapeutiques que l'on a employés.

Ce fait se présente très fréquemment au moment de la ménopause, période à laquelle le volume du corps fibreux et les accidents qui l'accompagnent peuvent, en quelques mois, passer par deux phases successives d'augmentation et de diminution. M. Bouilly en a, pour sa part, observé un grand nombre de cas, et souvent il a vu les douleurs et les hémorrhagies s'améliorer sous l'influence de divers traitements, tels que le repos, les injections d'eau chaude, les piqûres de morphine, etc. Aussi, si, en pareille circonstance, on vient à appliquer le traitement électrique, ce serait un tort de lui attribuer une valeur curative, qu'il ne mérite peut-être pas.

En ce qui concerne son expérience personnelle, relativement

au traitement électrique, il se rappelle, entre autres observations, celles de quatre malades traitées par les hautes intensités. Pendant quelques jours, les souffrances et les hémorrhagies ont semblé diminuer, sans que le volume de la tumeur ait changé; mais bientôt les métrorrhagies ont reparu, et il a fallu avoir recours à un autre traitement.

Dans un autre fait il s'agit d'une femme d'une cinquantaine d'années, s'étant présentée avec un volumineux fibrome accompagné de douleurs et de phénomènes de constipation, dus à la paramétrite de voisinage. M. Bouilly a prié M. Danion de la soumettre à l'électrisation. Après quelques séances, on a constaté une atténuation des phénomènes douloureux, mais aucun changement dans le volume du corps fibreux, et quelque temps après on a pu confirmer à nouveau cette absence de diminution du volume de la tumeur; toutefois M. Bouilly ajoute que la masse péri-utérine, qui était la cause de la constipation, avait subi un certain degré de disparition.

M. SCHWARTZ a observé un fait dont le résultat vient à l'appui des conclusions de M. Lucas-Championnière. Il s'agit d'une femme de trente ans environ, qui portait un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus, du volume d'une tête de fœtus au moins. Outre des phénomènes de compression de la vessie, la malade était tourmentée, depuis quatre ans, par des hémorrhagies excessivement abondantes, presque continues, et par de très vives douleurs. On avait en vain essayé différents traitements, dilatation du col, raclage et curage de la cavité; et malgré cela les accidents persistèrent et l'anémie augmentait de jour en jour. Elle fut traitée en plaçant le pôle positif dans la cavité utérine et en se servant du gâteau de terre glaise pour le pôle négatif, on fit, tous les trois ou quatre jours, une séance d'électrisation, d'une durée de quatre à cinq minutes; dans l'espace de deux mois, dix-huit séances eurent lieu, en commençant d'abord par une intensité de 60 milliampères, chiffre qui fut élevé à 100, puis plus tard à 130. Pendant la durée de ces séances, la malade n'éprouva que des douleurs très facilement supportables.

Les résultats furent excellents; en effet, la cavité utérine qui, au début, mesurait 11 centimètres, subit une diminution de 3 centimètres, les hémorrhagies disparurent, le fibrome diminua de volume, sans toutefois disparaître; depuis une année, les règles sont redevenues normales et la malade a recouvré entièrement sa santé.

M. KIRMISSON partage entièrement les opinions de MM. Bouilly et Schwartz, au sujet du traitement électrique des fibromes utérins. Le sujet a déjà eu un juste retentissement à l'étranger, et il était légitime que la Société de chirurgie l'examinât à son tour. Pour bien juger par lui-même toute la valeur de cette médication, M. Kirmisson a prié M. Apostoli de venir appliquer sa méthode sur une de ses malades à l'Hôtel-Dieu, dont voici l'observation résumée :

Femme de quarante-huit ans, unipare, entrée en février dernier pour une tumeur abdominale considérable, et débordant l'ombilic de 15 centimètres, ayant provoqué des phénomènes de compression, des troubles nerveux et douloureux assez intenses; pas d'hémorrhagie, travail impossible, marche difficile, crises hystériques.

18 galvano-caustiques chimiques intra-utérines (11 négatives et 7 positives) sont pratiquées du 15 février au 31 mai 1889, à intensité progressivement croissante, qui a été successivement élevée de 40 à 170 milliampères, et même une fois jusqu'à 250. La sonde en platine était toujours enfoncée jusqu'au fond de la cavité utérine. Toutes ces opérations ont été un peu douloureusement supportées, mais n'ont été suivies d'aucun mouvement fébrile et se sont accompagnées seulement d'une exaspération passagère de l'état nerveux, caractérisée par des étouffements et des palpitations cardiaques avec vertiges.

L'appétit s'est conservé excellent pendant tout le traitement. Absence totale de fièvre. Aujourd'hui on constate les phénomènes suivants :

Le ventre est beaucoup moins gros au niveau de la ceinture, et le bord supérieur de la tumeur est descendu de 5 à 6 centimètres. Symptomatiquement la malade se déclare beaucoup mieux, elle se sent plus forte, capable de travailler et marche plus facilement, elle a moins envie d'uriner, aussi elle se trouve assez bien pour demander à quitter l'hôpital.

Tels sont les résultats obtenus sous mes yeux pour le traitement institué par M. le docteur Apostoli, qui nous permettent de porter un jugement très favorable sur la valeur de sa méthode dans le traitement électrique des fibromes utérins.

M. SEGOND déclare que les faits qu'il a vus concernant le traitement électrique des fibromes utérins, sont des plus remarquables.

Il a à son actif plusieurs faits personnels dans lesquels il a expérimenté lui-même cette méthode, et qui l'ont engagé à la voir fonctionner dans toute son intégrité; aussi a-t-il confié en novembre dernier une intéressante malade à M. Apostoli.

C'est une femme de quarante-sept ans, atteinte d'un énorme fibrome utérin qui mettait, à brève échéance, sa vie en danger, et s'accompagnait de troubles symptomatiques très graves qui rendaient tout travail impossible.

Du 6 novembre au 1er juin, elle a subi 23 galvano-caustiques intra-utérines (22 positives et 1 négative) à intensité progressivement croissante depuis 100 jusqu'à 230 milliampères. Toutes ces opérations ont été pratiquées à la clinique de M. Apostoli, la malade gardant une ou deux heures de repos seulement pour rentrer ensuite chez elle; elles n'ont été suivies d'aucune réaction inflammatoire ou fébrile, et dès le début une amélioration très marquée s'est manifestée qui a été en grandissant.

Le fibrome est manifestement rétrocédé, surtout au niveau de la ceinture où il a diminué de 14 centimètres dans sa circonférence.

Symptomatiquement, la malade est transformée, et elle peut vaquer sans difficulté à ses occupations d'institutrice. C'est donc une guérison symptomatique obtenue par cette méthode et il n'y a pas de doute qu'elle ne doive désormais prendre place à la tête des traitements médicaux des corps fibreux utérins. C'est incontestablement le meilleur traitement à appliquer quand la chirurgie ne peut ou ne doit pas intervenir.

M. LE DENTU a voulu se rendre compte de la valeur de cette méthode du traitement des fibromes utérins. Il communique, à ce sujet, les deux faits suivants :

Le premier remonte au mois de mars 1885; il s'agissait d'une femme de couleur, âgée de quarante-cinq ans, atteinte d'un fibrome enclavé. M. Le Dentu a appliqué la méthode de M. le docteur Apostoli; mais pas dans son intégrité toutefois, car faute d'expérience suffisante, il n'a pas osé faire de galvano-puncture.

Du mois de mars au mois de décembre il a fait 82 séances (tous les deux jours en moyenne) à intensité qui, vu l'insuffisance des appareils, ne dépassait pas d'abord 25 milliampères; mais elle a été ensuite portée jusqu'à 180 et même 200 milliampères.

Toutes ces séances ont été bien supportées sans aucune réaction inflammatoire. Il y a eu une régression notable du fibrome, et une amélioration rapide symptomatique.

Le traitement a été momentanément interrompu puis continué 16 fois en 1886. Il n'a jamais fait d'applications intra-utérines totales, l'hystérométrie étant impossible à faire, il s'est contenté d'appliquer l'électrode sur le col.

Malgré cette application insuffisante, la tumeur a diminué; elle a été très améliorée. Nul doute que si M. Le Dentu avait fait des galvano-punctures, ainsi que le recommande M. Apostoli, il n'eût obtenu un meilleur résultat.

Le deuxième fait est de juin 1887. Il s'agissait d'un fibrome remontant à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic; M. Le Dentu avait reculé devant une intervention chirurgicale, et il appliqua le traitement par l'électricité. Ici, il fut impossible d'atteindre 50 milliampères, et il ne put généralement dépasser 30 milliampères. Cette malade a été très améliorée.

Comme troisième fait, M. Le Dentu observa une sage-femme atteinte d'un gros fibrome utérin qui déterminait des phénomènes

de compression, et rendait tout travail presque impossible. Il l'a confiée aux soins de M. Apostoli qui a fait 17 séances, du 8 février au 29 mai, à une intensité qui a débuté à 80 pour arriver jusqu'à 180 milliampères. Pendant ce temps là la malade a pu vaquer à ses occupations professionnelles, et en dehors de la régression constatée, elle a retiré une amélioration symptomatique manifeste.

M. Le Dentu cite encore deux autres faits qui plaident en faveur des bons résultats que peut donner cette méthode. Il reste donc convaincu que le traitement électrique des fibromes constitue une ressource précieuse dans les cas si nombreux où la chirurgie ne saurait intervenir.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 15 juin 1889, M. le docteur de Montessus est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 15 juin 1889, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe de Bonadona, Espieux et de Biran.

— Par arrêté ministériel, en date du 15 juin 1889, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Barthélemy (de Marseille), Rouvier (de Toulon).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Simon, médecin-major de deuxième classe au 28e régiment d'infanterie, et Ledé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1888-1889 sera ouvert le mercredi 26 juin 1889, et clos le jeudi 18 juillet à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Les inscriptions de première année, les mercredi 26, jeudi 27, vendredi 28 et samedi 29 juin 1889. — 2° Les inscriptions de deuxième année de doctorat, les mercredi 3, jeudi 4, vendredi 5 et samedi 6 juillet 1889. — 3° Les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 10, jeudi 11, vendredi 12, samedi 13, lundi 15, mardi 16, mercredi 17 et jeudi 18 juillet 1889.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté. Ils sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, et de deuxième, de troisième et de quatrième années d'officiat, soumises au stage, ne seront distribués qu'à partir du mardi 9 juillet 1889.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le troisième trimestre de l'année scolaire 1888-1889. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont absolument de rigueur : les inscriptions seront refusées aux élèves internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir. Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la neuvième inscription de doctorat et de la cinquième d'officiat ; il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : premier trimestre, novembre et décembre, cinquante-six jours ; deuxième trimestre, janvier, février et mars, quatre-vingt-six jours ; troisième trimestre, avril, mai et juin, quatre-vingt-six jours; quatrième trimestre, juillet à octobre, cinquante-six jours. Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet (huitième de doctorat et quatrième d'officiat) à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscription.

— M. le docteur Mathias Duval donnera, le jeudi 20 juin 1889, à quatre heures, au siège de la Société d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine, la septième conférence annuelle transformiste, sur « Le transformiste français Lamarck ».

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance courte, mais bien remplie : M. Trélat a fait connaître une série d'expériences intéressantes entreprises par M. Delbet sur le lavage du péritoine. M. Delbet arrive à cette conclusion importante au point de vue de la pratique chirurgicale, qu'un péritoine qui a été lavé pendant un certain temps avec une solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000, à la température de 38 degrés, n'absorbe plus ; on peut donc impunément y injecter, après, des substances antiseptiques sans avoir à craindre qu'elles soient absorbées. Il peut donc y avoir là une application intéressante pour les laparotomistes.

M. Dujardin-Beaumetz, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. G. Sée, déclare avoir obtenu les mêmes effets diurétiques avec la glycose qu'avec la lactose préconisée par M. Sée. Toutefois, il donne la préférence à la lactose, comme n'exposant pas à la glycosurie.

L'Académie a entendu trois autres communications : MM. Yvon et Berlioz indiquent une nouvelle modification dans l'emploi de la liqueur de Fehling pour la recherche du sucre dans les urines ; M. Costomiris, professeur agrégé à l'École d'Athènes, fait une lecture intéressante sur les écrits encore inédits des anciens médecins grecs et sur ceux dont le texte original est perdu, existant encore en latin ou en Arabe ; enfin, M. Ledé a fourni une statistique instructive sur la mortalité des enfants originaires de Paris envoyés en nourrice en province.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. LAPERVENCHE, interne des hôpitaux.)

XVIII

Les *tumeurs des ovaires, des trompes, des ligaments larges, du tissu cellulaire pelvien*, qu'elles soient bénignes, liquides ou solides, sont de préférence enlevées par la voie abdominale, parce que l'opérateur est rarement appelé avant qu'elles aient acquis un grand volume.

Les tumeurs liquides des ovaires n'exigent pas le morcellement lorsqu'elles sont petites et peu adhérentes. Il

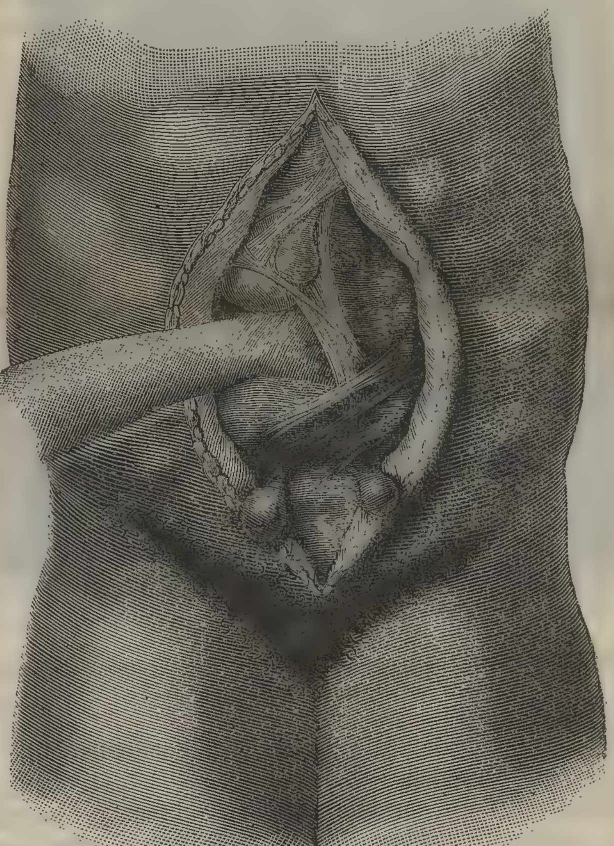


FIG. 36. — Morcellement, par broiement, d'un kyste aréolaire de l'ovaire qui adhère, sur toute sa périphérie, aux viscères de l'abdomen et du bassin. On voit que la main, introduite par l'incision médiane de l'enveloppe, déchire aisément les parois des loges et facilite l'écoulement du liquide gélatineux.

suffit de les ponctionner, de les inciser, de les broyer à l'intérieur avec les mains, si elles sont aréolaires (fig. 36), pour évacuer leur contenu et pour attirer leurs enveloppes au dehors. Il ne reste plus qu'à faire l'hémostasie préventive en saisissant leur pédicule avec deux pinces à mors droits ou courbes, à exciser la tumeur au-dessus et à lier ce pédicule au-dessous d'elles avant de les retirer, pour que

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 508.

l'opération soit promptement terminée. Mais lorsque les tumeurs sont vastes, très adhérentes, la difficulté de les enlever atteint parfois des proportions avec lesquelles il faut compter.

Si le kyste est uniloculaire et partout relié aux organes voisins par des adhérences fibreuses, vasculaires, si résistantes que leur déchirure exposerait à des pertes de sang ou à des lésions fâcheuses, il ne suffit pas de pincer les vaisseaux, il faut pincer les enveloppes elles-mêmes pour en faciliter le morcellement.

Si la portion profonde, voisine du pédicule, est trop adhérente, on peut sans danger, si elle n'est pas végétante, en abandonner une portion à la condition d'en suturer les

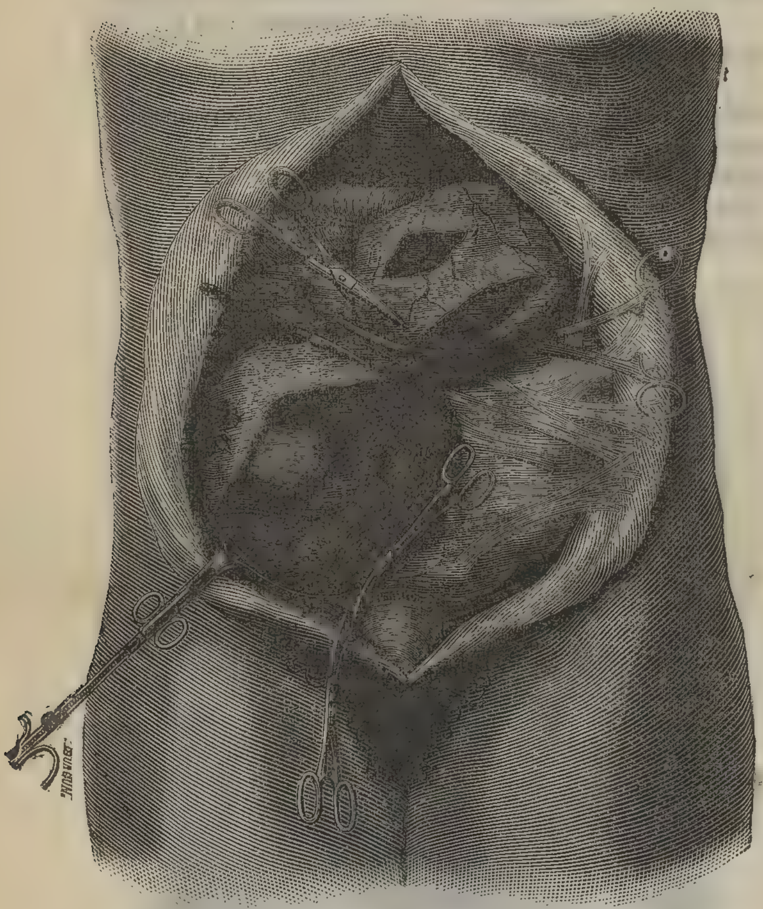


Fig. 37. — Morcellement, par pincement et par ligature, d'un grand kyste aréolaire, très adhérent, de l'ovaire.

lèvres à celles de la plaie pariétale de l'abdomen et de la traiter par la suppuration, le drainage et les injections substitutives. Cette dernière méthode, qui nous est propre, nous a valu autrefois les railleries de quelques chirurgiens qui n'en comprenaient pas la valeur. Depuis lors, nous l'avons appliquée à un grand nombre de tumeurs uniloculaires développées dans les autres viscères de l'abdomen, foie, rate, mésentère, rein, dont une portion ne pouvait être enlevée sans danger par dissection, ainsi qu'aux tumeurs multiloculaires dont la portion restante, trop adhérente, pouvait être conservée et traitée de même en détruisant les cloisons intérieures (fig. 37).

Si le kyste est aréolaire et adhère sur tout son pourtour aux organes voisins, le pincement des vaisseaux ouverts au cours de la dissection et le morcellement des diverses portions de la tumeur permettent de diminuer le volume de la masse, de ménager les organes voisins et d'abréger la durée de l'opération. En pareil cas, le morcellement de chaque portion doit être précédé de la ligature ou du pincement, surtout au niveau des points les plus difficiles à détacher (fig. 37). C'est surtout autour de l'implantation, quand elle est large, profonde, qu'il rend de grands services. En ce point, la dissection et le détachement sont facilités par l'application des pinces à mors longs et courbes, au-dessous ou au-dessus desquelles l'excision et les ligatures sont applicables sans crainte de voir le moignon du pédicule glisser et verser du sang dans la cavité péritonéale.

Les tumeurs des trompes et des ligaments larges peuvent être enlevées de même, comme vous le verrez par l'exemple suivant.

Obs. XIX. — N..., âgée de vingt-cinq ans, entre le 18 octobre 1886, salle Denonvilliers. Pas d'antécédents héréditaires. Réglée à quatorze ans. Deux enfants. Fausse couche de trois mois en octobre 1884. A cette époque, elle a des douleurs dans le ventre et des vomissements incessants qui l'obligent à garder le lit deux mois. Ces désordres s'amendent après une abondante évacuation de pus dans les garde-robes. Depuis lors, elle se lève et vaque à ses travaux habituels, peu pénibles du reste. Elle continue à rendre du pus par l'anus. Le 11 octobre 1886, elle est à nouveau reprise d'accidents aigus, fièvre, vomissements, douleurs de ventre, constipation. En même temps, elle voit apparaître de la tuméfaction au niveau de la fosse iliaque droite. Ce symptôme, qui s'était déjà manifesté après la fausse couche, prend tout à coup des proportions inquiétantes; la région double de volume et le gonflement s'étend jusqu'à l'hypochondre droit.

A son entrée dans notre service, les vomissements cessent, mais non la douleur abdominale; la température = 39°5, le soir; le facies est terreux, la langue sèche, l'inappétence absolue, la soif vive. Pas de frisson. Douleurs lancinantes dans la fosse iliaque droite.

En palpant l'abdomen, nous constatons, au-dessous de l'arcade de Fallope, une tumeur dure, rénitente, lisse, arrondie, fixe, peu fluctuante, qui remonte jusqu'au bord inférieur du foie, dont elle n'est séparée que dans les fortes inspirations. Cette tumeur déborde en avant la ligne blanche, au-dessous de l'ombilic, refoule en arrière la région lombaire et le rein, efface le cul-de-sac latéral droit du vagin et immobilise complètement le fond de l'utérus. Ces derniers symptômes sont facilement appréciables par le palper abdominal combiné au toucher vaginal.

Il n'y a rien du côté des voies respiratoires, ni des autres organes, qui puisse expliquer ces exacerbations vespérales.

21 octobre. La température atteint 41 degrés le soir. La langue est très sèche; il y a un peu de diarrhée. La douleur abdominale augmente à la pression.

22 octobre. Les douleurs et la fièvre ont une telle intensité que l'opération devient urgente. Suivant toutes les présomptions, il y a dans la fosse iliaque du pus collecté auquel il importe de donner issue. L'anesthésie chloroformique permet de reconnaître, au palper abdominal, une certaine mobilité de la tumeur iliaque. En présence de MM. Reverdin (de Genève), Thiriar (d'Amsterdam) et Plum (de Copenhague), nous incisons la paroi abdominale jusqu'au péritoine, parallèlement à l'arcade de Fallope, à deux travers de doigt au-dessus d'elle. A ce moment, nous apercevons par transparence la tumeur; nous reconnaissons qu'elle adhère au péritoine pariétal et qu'elle est nettement fluctuante à la pression. Une ponction, faite en ce point au moyen d'un gros trocart, donne issue à un liquide, citrin d'abord, trouble, purulent ensuite, et prouve que nous sommes en présence d'un kyste tubaire ou ovarique suppuré. Pour ce motif, de la première incision nous en faisons partir une autre qui remonte vers l'ombilic, en formant avec la première un angle obtus à sinus ouvert en dehors; cette nouvelle incision divise successivement toute la paroi abdominale, y compris le péritoine, met à nu la face antérieure de la tumeur et permet de reconnaître les adhérences

péritonéales que nous nous empressons de détacher. Nous reconnaissons alors que la tumeur est rouge, violacée, indurée et qu'elle présente les traces manifestes d'une inflammation récente. Nous agrandissons avec le bistouri l'ouverture faite par le trocart, assez largement pour que le reste du liquide contenu, franchement purulent, puisse s'écouler au dehors sans tomber dans la cavité péritonéale. Une fois la poche vidée, nous voyons qu'elle n'a pas de pédicule et qu'elle se confond intimement avec une masse dure qui se prolonge dans la moitié droite du bassin, vers le promontoire, en englobant le ligament large droit ainsi que le fond de l'utérus.

Nous incisons alors le kyste sur la ligne médiane. Au lieu de chercher à l'énucléer, nous pinçons les portions les plus superficielles et nous les enlevons par morcellement. En arrivant sur les portions profondes, nous voyons s'écouler le long de nos pinces du pus qui provient d'une collection sous-jacente au kyste. Nous avons beaucoup de peine à recueillir ce liquide septique et à l'empêcher de souiller le péritoine et l'intestin. A côté de cette collection, nous voyons une seconde masse plus dure, très vasculaire; nous la saisissons avec de fortes pinces et nous l'enlevons avec soin par fragments. Après son ablation, nous reconnaissons qu'elle était accolée à l'artère et à la veine iliaques externes. Le fond de la plaie saigne; nous pinçons les artérioles et nous les lions avec quelques fils de catgut. Il ne nous reste plus qu'à faire la toilette attentive du péritoine, à fermer les plaies abdominales par suture, à faire le pansement à l'iodoforme et au sublimé, sans laisser de tube à drainage. Durée de l'opération : une heure et demie.

Les suites sont favorables, malgré une élévation de température qui a lieu le cinquième jour. La malade sort guérie le vingtième. Depuis lors, elle a repris de l'embonpoint, des forces, et l'état général est excellent.

Ceux d'entre vous qui ont assisté à l'opération ont pu constater qu'il nous aurait été impossible d'enlever le kyste et la collection purulente sous-jacente, si nous n'avions pas eu recours au morcellement, qui nous a permis de détacher les adhérences inflammatoires et de ménager l'uretère, la vessie, les vaisseaux iliaques. Sans nul doute, l'opération n'aurait pas été conduite à bonne fin si nous avions cherché à contourner le kyste pour le séparer par dissection des organes voisins, au lieu de l'attaquer directement du centre à la périphérie.

CONTRIBUTION AU LAVAGE DU PÉRITOINE

Par M. le docteur Delbet.

En faisant sur des cadavres le lavage du péritoine avec un liquide coloré, nous avons remarqué que la teinture imprégnait toute la cavité péritonéale depuis le petit bassin jusqu'au pubis. Pour faire le lavage on fait la laparotomie médiane entre l'ombilic et le pubis; on introduit, dans la cavité de Douglas, un tube de caoutchouc muni d'un ajustage de verre; par ce tube on fait passer 4 à 5 litres de liquide. Après le lavage on exerce de violentes pressions sur le ventre pour chasser le liquide; il reste cependant dans le péritoine de 120 à 150 grammes de liquide qui occupent soit le petit bassin, soit les fosses iliaques et lombaires.

Le lavage, chez les animaux, avec une solution salée à 7 pour 1000, n'a aucune influence notable ni sur la respiration, ni sur la circulation, et ne paraît exposer à aucun danger de ce côté. Le froid ou la chaleur appliqués sur le péritoine déterminent des accidents réflexes bien moindres que lorsqu'ils sont appliqués sur la peau. Sans doute que le péritoine n'est point, comme la peau, chargé d'une fonction de régulation thermique.

Nous avons calculé l'absorption par le péritoine dans les cas de lavage, en mesurant le résidu sec de petites quantités de sang prises dans l'artère fémorale, avant, pendant ou après le lavage. Pendant les vingt ou trente minutes qui suivent le début du lavage, la quantité d'eau contenue dans le sang augmente de 1,80 p. 100. L'augmentation d'eau serait de 16 à 18 grammes par kilogramme de sang, ce qui donnerait pour la masse du sang de l'homme, qu'on estime en moyenne à 5 kilogrammes, une augmentation totale de 90 grammes d'eau. Cette proportion est certainement au-dessous de la vérité, car le sang pris dans la fémorale a déjà pu se déshydrater avant d'arriver dans cette artère.

Ainsi donc le lavage, fait avec une solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000, représente une véritable transfusion; par suite, il est très capable, comme Gil-Wylie avait cru le remarquer cliniquement, de diminuer le choc opératoire. Peut-être même le lavage, avec une solution salée, serait-il indiqué dans les laparotomies de longue durée.

Mais au bout de vingt à trente minutes, l'hydratation du sang ne tarde pas à diminuer pour se rapprocher du taux normal; cependant il reste une certaine quantité d'eau dans le péritoine. Aussi est-on en droit de se demander si l'absorption par le péritoine n'est pas diminuée. Cette absorption, en effet, ne constitue pas une fonction dans le sens physiologique du mot, c'est une simple propriété du tissu, et, comme telle, elle est contingente, accidentelle, modifiable, cela est si vrai que, dans certaines circonstances qu'on peut artificiellement produire en injectant dans le sang une quantité exagérée d'une solution saline, le péritoine, loin d'absorber, transsude. On pouvait donc concevoir que, par suite de l'hydratation du sang, la faculté d'absorber du péritoine serait supprimée ou tout au moins réduite.

En injectant chez des animaux des substances toxiques dans le péritoine, préalablement lavé avec de l'eau salée, nous avons constaté que ces substances restaient inactives. On peut en conclure que le péritoine n'absorbe plus au bout d'un certain temps, quand il a été soumis à un lavage.

Voici, d'ailleurs, deux expériences qui sont absolument probantes. En faisant passer dans le péritoine d'un jeune chien 250 centimètres cubes d'une solution de sulfate de strychnine (20 centigrammes p. 1000), on produit au bout d'une minute des convulsions avec opisthotonos. Malgré un lavage du péritoine avec l'eau salée, l'animal meurt au bout de cinq minutes.

Mais sur un autre chien, nous avons commencé par faire un lavage du péritoine avec la solution de chlorure de sodium à 7 p. 1000, pendant dix minutes, à la température de 38 degrés; puis fait passer dans le péritoine 500 centimètres cubes de la même solution de sulfate de strychnine pendant trois minutes; ensuite nous avons fait un nouveau lavage avec la solution salée pour enlever l'excès de substance toxique. L'animal n'a présenté aucune convulsion.

Le chien, une fois guéri, sans faire au préalable de lavage avec la solution salée, nous avons fait passer 500 grammes de la solution de strychnine dans le péritoine, puis enlevé avec la solution salée l'excès de substance toxique. Le chien a été pris de convulsions au bout de huit minutes; il est mort une heure après.

Ces expériences montrent qu'après avoir été lavé pendant un certain temps, le péritoine n'absorbe plus; on peut donc sans danger y injecter des substances toxiques. Ces expériences pourraient nous conduire à penser qu'il serait possible, dans la pratique chirurgicale, de laver le péritoine avec des solutions antiseptiques, du moins celles qui n'altèrent pas les tissus.

TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DES FIBROMES DE L'UTÉRUS (1)

Par M. le docteur Apostoli.

J'applique depuis six mois, à la cure des fibromes de l'utérus, un nouveau procédé qui m'a donné les plus brillants résultats, dans 26 cas, actuellement en observation : il consiste dans la galvano-caustique chimique positive de l'utérus.

(1) Pli cacheté déposé à l'Académie de médecine le 10 avril 1883, et ouvert, sur la demande de l'auteur, le 11 juin 1889.

Voici en résumé les détails techniques du procédé opératoire :

1° Introduction dans l'utérus d'un électrode en platine inattaquable, en forme d'hystéromètre, dont la profondeur variable se règle sur celle de l'utérus;

2° Circuit fermé sur le ventre par une plaque de terre glaise et un conducteur métallique; elle diminue le travail calorifique au niveau de la peau, en diminuant sa résistance propre, et permet de faire l'opération sans douleur et sans crainte de cautérisation à son niveau;

3° Courant de 60 à 70 milliampères;

4° Durée de 5 à 15 minutes;

5° Pas d'interruption et constance aussi grande que possible du courant.

Cette opération, qui consiste en résumé à faire dans toute la cavité utérine un véritable exutoire, grâce à l'eschare positive produite par un courant, porté à une dose qui n'avait jamais été employée jusqu'à présent en galvano-caustique chimique, et que l'on peut renouveler impunément une et deux fois par semaine; cette opération, dis-je, amène rapidement et le retrait de l'utérus et surtout la diminution progressive des hémorrhagies. Le bien-être est presque immédiat, et cette opération, d'une exécution facile, n'entraîne à sa suite aucune réaction inflammatoire.

Dans le cas où on ne pourrait pas atteindre l'utérus enclavé en position vicieuse, il y aurait lieu d'implanter, par un des culs-de-sac, dans son tissu, une ou plusieurs aiguilles de platine. Dans le cas également où la cautérisation intra-utérine ne donnerait pas de résultats assez rapides et assez complets, je propose l'implantation, dans le tissu utérin, des mêmes aiguilles positives, dirigées autant que possible vers le siège du fibrome.

Si l'atrésie utérine, plus ou moins complète, qui peut être la conséquence de cette nouvelle méthode thérapeutique, donnait lieu à des accidents, on devrait, comme je l'ai fait une fois, et avec succès, refaire un nouveau canal cervico-utérin, grâce à une opération opposée, « la galvano-caustique négative ».

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juin 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

COMMUNICATIONS

Lavage du péritoine. — M. TRÉLAT, au nom de M. le docteur Delbet, fait connaître le résultat de quelques recherches sur le lavage du péritoine. (Voir plus haut, p. 635.)

Les sucres comme diurétiques. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ, à propos de la communication de M. Sée, indique quelques résultats qu'il a obtenus en répétant ses expériences.

Chez les malades de son service, la lactose a produit tous les effets signalés par M. Sée; ils ont éprouvé des effets diurétiques notables. Mais M. Beaumetz a observé parallèlement des effets comparables à ceux que produit la lactose en substituant la glycose à la lactose. En administrant 100 grammes de glycose à ses malades, il a vu des effets diurétiques semblables à ceux que donnait la lactose. Pour administrer la glycose, il a employé un moyen très facile, il a fait dissoudre ce sucre dans le lait. Or, on pourrait dire que le lait a provoqué lui-même des effets diurétiques; il n'en est rien.

En effet, les malades, auxquels il administrait la glycose dans du lait, étaient depuis longtemps soumis au régime lacté sans en éprouver aucun effet diurétique.

Ces effets diurétiques ne seraient donc pas spéciaux à la lactose et on les rencontrerait après l'usage de toutes les substances sucrées. Cette conclusion, du reste, était déjà indiquée dans le travail de M. Sée.

La glycose, à la dose de 100 grammes par jour, ne passe pas dans les urines; elle est détruite. Cependant, M. Dujardin-Beaumetz croit, d'une manière générale, que la lactose est préférable à la glycose; on pourrait craindre, en effet, que la glycose ne finisse par passer dans les urines et par provoquer de la glycosurie, passagère il est vrai, mais dont cependant on ne peut affirmer le pronostic.

En résumé, toutes les substances sucrées, la lactose, la glycose, produisent des effets diurétiques, à la condition toutefois que le rein soit encore en état de fonctionner.

Mortalité des enfants originaires de Paris, placés en nourrice en province. — M. LEDÉ établit que la mortalité des enfants du premier âge diminue depuis l'application de la loi du 23 décembre 1874.

En 1885, 20000 enfants environ sont placés en province; une fiche individuelle a été faite pour chaque enfant.

Les résultats que signale M. Ledé ne se rapportent qu'à 5819, placés dans les départements suivants :

Aisne (804); Eure-et-Loir (1489); Loiret (1296); Seine-et-Oise (1480); Yonne (750).

Il ne s'occupe que des enfants placés à l'âge de un à quinze jours.

Enfants légitimes, 1241 destinés à être élevés au sein, 401 ont été repris avant d'avoir atteint leur première année; sur les 840 restant 229 sont morts, soit 25,19 p. 100.

1487 enfants ont dû être élevés au biberon; 297 ont été repris, 224 sont morts, soit 44,52 p. 100.

Dans les mêmes conditions, la mortalité des enfants illégitimes a été : pour les enfants élevés au sein, 35,14 p. 100; pour ceux élevés au biberon, 39,81 p. 100.

En somme, les enfants élevés au sein nous donnent une mortalité de 29,44 p. 100 : ceux élevés au biberon 47,85 p. 100.

Il est donc nécessaire de restreindre l'élevage au biberon dès la naissance et de l'interdire absolument quand il doit être continué longtemps.

LECTURES

Recherche du sucre dans l'urine. — MM. YVON et BERLIOZ donnent lecture d'une note sur la recherche du sucre dans l'urine, et sur le choix à faire parmi les nombreux procédés qui ont été indiqués pour caractériser cet élément anomal. La fermentation n'est pas un procédé clinique, elle ne donne pas toujours, du reste, des résultats satisfaisants; l'examen polarimétrique constitue surtout un procédé de dosage. Restent les réactifs chimiques, très nombreux, et parmi lesquels il convient de faire un choix.

Celui auquel les auteurs donnent la préférence est la liqueur de Fehling, dont la limite de sensibilité est très grande. En effet, elle permet, en opérant directement sur l'urine, de déceler le sucre contenu dans la proportion de 50 p. 1000; et, en concentrant ce liquide, on peut reculer encore cette limite; mais il faut alors prendre quelques précautions.

Si après avoir fait agir sur une urine la liqueur de Fehling, en se conformant aux méthodes ordinaires, le mélange reste limpide avant et après refroidissement, on peut conclure à l'absence du sucre; si, au contraire, il se manifeste une réduction, mais qu'elle ne soit pas suffisamment nette et qu'il reste des doutes sur la présence de la glycose, on opère de la manière suivante : on mélange dans un tube à essai deux parties d'urine et une partie de liqueur, et on porte à l'ébullition : s'il y a du sucre, il se forme un enduit jaunâtre assez fortement adhérent aux parois; et le mélange prend une teinte jaune-verdâtre.

Si la réduction ne paraît pas suffisamment nette, on répète l'essai, mais en employant trois ou rarement quatre parties d'urine pour une de liqueur; on doit bien mélanger.

MM. Yvon et Berlioz ont inutilement recherché le sucre dans l'urine normale, et la présence de cet élément n'est pas aussi fréquente qu'on peut le croire : en effet, sur 10650 urines suspectes examinées, ils ont seulement rencontré 2777 urines sucrées, soit 26,07 p. 100.

Quant au mode de recherche du sucre basé sur l'emploi de la phénylhydrazine, il faut le ranger parmi les plus douteux; lorsque l'urine ne renferme qu'une petite quantité de sucre, la

réaction est très longue à se produire, et fait parfois défaut ; par contre, les auteurs l'ont obtenue avec des urines ne renfermant pas de sucre.

Écrits des anciens médecins grecs. — M. G. COSTOMIRIS, professeur agrégé d'ophthalmologie et d'otologie à Athènes, donne lecture d'un mémoire : « Sur les écrits encore inédits des anciens médecins grecs et sur ceux dont le texte original est perdu, existant en latin ou en arabe. »

M. Costomiris indique l'incorrection des éditions de Galien, d'Aétius, de Paul d'Egine, de la gynécologie de Maschion, de l'optique de Damiane, de la collection hippiatrique, et la rareté de la plupart de ces éditions ; mais il insiste avant tout sur la publication des textes originaux encore inédits et sur la traduction en grec des ouvrages qui n'existent qu'en traductions latines ou arabes.

A. *Écrits dont le texte grec est inédit :*

I. Galien. Il y a douze traités inédits, dont les plus importants : 1° De la diète atténuante et engraissante ; 2° Comment les embryons sont animés, dédié à Gavrus.

II. Cratevas. Il y a quelques fragments de son Ῥιζοτομικόν.

III. Ælius Promotus : 1° Un traité thérapeutique, Δυναμερόν; 2° Un traité de la superstition, Φυσικὰ καὶ ἀντιπαθητικά ; 3° Une toxicologie, Περὶ ἰοβόλων καὶ δηλητηρίων φαρμάκων (anonyme).

IV. Métrodora. Traité sur les maladies des femmes.

V. Traité de médecine anonyme très ancien et très important.

VI. Aetius. Ses livres les plus importants X et XII à XVI sont inédits.

VII. Jean Actuarius. Les 4 derniers livres de la Méthode thérapeutique.

VIII. Nicolaus Myrepsus. Dynaméron, qui est le plus complet.

IX. Nicæus. Traité des maladies des reins.

X. Nicolaus Cerameus iatrophilosophe. Abrégé de la partie théorique de la médecine, très important.

XI. Leo le philosophe. Traité de la nature de l'homme.

XII. [Theophanes Nonnus.] Synopsis des médicaments ; De la diète, en deux livres. Tous trois inédits.

XIII. Hippiatriques. Une grande partie de cette collection est inédite.

XIV. Les éphodes d'Abou Djafar, traduits en grec par Constantin de Rhegium.

XV. Jean, gouverneur de Constantinople, fils de Michel. Traité complet de la médecine théorique et pratique. Il n'existe que les livres VI à X de la partie théorique.

XVI. Jean l'Archiatre. Synopsis de thérapeutique.

XVII. Un grand nombre de petits traités anonymes ou avec le nom de l'auteur.

B. *Écrits dont le texte grec est perdu :*

I. Hippocrate. Le traité des *Semaines* existe en latin, publié par Littré.

II. Galien. Il y a trois ouvrages en arabe inédits, et onze traités en latin, publiés dans l'édition de Chartier et celle de Juntæ.

III. Soranus d'Éphèse. Son traité sur les maladies aiguës et chroniques, en huit livres, existe en traduction latine par Cælius Aurelianus, publié sous le nom du traducteur.

IV. Théodore Priscien. Il existe en latin quatre livres de cet auteur, sur la médecine, publiés plusieurs fois.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

207. M. DUMESNIL. Contribution à l'étude des ruptures incomplètes du ligament rotulien. — 208. M. LAURE. Résultats fournis par la gerce quotidienne des enfants. — 209. M. CABANES. De l'emploi des préparations d'hydrastis canadensis en médecine. — 210. M. AMIARD. Du traitement palliatif du corps fibreux par les courants continus à intermittence rythmée. — 211. M. FALCOZ. Quelques considérations générales sur l'hydarthrose, son traitement par la ponction et l'injection. — 212. M. HADJES. Contribution à l'étude de la généralisation des épithéliomas mucoïdes, kystiques de l'ovaire. — 213. M. TOUCHALEAUME. Étude sur le chancre syphilitique de la conjonctive. — 214. M. VEYSSET. De l'influence des maladies infectieuses sur le développement de l'épilepsie. — 215. M. MADEUF. De l'action du froid avec ou sans pression sur les êtres inférieurs. — 216. M. DUMORET. Hystéropepsie pour prolapsus utérin. — 217. M. GALLET. Des mouvements de latéralité du genou. — 218. M. GODET. Contribution à l'étude des alcaloïdes de l'urine. — 219. M. DELBOSC. De la cocaïne et de ses accidents. Étude expérimentale et clinique. — 220. M. DEZILLE. Contribution à l'étude médico-légale du colchique et de la colchicine. — 221. M. DUCHAUSSOY. De quelques applications thérapeutiques du chlorure de méthyle. — 222. M. PATRIS DE BOE. Étude sur la pathogénie des complications de la blennorrhagie. — 223. M. CORNET. Contribution à l'histoire des grossesses gémellaires. — 224. M. CAUBET. Essai sur les manifestations et les complications buccales de la rougeole chez les enfants. — 225. M. PRUCHE. De la syphilis du tibia.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Table à opérations du docteur Nicoletis.

L'idéal dans la chirurgie pratiquée sur les organes génitaux de la femme, serait de diminuer, autant que possible, le nombre des aides. Depuis deux ans je me sers d'une « table à opérations » construite par M. A. Aubry, qui me permet de réaliser cette perfection en chirurgie, puisque je n'ai besoin que de l'aide chargé du chloroforme.

La malade, couchée sur la table, est soutenue dans la position dorsale ou sacro-dorsale, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses fléchies sur le ventre et écartées par des moyens mécaniques. La vulve et le vagin sont écartés et dilatés par trois valves ; une inférieure « posture au spéculum » et deux latérales, droite et gauche, à inclinaison latéro-supérieure ; elles font une dilatation, qui mesure, au gré de l'opérateur et la nécessité de l'opération presque le diamètre du détroit inférieur du bassin. Cette dilatation s'obtient d'une manière douce et régulière ; les valves circonscrivent une cavité ovoïde se rapprochant sensiblement du cercle et laissant à découvert une grande surface des parois latérales, le méat urinaire et toute la paroi antérieure du vagin (opération des fistules vésico-vaginales, vésico-utérines, amputation du col, hystérectomie totale, etc.).

Inversement, on peut découvrir la paroi postérieure (opérations des ruptures périnéales, fistules recto-vaginales, rectocèles, kyste des parois postérieures, etc.). Les valves sont également maintenues par des moyens mécaniques qui permettent toutes les inclinaisons que chaque cas particulier peut exiger ; en outre, l'appareil permet au chirurgien, suivant les cas, de changer la position sacro-dorsale en dorsale simple, de sorte que la paroi antérieure du vagin, supérieure la femme étant couchée sur le dos, devient supéro-postérieure et, par conséquent, très accessible à la vue, dans l'opération de fistule vésico-vaginale, sans que, grâce à l'articulation de la paroi antérieure de la table, le chirurgien soit obligé de déplacer ni valves, ni autres agents de contention.

Cette table à opérations, entièrement métallique, est facilement désinfectée et tenue dans un état parfait d'asepsie ; chauffée au moyen de la vapeur d'eau ou d'eau chaude, elle empêche et prévient les refroidissements si redoutables pour les longues opérations. En résumé, elle présente les avantages de permettre au chirurgien :

1° D'opérer sans aides, sur un champ opératoire parfaitement éclairé et dans des conditions d'asepsie rigoureusement conformes aux règles de la nouvelle chirurgie.

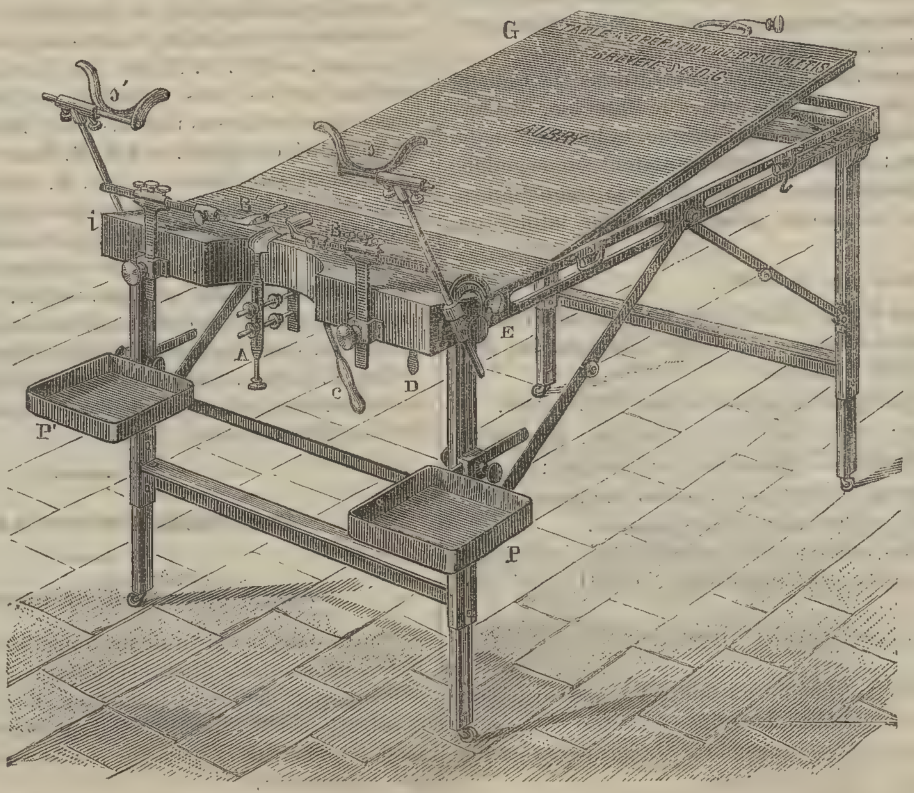
2° En abrégeant la durée des opérations, d'épargner la perte de sang des opérées, la dépression organique résultant du chloroforme et de prévenir les refroidissements par le calorique qu'elle fournit à la malade pendant tout le temps qu'elle y est couchée.

La « table à opérations », de 1 mètre de long sur 52 centimètres de large et 11 centimètres d'épaisseur, est d'un transport facile eu égard à son petit volume et au mode de l'articulation des pieds. Au moment de s'en servir, il faut :

1° Rabattre les quatre pieds et les fixer au moyen des croisillons à charnière de compas.

2° Si l'on a besoin de surélever la table, il suffit de tirer les pieds de rallonge qui coulissent dans les premiers et de les fixer.

3° Si l'on désire que la table ait déjà une certaine température au préalable, avant de placer la personne à opérer, il faut mettre en rapport les tubes de circulation de chaleur, soit avec un pulvérisateur si l'on veut chauffer à la vapeur, soit avec un récipient d'eau chaude que l'on élèvera pour emplir tous les tubes.



LÉGENDE

A. Valve inférieure montée sur une pièce à coulisse afin de pouvoir l'élever, l'abaisser ou la basculer à volonté; se fixant par les écrous et contre-écrous. (Cette valve peut se changer à volonté.) — BB'. Valves latérales qui peuvent s'abaisser ou s'écarter. (Ces valves peuvent se changer par d'autres plus grandes ou plus petites, ou des obliques.) — C. Clé à cliquet qui, d'un côté, permet d'élever le bassin, et en retournant de côté cette clé, le bassin s'abaisse. — D. Levier de déclanchement pour désengrener les porte-jambes et les ramener en avant. — E. Quart de cercle pour fixer solidement les porte-jambes. — G. Dossier de la table que l'on élève à volonté et qui se fixe au moyen d'une crémaillère mobile; on peut l'abaisser en tirant sur le bouton qui se trouve au bout de la table. — I. Devant de la table à charnière que l'on soulève au moyen de la clé C pour élever le bassin. — PP'. Plateaux à instruments que l'on peut mettre dans toutes les positions désirables du chirurgien. — SS'. Supports porte-jambes, qui, au moyen de tourillons à pignons, roues dentées et tiges à coulisse, donnent toutes les facilités de supporter, d'élever, d'écarter ou de fléchir les jambes sur le bassin.

En dehors des opérations gynécologiques, notre table peut être utilisée pour les diverses opérations de la chirurgie générale dans les deux sexes. En effet, les voies urinaires, le rectum, la région périnéale, réclament une position analogue ; on conçoit aussi avec quelle facilité on peut pratiquer une amputation de cuisse, ou du reste du membre inférieur, à l'aide de cet appareil.

Toutes les opérations pratiquées dans la région abdominale, périnéale, fessière, présentent une grande difficulté à l'application du pansement. Sur cette table, grâce aux supports des cuisses abaissés horizontalement, l'application de bandes circulaires, à partir de la région ombilicale, est faite avec la plus grande facilité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences, dans sa séance du 17 juin 1889, a élu membre de la section de chimie, en remplacement de M. Chevreul, M. A. Gautier, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

— Le concours pour une place d'accoucheur du Bureau central vient de se terminer par la nomination de M. Bonnaire.

— Un concours pour un emploi de chef de clinique chirurgicale et deux emplois de chef de clinique obstétricale s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le mardi 16 juillet 1889, à neuf heures du matin. Se faire inscrire avant le 8 juillet.

— *Concours du prosectorat.* — Vendredi 14 juin. Épreuve de physiologie : « Physiologie des sphincters. »

Lundi 17. Épreuve de pathologie externe : « Pustule maligne. »

Mardi 18. Épreuve d'histologie : « Le pancréas (acini). »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bonnefoy (de Paris), inventeur d'une tente et d'un brancard, décédé subitement à l'Exposition; Hattute, médecin principal de première classe en retraite.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation, dimanche 23 juin, à la Cavée et à la forêt de Carnelle. Départ à la gare du Nord pour Presles, à huit heures cinquante. On sera de retour à Paris vers six heures. Chacun devra emporter son déjeuner, le village de Presles n'offrant à peu près aucune ressource. Les billets d'aller et retour étant déjà à prix réduit le dimanche, le chemin de fer n'accorde pas de réduction.

— M. le professeur Guignard fera sa prochaine herborisation le dimanche 23 juin, à Port-Royal et Chevreuse. Rendez-vous à la gare Montparnasse (grande ligne) à sept heures et demie précises, pour le train partant de Paris à huit heures, pour la station de Trappes. Prière de s'inscrire au secrétariat avant vendredi à quatre heures. Déjeuner à Chevreuse. Retour à Paris à six heures.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de chirurgie clinique, par P. Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine. Tome II, deuxième fascicule : *Membre inférieur, Organes génitaux de l'homme et de la femme.* 1 vol. in-8° de 535 pages avec 52 figures. — Prix : 6 francs; prix de l'ouvrage complet (2 vol. gr. in-8° avec 175 figures dans le texte) : 24 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Manuel de médecine opératoire (2e édition), par MM. les professeurs MALGAIGNE et LE FORT. 2 vol. in-12 avec 787 gravures. Prix : 16 francs. — Paris, F. Alcan.

De l'ozone, aperçu physiologique et thérapeutique, par M. le docteur Donatien LABBÉ, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 41 pages avec 31 tracés. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Fibromes utérins, leur traitement par l'électrolyse (méthode Apostoli) et leur élimination fréquente sous-muqueuse par l'action de l'électricité, par le docteur LA TORRE (de Rome). In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Électricité médicale, éclairage et galvanocaustique, par le docteur J. GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon. 1 broch. in-12. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Étude médico-psychologique sur Shakespeare et ses œuvres, sur « Hamlet » en particulier, par le docteur A. BIAUTE, médecin-chef de l'asile d'aliénés de Nantes. 1 broch. in-8°, pp. 24. — Prix : 1 franc. — Nantes, Vier, libraire, passage Pommeraye.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 70. — SAMEDI 22 JUIN 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 22 JUIN 1889. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du traitement des vaginalites (vaginalites aiguës, hydrocèles, pachyvaginalites).

Par M. le Dr E. OZENNE,
Chirurgien adjoint de Saint-Lazare.

Sous la dénomination générale de *vaginalites*, on réunit toutes les variétés d'inflammations de la tunique vaginale. Elles forment ainsi un groupe considérable, constitué par les vaginalites aiguës et les vaginalites chroniques, dans lesquelles nous faisons rentrer l'hydrocèle, qui n'est, en réalité, qu'une vaginalite séreuse chronique, résultant d'une irritation sub-inflammatoire : c'est la forme chronique d'emblée à son premier degré.

Après un rapide exposé du traitement des vaginalites aiguës, séreuses, plastiques ou suppurées, nous aborderons celui des vaginalites chroniques, que nous subdivisons en hydrocèle, ou vaginalite séreuse, et en pachyvaginalites, suivant l'expression proposée par M. Reclus (1). En adoptant cette classification, qui marque nettement la place et le rang que doivent occuper ces vaginalites, dont chacune d'elles présente une évolution clinique et anatomo-pathologique distinctes, nous serons plus à même d'exposer et de discuter, avec méthode et clarté, les traitements qui leur sont applicables.

I

VAGINALITES AIGUES. — Les *vaginalites aiguës* sont très rarement idiopathiques ; elles succèdent alors à un traumatisme ou bien à une plaie de la vaginale, accidentelle ou chirurgicale. Le plus souvent elles sont consécutives à une inflammation du testicule ou de l'épididyme, ainsi qu'il est fréquent de l'observer dans les orchi-épididymites, blennorrhagique, traumatique et de cause générale.

Quelle qu'en soit l'origine, on doit chercher, sans préjudice de la médication générale, à modérer les phénomènes inflammatoires, pour obtenir une résolution aussi complète que possible, et pour éviter la suppuration de la vaginale. On aura l'espoir d'atteindre ce but en instituant le traitement suivant :

Le malade doit être soumis au repos le plus complet dans la position horizontale. Les bourses seront entourées de compresses, imbibées d'une décoction émolliente et antiseptique, que l'on recouvrira d'un taffetas gommé et d'une couche d'ouate, et elles seront relevées sur l'abdomen, au moyen d'un bandage faisant office de suspensoir.

Quelques légers purgatifs seront administrés et, tous les deux jours, on fera prendre un grand bain.

Dans le cas où la réaction inflammatoire est très prononcée et les douleurs très intenses, on a conseillé de pratiquer une émission sanguine en appliquant un certain nombre de sangsues sur le trajet du cordon. Cette conduite, qui a donné de bons résultats dans les vaginalites accompagnées d'orchi-épididymite blennorrhagique, peut être imitée avec avantage.

C'est également dans ces cas que l'épanchement peut devenir très abondant, et, suivant quelques auteurs, être la cause des douleurs par la compression qu'il exerce sur le testicule. Aussi Velpeau a-t-il proposé de ponctionner la vaginale, soit avec la lancette, soit avec le trocart. On n'y aura recours que lorsque la distension de la séreuse est très considérable, et en ayant grand soin d'éviter toute inoculation de produits septiques. Quant au débridement de l'albuginée, recommandé par Vidal (de Cassis) pour faire cesser la compression du testicule, c'est une opération inutile, dangereuse, qui a été maintes fois suivie de la fonte du testicule. Elle doit donc être absolument rejetée.

Si, pour quelque raison majeure, il était entièrement impossible au malade de garder le repos, on se trouverait bien, lorsque toutefois la vaginale n'est pas remplie d'une très grande quantité de liquide, d'employer un moyen que MM. Augagneur et Daniel Mollière (1) préconisent dans le traitement des orchites. On se servirait de l'appareil suspensoir imaginé par Horand. Cet appareil, qui diffère un peu du type ordinaire des suspensoirs, a pour but une adaptation plus exacte aux organes, qu'il doit protéger. Après avoir entouré les bourses d'une épaisse couche de coton cardé, on les recouvre d'un fragment rectangulaire de toile caoutchoutée qui dépasse le coton de tous côtés, la face

(1) RECLUS. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XIII, 4e série, art. HÉMATOCÈLE VAGINALE.

(1) AUGAGNEUR et D. MOLLIÈRE. *Id.*, art. TESTICULE, p. 606.

caoutchoutée reposant sur le coton; puis on applique le suspensoir, en ayant soin qu'il soit assez relevé, pour que les testicules reposent sur le pubis et y soient maintenus. Cet appareil, qui doit rester en place cinq ou six jours, a pour attribut de réaliser l'immobilisation des parties malades, tout en permettant de ne pas garder la chambre; ses résultats, en cas d'orchite douloureuse, sont excellents.

Si, malgré ces différents moyens, la vaginalite est devenue purulente, il faut, aussitôt que le diagnostic en est certain, inciser largement le scrotum de haut en bas, ou agrandir l'ouverture, si elle s'est faite spontanément, bien débarrasser la cavité du pus qu'elle contient, et faire matin et soir des lavages antiseptiques avec une solution à l'acide phénique ou au sublimé. Un pansement également antiseptique à base d'iodoforme ou de salol, de préférence à l'acide phénique, qui est irritant, recouvrira la plaie. En ayant recours à ce traitement, on aura d'autant plus de chances de prévenir les accidents de septicémie, qu'il sera appliqué avec plus de rigueur.

II

Vaginalites chroniques. — Les *vaginalites chroniques* comprennent plusieurs variétés : la vaginalite séreuse que l'on désigne communément sous le nom d'hydrocèle de la tunique vaginale, et les vaginalites, mieux dénommées pachyvaginalites, simple et hémorrhagique. C'est dans cet ordre que nous passerons en revue le traitement de chacune d'elles.

L'hydrocèle est constituée par un épanchement de sérosité dans la cavité vaginale. On en distingue deux variétés : l'hydrocèle simple et l'hydrocèle congénitale, cette dernière différant de la première par la communication qui existe entre la vaginale et le péritoine, par suite de la persistance du canal vagino-péritonéal. Le traitement de chacune de ces variétés doit être étudié séparément.

Hydrocèle simple. — Bien qu'il y ait des réserves à faire sur la justesse de la division anciennement adoptée de ces hydrocèles, en hydrocèles symptomatiques et idiopathiques, depuis que les travaux de MM. Panas, Vetault, Lannelongue et Marimon ont prouvé que, dans ces dernières, l'épanchement était la plupart du temps, sinon toujours, produit par un foyer d'irritation siégeant dans le voisinage, il est toutefois utile de la conserver; car, si cette division ne peut maintenant avoir la prétention d'exprimer exactement la vérité, elle laisse bien entrevoir que l'hydrocèle n'est tantôt qu'un épiphénomène accompagnant une lésion plus grave de la glande (cancer, syphilis, tubercules), tantôt, au contraire, l'accident prédominant et réclamant un traitement propre.

C'est cette dernière variété seule que nous envisagerons dans les considérations thérapeutiques qui vont suivre et qui devraient être appliquées de bonne heure ; car, quoique l'hydrocèle ne mette pas les jours en danger, elle n'en est pas moins une affection désagréable, gênante et pouvant mettre obstacle aux fonctions urinaire et génitale, et altérer l'évolution de la spermatogénèse; enfin il n'est pas rare d'assister, avec le temps, à des transformations plus ou moins sérieuses. Aussi, pour toutes ces raisons, est-il de l'intérêt des malades de se faire traiter dès le début de l'affection.

Le traitement de l'hydrocèle a été divisé en traitement palliatif et curatif.

Traitement palliatif. — Chez les enfants, il est souvent suffisant pour obtenir la résolution de l'épanchement; pour cela, il n'y a qu'à maintenir, sur la tumeur, des compresses imbibées d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, pendant un temps qui varie entre trois et huit semaines : c'est le moyen que préconise M. de Saint-Germain à l'hôpital des Enfants, et auquel il doit de nombreuses guérisons. Quelques médecins ont encore conseillé des applications de compresses trempées dans de la teinture de noix de Galles; les résultats seraient également favorables, et il en serait de même avec le collodion riciné [Augé] (1).

Chez les adultes, quoique quelques moyens analogues (écorce de chêne, teinture de scille et de digitale, etc.) aient parfois réussi, il n'y a pas à compter réellement sur eux. Un autre traitement consiste dans l'évacuation simple du liquide, que l'on fait au moyen de ponctions pratiquées soit avec un trocart, soit avec l'appareil aspirateur. Ces ponctions sont répétées autant de fois que cela est nécessaire, lorsque le malade éprouve de la gêne par le fait du poids et du volume de la tumeur.

Dans quelques cas, la guérison serait survenue à la suite d'une ou de plusieurs ponctions; mais ce sont là des faits tellement exceptionnels, que l'on aurait tort de favoriser cette pratique incertaine, qui, d'ailleurs, n'est pas toujours exempte de dangers. En effet, sans parler des inoculations et des suppurations consécutives des téguments et de la séreuse, qu'on est de temps en temps appelé à combattre, il est naturel de penser que, sous l'influence de ponctions répétées, il se produira des inflammations subaiguës qui donneront naissance à l'une ou à l'autre des variétés de pachyvaginalite.

Aussi nous paraît-il prudent de repousser ce mode de traitement qui, sous le couvert de la simplicité, conduit à des complications que l'on évite, si l'on a recours, dès le début, à l'une ou à l'autre des méthodes opératoires, préconisées pour la cure de l'hydrocèle.

Il n'entre pas dans notre intention de faire une énumération des nombreux procédés qui ont été inventés pour arriver à cette cure. Quels qu'ils soient, ils ont tous pour but, soit d'oblitérer la séreuse par suite de l'inflammation qu'on y provoque, soit de modifier sa vitalité et sa sécrétion avec conservation de sa cavité.

Parmi ces procédés il en est quelques-uns que l'on a justement abandonnés à cause des dangers qu'ils présentent. Inutile donc de nous y arrêter et arrivons tout de suite aux deux grandes méthodes qui, seules de nos jours, sont presque exclusivement employées : la ponction suivie de cautérisation ou d'injections irritantes et l'ouverture large de la poche.

Traitement curatif, ponction et cautérisation. — Nous n'avons pas à insister sur le manuel opératoire de la ponction décrit dans tous nos ouvrages classiques ; rappelons seulement qu'avant de faire cette ponction, on aura soin de bien nettoyer la peau des bourses avec quelque solution antiseptique, et de flamber soit l'aiguille de l'aspirateur, soit le trocart dont on se servira.

Cela fait, et le malade couché sur le dos, on saisit de la main gauche le scrotum le plus près de son insertion au pubis, de façon à faire saillir et à immobiliser la tumeur, puis le trocart, préalablement enduit de vaseline salolée et

(1) Augé. *Archives médicales belges*, t. XV.

tenu dans la main droite, est enfoncé d'un coup sec à la partie antéro-externe, dans un point où la transparence a été reconnue et où le testicule ne se trouve pas. On retire alors le trocart de la canule qui laisse écouler le liquide, puis, lorsque la cavité est vidée, il faut irriter la séreuse et provoquer l'inflammation qui doit amener la guérison. Pour obtenir ce résultat, deux moyens sont en notre pouvoir : la cautérisation ou les injections irritantes.

Cautérisation, procédé de Defer. — Elle était déjà en usage au XIVe siècle, car nous voyons Guy de Chauliac l'employer en 1363; mais elle n'a été réellement adoptée que, lorsque Defer (de Metz) eut fait connaître son procédé en 1858 ; nous en empruntons la description à M. Schwartz (1), tel qu'il l'a décrit dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie* : « On fait couler dans la rainure d'une sonde cannelée mince ou d'un stylet cannelé, après s'être assuré que l'instrument pourra passer dans la canule du trocart évacuateur, du nitrate d'argent fondu pur ou mélangé à moitié ou au tiers de nitrate de potasse. La sonde ou le stylet préparé, on ponctionne l'hydrocèle et on la vide le plus possible en exprimant bien le liquide contenu dans les replis de la tunique vaginale ; ceci fait, on introduit la sonde ou le stylet par le trocart dans la cavité et on en badigeonne l'intérieur pendant quelques secondes au plus, en tâchant d'atteindre les parties les plus reculées et en évitant de contusionner le testicule.

La manœuvre est ordinairement peu douloureuse ; on retire l'instrument porte-caustique, puis, seulement après, la canule, en mettant le doigt sur son orifice ou en fermant son robinet, de façon à ce qu'il ne s'écoule aucun liquide dans le scrotum. Les bourses sont relevées et couvertes de compresses imbibées d'eau blanche.

Une inflammation vive ne tarde pas à se manifester par du gonflement, de la tension et un peu de rougeur des bourses ; la douleur provoquée par la cautérisation dure, en général, deux à trois heures après la ponction, puis fait place à une sensation de pesanteur. On constate, en général, un notable épanchement dans la séreuse, mais il disparaît en quinze jours, trois semaines au plus. »

La méthode de Defer a été autrefois très souvent mise en usage par Denonvilliers et Maisonneuve qui lui ont dû des succès. La thèse de Masseloux (2) en rapporte une cinquantaine d'observations suivies de guérison. De nos jours, elle est encore en honneur auprès de quelques chirurgiens : MM. Terrillon, Gaujot et Schwartz (3), qui la préconisent à cause de son innocuité et des guérisons qu'ils ont obtenues, et dont quelques-unes remontent à plusieurs années.

D'après certains auteurs, M. le professeur Duplay (4) entre autres, ce procédé, qui est d'une exécution rapide et facile, ne serait pas toujours exempt d'inconvénients. A la suite de ces cautérisations, on a parfois observé de très vives douleurs, et, au lieu de la résolution, une vaginalite suppurée. Enfin, ce procédé ne mettrait pas sûrement à l'abri des récidives ; aussi pour ces différents motifs M. Duplay s'en montre-t-il peu partisan, et c'est également l'opinion de la majorité des chirurgiens, qui lui préfèrent les injections irritantes.

Injections irritantes. — On a injecté dans la cavité vaginale de nombreux liquides, et chaque année on en voit expérimenter quelques nouveaux. C'est ainsi qu'on a tour à tour employé avec plus ou moins de succès le vin rouge, l'eau salée, l'ammoniaque, le perchlorure de fer [Houzé de l'Aulnoit (1)], le chloroforme [Langenbeck (2)], la solution de sulfate de cuivre [Pereira de Fonseca (3)], l'alcool [Monod (4)], l'acide chromique [Melillo (5)] et plus récemment le chloral [M. Sée (6)], le sublimé [Richet et James Miller (7)], le chlorure de zinc et l'acide phénique. Voici les résultats que donnent ces deux derniers caustiques.

Le *chlorure de zinc*, déjà préconisé par Dimmreicher (8), est employé couramment par M. Polaillon, dont le résumé de cinquante-trois observations a été publié dans la thèse de M. Lerond (9). Le manuel opératoire est variable, suivant que l'hydrocèle est très volumineuse, de moyen volume ou petite. Dans le premier cas, on vide la poche et, trois ou quatre jours après, on pratique l'injection ; dans l'hydrocèle de moyen volume, on fait l'injection immédiatement après la ponction ; enfin, dans le troisième cas, on ne laisse écouler que quelques grammes de liquide avant d'injecter la solution modificatrice.

Dans les trois cas, une solution au dixième peut être employée ; la quantité à injecter varie entre une seringue entière de Pravaz et le quart de cette seringue suivant le volume de l'hydrocèle. Instillation lente, goutte par goutte, malaxation de la tunique vaginale pendant et après l'opération, telles sont les précautions recommandées. La réaction est ordinairement peu prononcée et le séjour au lit inutile. Sur les 53 cas opérés, il y a eu 7 récidives et 23 fois quelques légers accidents. La guérison serait relativement prompte.

L'*acide phénique* est déjà en usage depuis une dizaine d'années avec des résultats divers. En 1879, Schœtzke (10) en publiait quatre observations ; il avait injecté 15 grammes d'une solution à 8 p. 100 ; mais comme l'injection était suivie de vives douleurs, il engageait à commencer par des injections à 3 ou 5 p. 100 pour habituer le malade.

Helferich (11) rapporte deux cas, traités par une solution d'acide phénique concentré. La guérison n'a été complète qu'en deux ou trois mois. En 1886, Keyes (12) en donne la relation de 50 cas, avec résultats satisfaisants et sans aucun accident. La même année un journal d'Espagne donne la statistique de Placensia (13), relatant 67 guérisons sur 77 injections d'une solution à 5 p. 100.

Weir (14) abandonne l'opération de Volkmann pour ne plus pratiquer que l'injection phéniquée ; il en fait pénétrer dans la poche de 1 à 3 grammes. Sur 60 opérations, il n'a observé qu'une suppuration, tandis que William T. Bull (15) en publie 3 cas et 1 récidive, sur 88 opérés, et Sands (16) 2 suivis de suppuration.

---

(1) SCHWARTZ. *Encyclopédie internationale de chirurgie*, 1888, art. HYDROCÈLE.
(2) MASSELOUX. Thèse de Paris, 1871.
(3) SCHWARTZ. Loc. cit.
(4) DUPLAY. *Traité de pathologie externe*, t. VII, p. 256.

---

(1) HOUZÉ DE L'AULNOIT. *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. IX.
(2) LANGENBECK. *Bol. del instit. medic. Valenc.*, 1859.
(3) PEREIRA DE FONSECA. *Bulletin de thérapeutique*, t. LX, 1861.
(4) MONOD. Thèse de Labat, 1877.
(5) MÉLILLO. *Il Morgagni*, décembre 1882.
(6) M. SÉE. *Semaine médicale*, 1886.
(7) RICHET et J. MILLER. Thèse de Sarrazin, 1885, et *Lancet*, déc. 1886.
(8) DIMMREICHER. Société médicale de Vienne, 1877.
(9) LEROND. Thèse de Paris, 1887.
(10) SCHŒTZKE. *Berlin. Klin. Wochens.*, septembre 1879.
(11) HELFERICH (de Munich). *Semaine médicale*, 1885.
(12) KEYES. *Med. Record New-York*, série 1886.
(13) PLACENSIA. *Chronic. Med. Quirurgic. de Huluna.*
(14, 15, 16) WEIR, William T. BULL, SANDS. *Revue des sciences médicales de Hayem*, t. XXVIII, p. 674.

Il semblerait, d'après ces faits, que l'acide phénique cherche, depuis quelques années, à prendre la place de la teinture d'iode; mais comme toutes les injections, que nous venons de relater, n'ont pas été faites avec des solutions de même force, et comme les malades n'ont pas été revus pour la plupart dans la suite, il est actuellement impossible de se prononcer sur les avantages et les inconvénients, sur la valeur, en un mot, de l'acide phénique dans le traitement de l'hydrocèle.

La *teinture d'iode* est restée, depuis Velpeau, le liquide de choix de la majorité des chirurgiens, qui l'injectent de la manière suivante : on peut se servir soit d'un trocart, soit de l'appareil aspirateur; dans le premier cas, on choisit un trocart de moyen volume et l'on charge une seringue à injection, en corne ou en caoutchouc durci, du liquide à injecter.

Lorsque la ponction est faite suivant la manière indiquée plus haut, on adapte la seringue à la canule et l'on fait pénétrer soi-même avec lenteur l'injection dans la vaginale, jusqu'à ce que cette dernière soit modérément distendue; on laisse le liquide en contact avec la séreuse pendant trois à cinq minutes, durant lesquelles on malaxe doucement le scrotum, de façon à ce qu'aucun point n'échappe au contact du liquide. Ce laps de temps écoulé, on soulève le doigt, qui oblitérait la canule, et le liquide s'écoule dans un vase, que l'on a eu soin de faire préparer d'avance. Pour donner lieu à une inflammation un peu plus prononcée, certains chirurgiens conseillent de laisser quelques grammes de teinture d'iode dans la vaginale; on retire ensuite la canule, en n'oubliant pas de remettre le trocart en place, pour qu'aucune goutte de liquide ne vienne tomber dans la plaie.

Le manuel opératoire peut encore être simplifié, si l'on veut se servir, à la place du trocart, de l'appareil aspirateur de M. Dieulafoy; c'est le procédé que met en pratique et recommande M. le professeur Verneuil. Après avoir aspiré et rejeté le liquide de l'hydrocèle, on charge l'appareil de la solution iodée et on en remplit la vaginale; après trois minutes de contact, le liquide iodé est aspiré, sauf quelques grammes qu'on abandonne dans la séreuse, et l'aiguille est retirée sans qu'elle ait eu la chance de se déplacer durant les différents temps de l'injection. On pourra sans inconvénients, bien que quelques chirurgiens s'en abstiennent, recouvrir la petite plaie d'un morceau de baudruche et d'une couche de collodion salolé.

On a, suivant le gré des opérateurs, employé pour cette injection des solutions iodo-iodurées de force différente; il n'y a aucun intérêt à les préférer à la teinture d'iode pure, dont font usage déjà depuis longtemps MM. Després, Duplay, Tédenat, Reclus et nombre d'autres chirurgiens. C'est le meilleur moyen de se mettre à l'abri des récidives que l'on évitera d'autant mieux que la teinture d'iode aura été plus fraîchement préparée.

Suites de l'opération. — Dans les jours qui suivent l'injection, des phénomènes inflammatoires de vaginalite se déclarent et le volume des bourses redevient ce qu'il était avant l'évacuation du liquide; puis peu à peu la résorption s'accomplit et, en vingt ou trente jours, la guérison est effectuée. Pour la favoriser et l'accélérer le meilleur moyen est d'appliquer, aussitôt après l'opération, une compression ouatée méthodique suivant le procédé décrit par notre collègue Wickam (1).

(1) Wickam. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1886.

Si la résolution tarde à se faire, ainsi qu'on l'observe chez les vieillards, par exemple, il ne faut pas pratiquer immédiatement de nouvelle ponction, car on s'expose à provoquer des accidents inflammatoires et même la suppuration de la vaginale; des résolutifs et la compression seront de nouveau mis en usage et ce n'est qu'après plusieurs mois que l'on se décidera à une nouvelle intervention.

Inconvénients et accidents de l'injection iodée. — On a reproché à l'injection iodée de donner lieu à de très vives douleurs, qui persisteraient quelquefois pendant plusieurs heures. Bien que ce fait ne soit pas constant, il n'en est pas moins exact chez un certain nombre de malades. Mais il est facile d'y remédier, ou plutôt de prévenir les accidents douloureux en faisant usage du chlorhydrate de cocaïne.

Depuis que M. Périer a essayé le premier cet analgésique, de nombreuses observations en ont été publiées par MM. Baillet-Thiéry, Dubuc, Marty, Barraud, et actuellement la plupart des opérateurs ont recours à la cocaïne. Lorsque par la ponction, le liquide a été retiré, on injecte 30 grammes d'eau distillée, contenant 50 centigrammes de cocaïne, et on laisse cette solution en contact avec la séreuse pendant cinq minutes; ce temps écoulé, on la retire au moyen de l'aspirateur et on fait l'injection iodée.

Quelques chirurgiens préfèrent cette autre manière de procéder : ils versent dans la cavité vaginale vidée quelques grammes d'une solution de cocaïne à 5 p. 100, puis au bout de trois à cinq minutes, ils poussent l'injection iodée sans s'occuper de la cocaïne. De quelque manière que l'on agisse, les malades ne ressentent aucune douleur; tout au plus accusent-ils une sensation de chaleur pénible et désagréable.

Différents accidents sont imputables à l'action de l'injection iodée; sans être fréquents, il est cependant tout naturel de supposer, vu le nombre incalculable de fois que cette opération a été pratiquée, qu'ils ont été variés. En effet, outre la blessure du testicule par le trocart, qu'il est presque toujours possible d'éviter avec un peu d'attention, on a noté la vaginalite suppurée, qui serait survenue 16 fois sur 100 d'après Wendling (1). Cette proportion serait énorme, si elle reproduisait fidèlement la vérité; mais, pour l'accepter d'une façon générale, il faudrait qu'elle fût déduite d'une statistique très étendue. Or, il n'en est pas ainsi, car l'on sait que si l'on publie les cas malheureux, offrant quelque intérêt, beaucoup de chirurgiens ne prennent pas note des multiples guérisons qui surviennent sans incidents.

On a encore signalé, parmi les complications possibles, l'orchite, la suppuration du testicule, la phlébite du cordon, la septicémie, le phlegmon et la gangrène des bourses. A titre exceptionnel, MM. Boursier et Loumeau (2) ont publié, en 1886, un cas de contracture des muscles innervés par le cubital et le médian et des muscles de la langue.

Relativement au phlegmon et à la gangrène des bourses qui, parfois, ont été causés par l'infiltration de la teinture d'iode dans le tissu cellulaire, il vaut mieux, pour éviter cet accident, qui résulte du déplacement de la canule, se servir de l'aiguille de l'aspirateur, ou bien, si l'on a choisi le trocart, verser la teinture d'iode au moyen d'un entonnoir, suivant la recommandation de M. Guyon. On prend, à cet effet, un petit entonnoir comparable au spéculum plein de

(1) Wendling. *Semaine médicale*, leçon Reclus.
(2) Boursier et Loumeau. *Gazette médicale de Bordeaux*, juin 1886.

l'oreille, et pouvant être adapté à la canule du trocart, puis on verse dans son intérieur la teinture d'iode, jusqu'à ce que la cavité vaginale soit remplie au degré désiré; comme on n'exerce aucune pression, il y a peu de chance que le liquide s'infiltre au loin dans les mailles du tissu cellulaire.

Résultats de l'injection iodée. — Malgré les quelques accidents que l'on relève de temps en temps, l'injection iodée n'en continue pas moins à être pratiquée chaque jour, et cela avec raison, car sa valeur curative ne peut être mise en doute.

Cependant, si l'on voulait faire un relevé des principales statistiques, le nombre des récidives qui y sont mentionnées serait de nature à faire croire qu'*a priori* l'injection iodée n'est pas d'une efficacité telle qu'on pourrait le souhaiter. C'est ainsi que la récidive serait de 11 p. 100 pour Gosselin (1) et de 25 p. 100 d'après M. Augagneur (2), tandis que M. Tédenat (3) n'accuse que 12 p. 100 et William T. Bull (4) 8,5 p. 100; suivant quelques auteurs, elle tomberait même à 4 p. 100.

Nous acceptons ces chiffres, mais nous ne devons les accepter qu'en faisant remarquer que chaque opérateur a traité à sa façon des hydrocèles qui, certainement, présentaient des caractères différents et pour lesquelles on n'appliquerait pas maintenant la même thérapeutique.

Aussi ne devons-nous rien en conclure contre l'injection iodée, qui donnera des résultats d'autant meilleurs que la teinture d'iode aura été plus fraîchement préparée.

En résumé, de la rapide analyse à laquelle nous venons de nous livrer sur les principales méthodes de traitement de l'hydrocèle, il résulte que la cautérisation, suivant le procédé de Defer, tout en ayant des guérisons à son actif, n'est pas à l'abri de tout reproche et peut être avantageusement remplacée par les injections irritantes.

Parmi ces injections, il en est quelques-unes sur la valeur desquelles il serait téméraire de se prononcer actuellement, vu le petit nombre de documents que l'on peut invoquer, telles sont les injections au sublimé, au chlorure de zinc et à l'acide phénique. Reste donc l'injection de teinture d'iode pure et fraîche. C'est la méthode de choix que recommandent sa bénignité, son efficacité et la facilité avec laquelle on la met en pratique.

Donc devant une hydrocèle simple, transparente, peu ancienne, à liquide séreux, à parois minces et souples, le premier traitement qu'il nous paraît logique d'instituer, est l'injection de teinture d'iode pure, avec compression ouatée méthodique. C'est la conduite tenue par MM. Després, Reclus (5), ainsi que par MM. Duplay (6) et Heydenreich (7) qui n'ont jamais vu de récidive chez leurs malades.

Cette injection suffit ordinairement pour amener la guérison avec ou sans oblitération de la cavité vaginale; elle est préférable, ainsi que le dit Julliard (8), à tout autre moyen, car le scrotum reste souple et conserve ses caractères normaux; rien n'est changé dans l'état naturel des parties et il ne reste même pas la marque de l'opération qui a été faite.

(1) Gosselin. *Clinique chirurgicale de la Charité*, t. II, 1879.
(2) Augagneur. *Lyon médical*, 1885.
(3) Tédenat. Deuxième Congrès français de chirurgie, 1886.
(4) William T. Bull. *New-York surg. Soc.*, février 1886.
(5) Reclus. *Semaine médicale*, juillet 1887.
(6) Duplay. *Traité de pathologie externe*, t. VII, p. 258.
(7) Heydenreich. *Semaine médicale*, décembre 1885.
(8) Julliard. *Revue de chirurgie*, 1884.

Toutefois il peut se présenter des cas où la cause de l'hydrocèle (kystes épididymaires, productions anomales, etc.) n'a pas été détruite par la teinture d'iode et une récidive paraît. C'est alors que, suivant l'état des parties anatomiques l'on aura, comme nouvelle intervention, à choisir entre une deuxième injection iodée et l'incision antiseptique. A la première on aura recours, avec quelques chances de succès, si les parois de la vaginale ne sont pas réellement épaissies et si elles sont susceptibles de revenir sur elles-mêmes; des exemples authentiques de guérison viennent légitimer cette manière d'agir. Mais si, au contraire, l'on a soupçonné ou reconnu l'existence de néo-membranes d'une certaine épaisseur, si l'on a affaire à une véritable pachyvaginalite, c'est à l'incision antiseptique qu'il faut faire appel.

Le même procédé de cure radicale devra être appliqué aux variétés suivantes de l'hydrocèle : hydrocèles anciennes, récidivées, multiloculaires, en bissac [Bazy] (1), aux hydrocèles compliquées de corps étrangers et de kystes et dans certains cas d'hydrocèle congénitale.

III

Hydrocèle congénitale. — *L'hydrocèle congénitale*, qui est constituée par un épanchement séreux, développé dans la vaginale restée en communication avec le péritoine, s'observe surtout chez les enfants, mais se rencontre également chez les adultes. Chez les premiers, il n'est pas rare de la voir disparaître spontanément après quelques années. On en peut favoriser la disparition, en recouvrant la tumeur de compresses imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque et en s'aidant de la compression appliquée au niveau du canal inguinal.

En cas d'insuccès, elle doit être traitée comme celle des adultes, par l'incision antiseptique des bourses et par la résection du conduit vagino-péritonéal. Il y a danger, nous dirions presque faute, à lui appliquer l'injection iodée, car, malgré les précautions que l'on prend d'obstruer momentanément le canal vagino-péritonéal, au moment de l'injection, le liquide peut pénétrer dans la cavité péritonéale et provoquer une péritonite mortelle.

IV

Pachyvaginalites. — *Pachyvaginalites récentes.* — En cas de pachyvaginalites jeunes, au premier degré, il ne semble pas qu'il doive y avoir beaucoup d'hésitation dans le choix du traitement. En effet, si quelques succès ont pu être obtenus par les injections iodées, alors que les néo-membranes étaient encore souples, trop souvent il est survenu, à la suite de ces injections, de graves complications (hémorrhagies, inflammation, gangrène), qui ont dû nécessiter une intervention radicale. Ne sont-ce pas là des raisons suffisantes pour contre-indiquer ce mode de traitement et faire recommander l'*incision antiseptique*, telle qu'on la pratique actuellement?

D'après l'historique thérapeutique des épanchements de la vaginale, il est prouvé que la méthode sanglante ou de l'incision a été la méthode la plus ancienne, que l'on ait mise en usage contre ces épanchements; mais, comme la suppuration, que l'on provoquait en vue de la guérison,

(1) Bazy. *Archives générales de médecine*, novembre 1887.

était parfois suivie d'accidents sérieux, elle fut complètement abandonnée, le jour où Velpeau eut montré l'innocuité des injections iodées et affirma leur efficacité. Ce n'est qu'en 1876, que Volkmann fit revivre cette opération et l'érigea en méthode générale de traitement, en lui appliquant les règles de l'antisepsie. Grâce à la sécurité que donne cette dernière, l'incision a conquis rapidement des adhérents, qui, dans tous les pays, sont devenus de jour en jour plus nombreux. Pendant quelques années, le procédé opératoire de Volkmann fut le seul usité ; mais, à partir de 1884, on lui a fait subir quelques modifications, de telle sorte que plusieurs procédés se disputent actuellement la faveur des opérateurs. Après avoir indiqué rapidement le procédé de Volkmann, nous exposerons la manière de faire de MM. Julliard, Bergmann et Nicaise.

Volkmann (1), avant de faire l'incision, lave d'abord la région scrotale avec la solution phéniquée à 3 p. 100, et la frictionne énergiquement avec une brosse à ongles, puis il incise la peau largement de haut en bas. Les téguments sont disséqués couche par couche, l'hémostase assurée et la tunique vaginale sectionnée sur une longueur, égale à celle de la peau. S'il existe des productions anomales dans la cavité vaginale, on l'en débarrasse, et, après un lavage avec la même solution phéniquée et le placement d'un tube à drainage, on suture, à l'aide d'une soie très fine, du même coup les lèvres de la vaginale et celles de l'incision cutanée ; il faut ordinairement une quinzaine de points de suture. On applique ensuite sur le tout un pansement antiseptique compressif, destiné à accoler le feuillet pariétal de la vaginale contre le testicule.

M. Julliard (2) adresse quelques justes reproches au procédé de Volkmann ; c'est ainsi qu'il détermine souvent une irritation de la peau du scrotum par la solution phéniquée à 3 p. 100 ; il n'assure pas suffisamment, dans les cas où la cavité est grande, l'adossement des deux feuillets de la séreuse ; et, d'autre part, le drain crée dans la cavité un trajet, au niveau duquel il peut ne pas y avoir d'adhérences, d'où tendance à la récidive. Aussi, pour ces différentes raisons, voici comment M. Julliard a modifié ce procédé. Il lave le scrotum avec de l'eau tiède savonneuse, puis avec une solution phéniquée à 1,25 p. 100. L'incision faite, il résèque toujours une portion de la vaginale et n'en laisse que ce qui est nécessaire pour recouvrir le testicule et le cordon. Les productions anomales sont enlevées, s'il y en a, la cavité lavée avec de l'eau phéniquée faible, et la vaginale suturée avec des catguts très fins, en l'ajustant sur le testicule et le cordon, et après que l'hémostase est bien complète. Puis on suture le scrotum, en plaçant un drain à la partie déclive, dans les couches superficielles seulement. Enfin, le tout est recouvert d'un pansement antiseptique compressif.

Von Bergmann (3) a tenté de parer aux inconvénients du procédé de Volkmann en opérant ainsi. La vaginale ouverte, il isole son feuillet pariétal de la tunique commune et du cordon jusqu'au voisinage du testicule et de l'épididyme, puis il extirpe la totalité de la tunique ; ensuite, lavages, drainage, sutures et pansement comme dans les autres procédés ; la guérison demanderait onze jours en moyenne.

M. Nicaise propose de ne faire l'excision que de la séreuse, en conservant la tunique fibreuse (1). Ce procédé n'expose à aucun accident, aucune hémorrhagie, aucune infiltration sanguine ; comme preuve à l'appui, ce chirurgien rapporte une observation, qu'il fait suivre de ces remarques :

« Après l'incision de la vaginale, trouvant celle-ci épaissie, j'essayai de la décoller de la tunique fibreuse, ce qui se fit avec la plus grande facilité ; je ne conservai de la vaginale que juste ce qu'il fallait pour recouvrir le testicule, en ayant eu soin de ne pas prolonger le décollement jusqu'au bord postérieur de cet organe. Après l'excision, il restait donc une étendue de la séreuse suffisante pour recouvrir le testicule, et les bords seuls de cette partie restante étaient décollés ; je les suturai ensemble au moyen de fils de soie fins, en sutures perdues. Puis, je fis une suture cutanée superficielle en traversant en même temps les bords de la tunique fibreuse. Le résultat fut excellent. »

Quel que soit des derniers procédés celui que l'on adopte, il est bon d'avoir recours à l'anesthésie générale, bien que M. Julliard conseille de s'en abstenir, l'incision de la peau étant seule douloureuse d'après cet auteur. On peut encore remplacer le chloroforme par une injection hypodermique de chlorhydrate de cocaïne, suivant le tracé que parcourra le bistouri.

Suites opératoires et accidents. — Quand l'opération a été faite d'après les règles sévères de l'antisepsie et lorsqu'aucune faute n'a été commise soit pendant le cours de cette dernière, soit au moment du renouvellement des pansements, la guérison est obtenue en dix ou quinze jours au plus, et les malades peuvent se lever, munis d'un suspensoir ouaté, car, souvent, il reste encore un peu de gonflement et de sensibilité, qui ne disparaissent que trois semaines après l'opération.

Il n'y a pas ordinairement de réaction inflammatoire, comme avec l'injection iodée, et les quelques accidents qui ont été notés (rétention d'urine, orchite légère, abcès superficiels) méritent à peine d'être signalés, tant ils sont rares, ainsi que le prouve l'examen des 457 observations relevées par M. Nimier (2). Si nous ne parlons pas des trois cas de mort mentionnés par cet auteur, c'est qu'une maladie indépendante de l'opération en a été la cause. Le seul accident sérieux aurait été un phlegmon des bourses, observé par Gross.

Ainsi donc, s'il est possible de supposer que l'on n'a pas toujours pris la peine de publier les cas malheureux dont on a été témoin, on est en droit, d'après les statistiques connues de MM. Volkmann, Labadie, Julliard, Augagneur, William T. Bull, Reclus, Weir, Routier, etc. de regarder les complications comme exceptionnelles. Il est juste d'ajouter que la plupart des opérations ont été faites par des chirurgiens au courant des méthodes antiseptiques. Mais peut-être en serait-il autrement, si la cure radicale entrait dans la pratique courante, si, pour nous servir de l'expression de M. Reclus, elle était démocratisée ?

Quant aux suites éloignées, il semblerait que la cure radicale méritât bien son nom, si l'on s'en rapportait à ses partisans qui affirment qu'avec leur méthode, il n'y a pas de récidive. Un pareil langage est par trop absolu, car l'expérience est quelquefois venue prouver le contraire, principalement après le procédé de Volkmann ; reconnais-

(1) Wolkmann. *Berlin. Klin. Wochens.*, n° 3, 1876.
(2) Julliard. Loc. cit.
(3) Von Bergmann. *Berlin. Klin. Wochens.*, n° 14, 1885.

(1) Nicaise. *Revue de chirurgie*, 1888.
(2) Nimier. *Semaine médicale*, leçon Reclus, n° 29, 1887.

sons pourtant qu'elle est rare depuis les modifications que l'on a apportées à ce procédé : d'après les relevés de Wendling et Nimier (1), elle ne serait que de 1 p. 100.

En résumé, s'il faut avouer que l'incision antiseptique est une opération délicate assez compliquée et qui ne doit être entreprise qu'en se conformant rigoureusement aux règles de l'antisepsie, elle n'en est pas moins, à notre avis, la seule qui soit capable de donner le plus de succès rapides dans le traitement des pachyvaginalites récentes, mais, dans ce cas, sa valeur, au point de vue des suites immédiates et éloignées, ne pourra être définitivement appréciée que lorsqu'on aura recueilli des statistiques dans lesquelles on ne fera pas rentrer les résultats qu'elle donne en cas d'hydrocèles, car les conditions pathologiques sont toutes différentes : c'est ce que l'on n'a pas fait jusqu'à ce jour ; aussi les statistiques actuelles ne jugent-elles que l'opération par elle-même, sans qu'elles puissent servir à établir ses indications et ce qu'elle vaut dans telle ou telle affection.

Assurément une semblable confusion ne peut persister dans l'avenir, si l'on prend soin de n'appliquer aux différentes inflammations de la vaginale que le traitement dont elles sont réellement justiciables, sans obéir à aucune idée d'exclusion. C'est alors qu'il n'y aura plus lieu d'établir de comparaison entre les injections irritantes et l'incision antiseptique, ni de les regarder comme deux méthodes rivales. Soumises, chacune d'elles, à des indications qui paraissent nettement définies, elles seront acceptées l'une et l'autre, suivant les circonstances, et elles donneront ainsi des documents statistiques, qui seront alors à l'abri de la critique.

V

Pachyvaginalites ancienne et hémorrhagique, ou hématocèle. — Dans ces variétés de pachyvaginalites, les parois de la vaginale, épaissies et indurées, ont perdu leur souplesse et leur élasticité ; tapissées par des néo-membranes adhérentes, qui baignent dans du liquide plus ou moins sanguinolent, elles ne sont plus capables de rétraction, et toute opération, qui aurait pour but de faire une excision partielle de ces néo-membranes et de reformer une cavité vaginale, échouerait : aussi a-t-on conseillé de les traiter par un certain nombre de moyens, dont les principaux sont : le drainage, l'incision simple, l'excision totale, la décortication et la castration. Nous allons rapidement passer en revue ces différents modes de traitement, en faisant de larges emprunts à l'excellent article HÉMATOCÈLE de M. Reclus, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre.

Le *drainage*, dont le but est de provoquer une suppuration, qui sera plus ou moins prolongée, a donné des succès entre les mains de MM. Chassaignac, Demarquay, Richet et quelques autres chirurgiens ; mais comme cette méthode, malgré l'emploi d'injections antiseptiques, peut donner naissance à des complications sérieuses (rétention du pus, pyohémie, etc.) et que, très souvent, elle est insuffisante à amener la guérison, elle ne nous paraît pas recommandable.

L'*incision* ne mérite guère un plus grand crédit, car s'il est possible d'obtenir avec elle d'heureux résultats, ce qui est hors de doute, elle s'est montrée très fréquemment inefficace, et a été parfois le point de départ de graves accidents (Nélaton, Béraud, Gosselin).

(1) NIMIER et WENDLING. Loc. cit.

Nous en dirons tout autant du procédé qui à l'incision ajoute l'*excision partielle et le grattage des néo-membranes.* Le nombre des succès que différents opérateurs, Volkmann (1) entre autres, ont dus à cette manière de faire, n'est pas assez grand pour que l'on ne tienne pas compte des dangers qu'elle fait courir.

Quant à l'*excision totale*, dans laquelle on sectionne tous les tissus malades, après les avoir isolés jusqu'à leur insertion postérieure sur la glande, c'est un procédé qui, suivant M. Reclus (2), favorise les hémorrhagies et n'est souvent qu'une mauvaise castration. Tous ces procédés mis à l'écart, le chirurgien n'a plus le choix qu'entre deux méthodes vraiment recommandables : la décortication et la castration.

La *décortication*, quoique anciennement connue, n'a été nettement décrite que par Gosselin en 1851, dans un mémoire paru dans les *Archives générales de médecine*. Cette opération se compose de trois temps : le premier temps consiste à déterminer autant que possible la situation du testicule, pour éviter de le blesser ; puis, cela fait, par une section verticale sur la face antérieure de la tumeur, on incise les tissus couche par couche jusqu'à ce qu'il n'en reste plus qu'une petite épaisseur, et lorsqu'on a reconnu que le testicule n'est pas en avant, on pratique une incision assez longue de bas en haut.

Dans le deuxième temps on procède au décollement des fausses membranes, en les détachant graduellement de chaque côté de l'incision avec une sonde cannelée, une spatule ou un instrument mousse quelconque, jusqu'au niveau des testicules où elles sont ordinairement plus adhérentes ; il existe alors deux valves flottantes.

Leur section au bistouri ou avec des ciseaux constitue le troisième temps qui se termine par des lavages et l'application d'un pansement, que de nos jours l'on rendrait antiseptiques, en ajoutant le drainage et la suture, dans le but d'obtenir une réunion par première intention, ce que l'on ne recherchait pas autrefois.

Mais ce mode de traitement n'est pas toujours applicable, soit que l'on ait affaire à de fausses membranes très épaisses qui ont subi les transformations cartilagineuse ou calcaire, soit qu'il n'y ait pas utilité à conserver un testicule arrivé au dernier degré de la sclérose et de l'atrophie. Dans ces cas, il n'y a pas d'hésitation à avoir : la *castration* s'impose. Nous ne nous arrêterons pas sur le manuel opératoire de cette opération, qui se trouve décrit en détail dans tous nos ouvrages classiques, non plus que sur les bons résultats qu'elle fournit ; mais nous aurions tort de ne pas terminer cette Revue par les phrases suivantes : « S'il nous fallait résumer en quelques lignes, dit M. Reclus (3), notre opinion sur les diverses méthodes opératoires qui se disputent l'hématocèle, nous dirions : Tout dépend de l'ancienneté et de l'étendue des néo-membranes. Au début, lorsqu'elles sont encore jeunes et souples, au lieu de perdre son temps à des injections iodées douloureuses, et qui aggravent le mal, nous pratiquerions l'opération de M. Julliard. Si les parois sont épaisses et rigides, leur conservation partielle pour la reconstitution de la vaginale n'est plus possible : alors, laissant de côté le drainage, l'incision simple, l'excision partielle ou totale, nous aurions recours

(1) VOLKMANN. Thèse de Riedel, Halle, 1885.
(2) RECLUS. Loc. cit.
(3) RECLUS. Loc. cit.

à la décortication de Gosselin, ne nous résolvant à la castration que dans les cas, malheureusement peu rares, où le testicule atrophié, scléreux, perdu dans la séreuse hyperplasiée, serait d'une recherche trop difficile ; encore tenterions-nous cette recherche et reviendrions à la décortication ou du moins à son semblant, si la pachyvaginalite était bilatérale. Ici comme ailleurs, la forme emporte le fond et nous savons que l'opéré veut, quand même, croire à sa virilité. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 juin 1889 (1). — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

COMMUNICATION

Prophylaxie des maladies contagieuses. — Gravité comparée de la coqueluche et de la scarlatine. — M. COMBY a affirmé, au cours de la discussion sur la prophylaxie des maladies contagieuses, que la scarlatine était plus grave que la coqueluche ; MM. Gaucher, Huchard, Richard se sont déclarés contre cette opinion. Cependant, la plupart des médecins d'enfants reconnaissent que la scarlatine est beaucoup plus dangereuse que la coqueluche. Et, d'ailleurs, la mortalité de ces deux affections est la même alors que le nombre des cas de coqueluche est dix fois plus grand que ceux de scarlatine.

L'étude des statistiques de la ville de Paris vient à l'appui de cette opinion ; elle montre, en outre, que la scarlatine tend à s'accroître d'année en année. En ville, comme à l'hôpital, la scarlatine présente les mêmes allures. Au contraire, les coqueluches que l'on observe à l'hôpital ne sont que des coqueluches graves et leur mortalité effrayante est due entièrement à la bronchopneumonie.

La coqueluche traitée à domicile n'est pas grave. On ne meurt pas de la coqueluche, on meurt de bronchopneumonie infectieuse, de tuberculose, c'est-à-dire de complications étrangères à la maladie primitive et provenant du milieu hospitalier.

Par contre, la scarlatine est grave par elle-même, elle est assez virulente pour amener la mort sans avoir recours à un microbe étranger ; elle tue par l'hyperthermie, par les accidents nerveux, angineux, cardiaques, rénaux, c'est-à-dire par des symptômes et des localisations qui lui sont propres, qui sont des manifestations directes de son infectiosité, de sa toxicité, de sa malignité.

Toutefois la coqueluche doit être l'objet de mesures prophylactiques rigoureuses. Mais s'il est facile d'isoler la scarlatine dont les cas sont rares, dont la marche est cyclique, il en est tout autrement de la coqueluche. Les coqueluchoux sont innombrables à Paris ; ils sont apyrétiques, ils courent les rues.

Il serait préférable d'envoyer les coquelucheux à la campagne. C'est dans ce but que le docteur Chautemps avait proposé, en 1887, de créer un hôpital suburbain pour la coqueluche, mais la commission sanitaire du Conseil municipal en a ajourné l'exécution à des temps meilleurs.

M. LEGROUX tient à protester contre l'assertion émise par MM. Gaucher, Féréol, Huchard et Sevestre à savoir que la coqueluche serait plus grave que la scarlatine ; si la scarlatine semble moins grave, c'est, d'une part, parce que l'isolement pratiqué pour elle plus ou moins complètement dans les hôpitaux et certainement fait plus strictement dans les familles, en a abaissé notablement la fréquence et consécutivement la léthalité, et, d'autre part, parce que depuis longtemps on n'a pas subi d'épidémie sévère de scarlatine.

(1) Nous n'avons pas donné le compte rendu de la précédente séance, qui a été entièrement consacrée à une discussion administrative sur les mesures prophylactiques à prendre contre les maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants.

Mais qu'on se rappelle l'opinion de Sydenham sur la bénignité ou la gravité de la scarlatine selon les épidémies ; qu'on se souvienne de l'horreur qu'en avait Trousseau. Dès lors, si l'on isole tout d'abord la coqueluche plutôt que la scarlatine, n'est-il pas à craindre que celle-ci ne reprenne plus de fréquence et de gravité ?

Certes, à l'hôpital, la mortalité de la coqueluche est plus élevée que celle de la scarlatine. Mais à l'hôpital on ne reçoit que des coqueluches graves. En réalité, à nombre égal de cas, la mortalité est plus grande pour la scarlatine. De plus, cette affection est beaucoup plus contagieuse que la coqueluche.

Il paraît donc préférable de conseiller à l'Administration d'isoler la scarlatine plutôt que la coqueluche.

M. SEVESTRE proteste contre l'opinion que lui prête M. Legroux ; il n'a jamais dit qu'il fallait isoler la coqueluche avant la scarlatine. Il a prétendu simplement que la coqueluche était une maladie grave et qu'on devait ne pas hésiter à isoler tous les cas qui se présentaient à l'hôpital.

M. FÉRÉOL avait dit que, s'il était vrai que la coqueluche fût réellement plus meurtrière, plus grave que la scarlatine, on devait l'isoler avant cette dernière maladie, mais si l'on démontre que la scarlatine est, au contraire, plus dangereuse, il ne demande plus qu'on accorde la préférence aux coquelucheux.

M. RICHARD fait remarquer que les arguments de M. Legroux vont à l'encontre de sa théorie. Il a dit que tous les coquelucheux hospitalisés étaient gravement atteints, que presque tous mouraient de bronchopneumonie. C'est là, semble-t-il, une raison qui plaide en faveur de l'isolement rapide de ces coquelucheux hospitalisés.

M. COMBY a voulu seulement démontrer que c'était une hérésie de considérer la scarlatine comme moins grave que la coqueluche. Mais il n'a voulu en aucune façon protester contre l'isolement de cette dernière affection ; il en est, au contraire, tout à fait partisan.

M. GAUCHER répond à M. Comby que ses statistiques ne l'ont pas convaincu, parce qu'elles sont forcément entachées d'erreur. Il existe, en effet, en outre des enfants déclarés morts de coqueluche, beaucoup de coquelucheux qui ont succombé à la bronchopneumonie, à la tuberculose, etc. ; ce ne sont pas ces maladies qu'il faut incriminer dans ces cas, c'est la coqueluche ; ces morts lui appartiennent bien. La coqueluche cause donc plus de morts qu'on ne l'a dit.

Puisqu'il est reconnu que les coquelucheux qu'on conduit à l'hôpital sont très dangereusement malades, qu'ils meurent presque tous, que les chances de mortalité de la coqueluche sont plus grandes que celles de la scarlatine, n'est-ce pas une raison pour qu'on isole la coqueluche avant la scarlatine ?

M. JUHEL-RÉNOY appuie les conclusions de M. Gaucher. La coqueluche est une maladie grave et la scarlatine est plutôt bénigne.

M. RENAULT, en sa qualité de médecin inspecteur de la vérification des décès, peut dire que la coqueluche fait plus de victimes que la scarlatine. Il constate à chaque instant des morts par coqueluche (bronchopneumonie, tuberculose, inanition, etc.) ; il voit rarement, par contre, des décès par scarlatine.

M. LABBÉ dit que la scarlatine est actuellement bénigne, par suite des précautions d'isolement qu'on a prises, mais il a vu des épidémies où elle était particulièrement grave. Il faut donc se défier de la scarlatine, mais ce n'est pas une raison pour négliger les coquelucheux ; il faut les isoler, au moins de ceux qui entrent à l'hôpital, atteints de bronchopneumonie.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Empyème pulsatile. — M. FÉRÉOL présente un malade à qui M. Berger a fait, en 1883, l'opération d'Estlander pour une pleurésie purulente avec tumeur pulsatile. Ce malade est resté guéri pendant cinq années. Au mois d'octobre dernier, à la suite d'un effort, il sentit un craquement, puis une vive douleur au niveau de la cicatrice. Il se forma en ce point un abcès, du volume d'un

œuf de poule, qui s'ouvrit spontanément. Une fistule existe depuis ce moment.

Ce malade présente actuellement une albuminurie abondante qui contre-indique une nouvelle opération.

M. Comby, dans son mémoire sur les pleurésies pulsatiles, dit qu'on a proposé quatre théories pour expliquer l'empyème pulsatile;

1° La théorie de Traube qui attribue à des épanchements péricardiques la transmission et l'amplification des battements du cœur au liquide épanché dans la plèvre;

2° La théorie de M. Comby qui attribue ce rôle à des adhérences reliant le poumon au péricarde;

3° La théorie de M. Féréol qui fait intervenir le pneumothorax;

4° Une quatrième théorie, enfin, qui invoque plusieurs conditions pathologiques : refoulement extrême du cœur, tension positive de l'épanchement, parésie des muscles intercostaux.

Aucune de ces théories ne satisfait M. Comby, M. Féréol demande de défendre la sienne qui lui paraît devoir expliquer assez bien l'empyème pulsatile. Le pneumothorax a été rencontré souvent à l'autopsie de pleurésies pulsatiles ; il existe réellement, mais généralement il reste latent et ce n'est qu'au moment de la ponction qu'on le reconnaît.

Quand, dans une pleurésie pulsatile, il existe un pneumothorax de petite étendue coïncidant avec un épanchement très abondant, on comprend que cette petite quantité d'air transmette au liquide l'impulsion cardiaque, d'où le phénomène de l'empyème pulsatile. Mais ce pneumothorax ne se rencontre pas toujours. Quand il est absent, il est possible d'admettre que le fluide élastique, nécessaire pour transmettre au liquide les battements du cœur, est représenté par l'air que contient le poumon lui-même, incomplètement refoulé par un épanchement peu abondant.

M. COMBY trouve la théorie de M. Féréol très ingénieuse, mais, avant de l'adopter, il croit qu'il vaut mieux attendre les résultats que fourniront les autopsies ultérieures.

Syphilis héréditaire. — M. D'HEILLY présente une fillette de quatorze ans qui porte de nombreuses lésions tertiaires de syphilis héréditaire : nez cassé à la base, voûte palatine en partie détruite, luette perdue, dents irrégulièrement plantées; tibias présentant des altérations très marquées : le gauche est très hypertrophié, le droit est en fourreau de sabre. Il existe sur le fémur de nombreuses exostoses qui se sont développées avec des douleurs atroces; on en rencontre également sur les cubitus; les humérus sont volumineux; le foie est énorme.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 juin 1889. — Présidence de M. LE DENTU.

RAPPORT

Anévrysme du pli du coude. — M. TERRIER fait un rapport sur une observation adressée par M. Pluyette (de Marseille), dans laquelle il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans, ayant eu deux frères tuberculeux, étant lui-même atteint d'insuffisance aortique avec albuminurie et d'un anévrysme spontané du pli du coude. La situation était très grave et commandait une intervention prompte et énergique. Aussi, malgré la présence de l'affection cardiaque, M. Pluyette fit la ligature de l'humérale au-dessus de l'anévrysme, ouvrit largement la poche anévrysmale, donna issue à 300 grammes de caillots, éprouva les plus grandes difficultés dans la recherche du bout inférieur et, ne pouvant y appliquer une ligature, se contenta d'y laisser à demeure une pince hémostatique. Il appliqua un tamponnement iodoformé et avait pratiqué son opération selon les règles d'une antisepsie rigoureuse. Il obtint la réunion ; il n'y eut pas de suppuration; quelques points seulement de la poche se sphacélèrent; la ligature artérielle tomba après plusieurs jours. Les suites de l'opération furent, somme toute, assez bonnes; et il n'y eut pas de complications. Mais les accidents cardiaques et rénaux s'accentuèrent et, peu de temps après, la malade succombait à ces accidents.

M. Pluyette fait suivre cette observation de certaines réflexions. Il signale d'abord la rareté des anévrysmes spontanés du pli du coude, la coexistence de l'affection cardiaque. Il se demande quels rapports il a pu y avoir entre cette affection et l'anévrysme. M. Terrier rappelle une observation analogue de MM. Bucquoy et Tillaux, dans laquelle, à l'autopsie, on a trouvé une intégrité absolue du système artériel. Les altérations vasculaires ne sont donc pas, dans ces cas, aussi généralisées qu'on le croit. Partant de ce fait, M. Pluyette admet que, dans ces cas, il s'agit probablement d'embolie d'origine microbienne pouvant ainsi devenir la cause d'anévrysmes sans lésions artérielles. M. Pluyette se demande si l'opération n'a pas eu d'influence fâcheuse sur la lésion cardiaque; M. Terrier ne le pense pas et, du moment qu'il serait sûr de son antisepsie, il n'hésiterait pas à opérer en pareil cas.

Enfin, M. Pluyette n'a pas cru devoir donner du chloroforme à son malade à cause de son affection du cœur.

M. QUÉNU croit que c'est une erreur de ne pas oser donner le chloroforme à des cardiaques. Il n'y a pas lieu de craindre chez eux une influence fâcheuse de cet agent anesthésique. Il a récemment opéré un anévrysme du creux poplité, chez un malade atteint d'insuffisance aortique. Il a fait la ligature de la fémorale et n'a pas craint de lui donner du chloroforme. Le malade a bien guéri. Il est bien certain que la ligature, dans ces cas, donne d'aussi bons résultats définitifs que l'ablation du sac.

M. TERRIER croit, comme M. Quénu, qu'il est utile de dire, à la Société de chirurgie, qu'on peut impunément donner du chloroforme aux cardiaques. Quant au malade de M. Pluyette, il avait bien supporté la ligature de l'humérale, et l'insuffisance aortique dont il était atteint ne contre-indiquait nullement l'intervention chirurgicale pour son anévrysme.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES CORPS FIBREUX PAR L'ÉLECTRICITÉ

M. TRÉLAT fait observer que la question soulève d'abord un point de priorité qui ne saurait faire de doute pour personne : M. le docteur Apostoli est vraiment l'auteur et le fondateur du traitement électrique des fibromes de l'utérus; son premier mémoire remonte à l'année 1884, et il est juste de reconnaître que, s'il a successivement modifié et perfectionné sa technique opératoire, la méthode dite des *basses* ou *moyennes intensités* lui appartient tout entière, ainsi qu'en fait foi un pli cacheté déposé à l'Académie de médecine le 10 avril 1883 (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1889, p. 635). Si, maintenant, il applique de plus hautes intensités, qui peuvent aller jusqu'à 250 milliampères, ce n'est pas constant, et il formule les indications qui les légitiment ou les contre-indiquent.

Ainsi qu'il l'a très nettement exprimé, son traitement est avant tout symptomatique, et n'a nullement la prétention de tenter la cure radicale des fibromes de l'utérus. Sous l'influence de ce traitement on obtient, de plus, une diminution très fréquente du volume des fibromes, diminution qui peut varier d'un malade à l'autre, et qui peut égaler le tiers, le quart ou la moitié du volume primitif.

Beaucoup de fibromes s'améliorent tout seuls, a-t-on objecté, et, par conséquent, le traitement électrique peut n'être qu'une coïncidence dans cette évolution; oui, sans doute, personne ne conteste ces changements spontanés, mais quand on les observe à tout âge, et constamment, après le traitement électrique, selon la méthode de M. Apostoli, on ne saurait voir là une coïncidence, mais bien une relation de cause à effet.

M. Trélat apporte sept observations de malades traitées par M. Apostoli, qui ont été soignées sous ses yeux, dans son service, et dont il a pu contrôler les résultats thérapeutiques.

Observation I. — J. C..., quarante-huit ans, nullipare, atteinte de métrorrhagies abondantes depuis dix ans, avec un état général

qui s'est progressivement aggravé, entrée à l'hôpital le 10 mai 1888.

Fibrome interstitiel arrivant à 6 centimètres de l'ombilic. Du 24 mai au 24 juillet, 18 galvanocaustiques intra-utérines positives ont été pratiquées par M. Apostoli, à une dose qui a débuté à 60 milliampères pour être progressivement élevée jusqu'à 170; tolérance parfaite pour ce traitement. Amélioration immédiate dès la quatrième séance. Arrêt définitif des hémorrhagies. Restauration de l'état général. Diminution totale du fibrome de plus de la moitié de son volume primitif. Depuis lors elle est restée guérie; elle a été revue plusieurs fois, et la dernière fois en mai 1889.

Obs. II. — C. S..., vingt-six ans, trois enfants, accouche normament du dernier, le 4 mars 1888, malgré la présence d'un fibrome constaté huit mois auparavant. Pelvi-péritonite quinze jours après sa couche. Restée alitée deux mois. Entre dans le service le 21 mai 1888. Fibrome sous-péritonéal et interstitiel arrivant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et pelvi-péritonite subaiguë. Du 26 mai au 24 juillet 1888, seize galvanocaustiques intra-utérines positives ont été pratiquées par M. le docteur Apostoli à une intensité qui a débuté à 50 pour être progressivement élevée jusqu'à 150 milliampères. Pas de réaction post-opératoire. Amélioration progressive dès la troisième séance. Les phénomènes de douleur disparaissent, l'exsudat se résorbe, le fibrome diminue. Retour normal et régulier des règles sans dysménorrhée. Quitte l'hôpital fin juillet. Depuis lors, elle a été revue jusqu'à ce jour plusieurs fois, et est restée guérie.

Obs. III. — M. B..., vingt-huit ans, deux enfants, entre le 24 décembre 1888, pour un fibrome compliqué de pelvi-péritonite. Etat général grave. Séjour au lit obligatoire, avec fièvre et douleurs aiguës.

Du 4 février au 20 avril 1889, elle a été traitée 11 fois par M. le docteur Apostoli, à la dose de 30 à 100 milliampères. Atténuation presque immédiate de la douleur, et diminution parallèle du fibrome qui a été près de moitié dans son diamètre transversal.

Obs. IV. — F..., nullipare, trente-cinq ans, fibrome interstitiel, qui remonte à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic, avec dysménorrhée et phénomènes de compression, est confiée à M. le docteur Apostoli qui l'a soignée à sa clinique.

De janvier à mai 1889, 13 galvanocaustiques intra-utérines positives de 60 à 180 milliampères. Amélioration symptomatique immédiate et diminution parallèle du fibrome de 4 centimètres en hauteur. Depuis lors, M. Trélat a revu la malade et a pu contrôler par lui-même les résultats acquis.

Obs. V. — L..., vingt-cinq ans, nullipare, fibrome du volume d'un gros poing, est adressée par M. Trélat à la clinique de M. le docteur Apostoli, en février dernier. Trois galvanocaustiques intra-utérines, de 100 à 140 milliampères.

Amélioration symptomatique rapide. Suspend spontanément son traitement. M. Trélat a revu la malade hier, elle allait beaucoup mieux.

Obs. VI. — B..., trente-neuf ans, fibrome très hémorrhagique s'élevant au-dessus de l'ombilic, entre à l'hôpital le 1er octobre 1888, est confiée par M. Segond à M. le docteur Apostoli.

Six galvanocaustiques intra-utérines positives sont pratiquées du 1er au 20 octobre, depuis 80 jusqu'à 150 milliampères.

Pas de réaction post-opératoire et amélioration symptomatique manifeste.

Obs. VII. — T..., trente-sept ans, entrée le 1er septembre 1888, fibrome qui déborde en haut l'ombilic et chez laquelle le col est inaccessible au doigt, et l'hystérométrie totale impossible à faire, est confiée par M. Segond aux soins de M. le docteur Apostoli. Du 26 septembre au 27 octobre 1888, 10 galvanocaustiques sont pratiquées, mais avec une localisation intra-utérine incomplète, en raison de la difficulté de faire pénétrer la sonde. Amélioration symptomatique manifeste, puis symptômes de rétention purulente intra-utérine qui ont cédé à une dilatation, suivie de lavages antiseptiques.

A quitté l'hôpital en février dernier dans un bon état de santé qui lui a permis de reprendre immédiatement son travail.

Que conclure de ces sept observations ? C'est que d'abord la nouvelle méthode de traitement électrique est inoffensive, et que, tout en s'adressant au fibrome, elle permet à la fois de modifier avantageusement une de leurs complications les plus graves, la pelvi-péritonite. Elle arrête les hémorrhagies et, le plus souvent, diminue aussi l'amplitude des tumeurs.

Il y a donc tout intérêt à continuer des recherches dans cette nouvelle direction thérapeutique, qui ne paraît pas comporter de contre-indication, car elle est facile à appliquer, et est absolument sans danger.

M. BERGER, en présence du succès qui a accueilli à l'étranger la méthode d'Apostoli, et dont les principaux partisans ont été Spencer Wels, Playfair et les deux Keith, a voulu juger par lui-même de la valeur de ces résultats, et fait connaître ce qu'il a vu et bien vu, car toutes les observations qui suivent ont été soigneusement contrôlées par lui, avant, pendant et après le traitement.

Observation I. — R..., quarante-huit ans, entrée dans le service de M. Berger le 10 octobre 1888, fibrome hémorrhagique bilobé, composé de deux tumeurs, l'une remontant à deux petits travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et l'autre occupant tout le douglas et remplissant le bassin comme une tête de fœtus.

Du 27 novembre 1888 au 6 mars 1889, 19 galvanocaustiques intra-utérines positives ont été pratiquées par M. Apostoli, à une dose qui a commencé à 80 pour être progressivement portée à 150 milliampères.

Amélioration immédiate symptomatique et régression parallèle de la tumeur; celle qui était sus-pubienne diminue de deux travers de doigt de hauteur, et celle qui remplissait le douglas, disparaît entièrement.

Elle quitte l'hôpital guérie, et depuis lors elle a continué à bien aller.

Obs. II. — B..., vingt-huit ans, nullipare, une fausse couche, entrée dans le service le 22 mars 1889.

Fibrome interstitiel arrivant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et dont le diamètre transversal mesurait 14 centimètres environ. 6 galvanocaustiques intra-utérines positives sont pratiquées par M. le docteur Apostoli, du 5 au 24 avril 1889, à la dose qui a été de 95 à 170 milliampères.

Amélioration symptomatique très grande et diminution considérable de la tumeur dont le diamètre transversal ne mesure plus que 5 à 6 centimètres. M. Berger a revu cette malade ces jours derniers, elle était dans le même bon état.

Obs. III. — H..., âgée de quarante-six ans, entre le 6 mars 1889, atteinte d'un fibrome hémorrhagique remontant à quatre petits travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Du 9 mars au 5 juin 1889, 16 galvanocaustiques intra-utérines positives à la dose qui, partie de 70, s'est élevée à 200 milliampères, absence de toute réaction post-opératoire. Amélioration symptomatique et diminution de la tumeur qui ne remonte plus qu'à cinq travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Obs. IV. — C..., vingt-cinq ans, entrée le 8 février 1889. Énorme fibrome, très hémorrhagique, remontant à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde, et touchant en haut le rebord des fausses côtes gauches, état général très grave et tumeur fluctuante de la fosse iliaque gauche.

Du 12 févrer au 14 juin, 17 galvanocaustiques positives sont pratiquées par M. le docteur Apostoli, à dose faible, qui a toujours été mal tolérée, et sans pouvoir introduire profondément la sonde intra-utérine. Résultat symptomatique très peu appréciable qui peut tenir à ce que le traitement a été insuffisamment appliqué. Malgré cela la tumeur a manifestement diminué, car elle n'arrive plus aujourd'hui qu'à quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde et se trouve distante d'un travers de doigt et demi du rebord des fausses côtes gauches.

Obs. V. — V..., quarante-huit ans, fibrome hémorrhagique avec pertes sanguines presque continues, depuis un an, qui mettent sa vie en péril très prochain, entre dans le service de M. Berger, le 14 mars 1889.

Fibrome remplissant une partie de la cavité abdominale avec hypertrophie de la lèvre antérieure du col, occupant le vagin tout entier et rendant toute hystérométrie impossible à faire.

Son état était si grave que M. Berger hésitait à lui faire une opération immédiate, voulant, tout d'abord, recourir à la méthode de M. le docteur Apostoli pour arrêter les hémorrhagies qui avaient résisté à tous les traitements classiques.

Du 2 avril au 8 mai, 10 galvanopunctures vaginales positives sont pratiquées, au centre même du fibrome, à l'aide d'une aiguille très fine enfoncée à 1 centimètre de profondeur, et à la dose qui a été de 100 milliampères en moyenne, pendant cinq à dix minutes.

Toute hémorrhagie est restée supprimée pendant le traitement, et l'état de la malade s'est transformé à vue d'œil. Elle a été tenue encore en observation un mois et a quitté l'hôpital, le 11 juin, parfaitement guérie symptomatiquement, avec son fibrome rétrocédé.

Si l'on étudie l'ensemble de ces observations, on constate qu'il y a toujours eu une diminution anatomique du fibrome, et, sauf le cas de la quatrième observation, une transformation symptomatique indéniable et complète. Il est vrai d'ajouter que, dans la quatrième observation, le traitement a été incomplet, et que l'on se trouvait en présence d'un fibrome qui était compliqué d'affection grave des annexes; l'effet hémostatique provoqué par le traitement a été constant, l'état général s'est relevé très rapidement, et les fonctions menstruelles se sont très vite régularisées.

Il n'y a eu chez aucune de ces malades aucun autre traitement additionnel, l'on ne saurait donc nier les résultats positifs et vraiment remarquables, obtenus par la méthode de M. le docteur Apostoli qui n'a pas la prétention, comme il l'affirme lui-même, d'être une méthode radicale curative, mais qui, à ce titre, peut rivaliser sans conteste (avec la mortalité en moins) avec la castration et les différentes méthodes de morcellement des fibromes par la voie vaginale.

M. Tillaux est partisan du traitement des fibromes utérins par les courants électriques. Son opinion est basée sur un certain nombre de faits parmi lesquels il signale particulièrement les suivants :

Le 30 janvier 1888, M. Apostoli lui présente une femme de quarante ans, atteinte d'un énorme fibrome occupant toute la cavité abdominale, déterminant une gêne extrême, rendant la marche elle-même impossible, d'ailleurs absolument inopérable. M. Tillaux revit cette malade en juillet 1888 et la trouva incontestablement très améliorée, après 34 séances que lui avait faites M. Apostoli.

En décembre 1887, M. Apostoli présentait à M. Tillaux une malade de trente-cinq ans, porteur d'un fibrome très douloureux et très hémorrhagique; M. Tillaux revit cette malade en juillet 1888 et la trouva également très améliorée. Dans un troisième cas, chez une femme de trente-deux ans, le traitement ne put être toléré. Quoi qu'il en soit, les faits dont M. Tillaux a été témoin plaident très chaudement en faveur du traitement institué par M. Apostoli contre les fibromes utérins.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 juin 1889, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Rolland, ancien médecin de deuxième classe.

— Par décret, en date du 19 juin 1889, M. le docteur David, directeur de l'École dentaire de Paris, est nommé membre suppléant du jury des récompenses de l'Exposition, en remplacement de M. le docteur Magitot, nommé membre titulaire dudit jury.

— Par arrêté, en date du 6 juin 1889, M. le docteur Commenge est nommé médecin honoraire du bureau de bienfaisance du IV[e] arrondissement de Paris.

— *Hôpitaux de Paris.* — Par suite de la nomination de M. Tarnier à la chaire de clinique obstétricale, M. Guéniot est nommé chirurgien de la Maternité.

— L'inspectorat des eaux minérales d'Aix-les-Bains est supprimé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Astié, médecin principal de première classe de l'armée, en retraite, Favre (de Lyon), Pradier (de Clermont-Ferrand), Riquier (de Cayeux-sur-Mer) et Thau (de Montpellier).

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 71. — MARDI 25 JUIN 1889. 62e ANNÉE. MARDI 25 JUIN 1889. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

De la rigidité cadavérique.

Dans les deux dernières séances, nous avons étudié les signes de la mort dans les premiers moments qui suivent la disparition de la vie. Maintenant nous abordons les signes qui ont rapport à une autre question : Depuis combien de temps tel individu est-il mort? Ces signes sont la rigidité cadavérique et la putréfaction.

Le premier qui ait bien étudié la rigidité cadavérique, c'est Louis. Il avait dit qu'elle pouvait se présenter avant que la chaleur du corps ait disparu. Au contraire, en 1811, Nysten avait avancé que la rigidité ne coïncidait jamais avec la chaleur. C'est là une erreur.

La rigidité cadavérique est-elle constante? Absolument. Les bouchers le savent si bien qu'ils ont soin de faire disparaître les morceaux de viande avant qu'ils soient atteints par la rigidité, de peur que les cuisinières ne les trouvent durs et de mauvaise qualité. Cependant la rigidité a été contestée dans certains cas, en particulier chez les enfants, et tout le monde s'appuie sur une observation de Haller qui, veillant sa propre fille, aurait attendu en vain, pendant plusieurs jours, la rigidité cadavérique. Il est possible qu'elle ait paru ultérieurement. Quant aux fœtus qui ne semblent pas atteints, ils ont pu avoir à l'intérieur de l'utérus une période de rigidité qui a échappé complètement à l'observateur. Bichat a prétendu que les asphyxiés en étaient exempts : c'est une erreur qui a été admise aussi pour les pneumoniques et pour les foudroyés. Mais ici la rigidité arrive presque immédiatement après la mort et elle est d'une durée très courte.

Quels sont les caractères de la rigidité? Elle est, en général, complète et très intense. Le corps est dans une attitude spéciale; pour les membres inférieurs c'est l'extension complète; pour les membres supérieurs c'est l'attitude de la lutte, simulée par le raccourcissement des muscles fléchisseurs : certains hommes athlétiques ont l'air d'avoir été surpris en plein combat.

La puissance de la rigidité cadavérique est très grande. A la Morgue, nous avons recours à l'extrémité recourbée de deux marteaux d'autopsie pour écarter les mâchoires. Quand on veut redresser le bras, il n'est pas rare de produire des ruptures musculaires. Tourde plaçait entre les deux mâchoires un disque très dur en cire et en stéarine dans lequel les dents s'enfonçaient de plusieurs millimètres au moment de la rigidité.

On dit que quelques assassins, familiers avec les phénomènes de la rigidité cadavérique, ont voulu faire croire à un suicide de la part de leur victime en lui plaçant dans la main l'arme dont ils venaient de se servir. Il est certain que la chose n'est pas impossible, mais, en thèse générale, elle me paraît difficile et je ne crois pas qu'il y ait eu beaucoup de méprises médico-légales de ce genre.

Un des caractères les plus intéressants, parce qu'il permet d'établir le diagnostic avec le tétanos ou toute autre maladie convulsivante, c'est que les muscles peuvent revenir à leur place après qu'ils ont été déplacés par un effort. La clef du diagnostic se trouve surtout dans la rapidité ou la lenteur que met la rigidité à se reproduire.

Il ne faut pas non plus confondre la rigidité avec la congélation. Outre la crépitation particulière des cadavres congelés dont on fléchit les jointures, ils résonnent comme un tambour quand on les frappe, tandis qu'un cadavre qui est seulement en état de rigidité ne résonne jamais, quelque durs que soient les muscles.

La rigidité s'empare du muscle quand il ne réagit plus à l'électricité. Voici une statistique de 113 cas : à la deuxième heure après la mort, 2 cas; de la troisième à la quatrième heure, 45 cas; de la cinquième à la sixième, 34; de la septième à la huitième, 18; de la neuvième à la dixième, 11; et de la onzième à la treizième, 3.

Il y a encore des causes d'erreur. L'une des plus curieuses au point de vue théorique a été mise en évidence par M. Brown-Séquard : étant médecin au Gros-Caillou, en 1848, il s'aperçut, au lit d'un malade, que les muscles de la mâchoire inférieure étaient devenus rigides un quart d'heure avant que le cœur n'ait cessé de battre.

Combien de temps dure la rigidité cadavérique? En moyenne de trente-quatre à quarante-huit heures, quelquefois une heure, quelquefois sept jours. Lorsqu'elle est précoce, elle est ordinairement courte; lorsqu'elle est tardive, elle est ordinairement longue. Chez les épuisés, chez ceux qui ont succombé à une maladie de la moelle, elle est précoce et courte; chez ceux qui sont morts de mort rapide, elle est tardive et longue. On a étudié avec grand soin son

mode d'apparition et sa marche et on a reconnu qu'elle envahissait d'abord la mâchoire inférieure, puis la paupière supérieure, le cou, les membres inférieurs et en dernier lieu les membres supérieurs.

Un point qui intéresse particulièrement le médecin légiste, c'est que les membres de la vie végétative sont pris comme les autres. Les muscles de la peau n'échappent pas à cette loi, et c'est une erreur de dire avec Casper qu'on peut reconnaître à la rétraction du dartos si un individu est tombé à l'eau. Les vésicules séminales, pressées par les fibres musculaires, se vident : si le cadavre est couché sur le dos, le sperme reste dans l'urèthre; s'il est pendu, le sperme s'écoule au dehors, et c'est là l'origine de cette légende qui fait de la pendaison une mort voluptueuse.

Il serait très important de connaître les lois qui président à cette rigidité des muscles de la vie végétative, mais ce point est malheureusement très mal connu. Dans un certain nombre de procès, et notamment dans le procès La Pommerais (digitaline) et dans le procès Palmer (strychnine), on a pu provoquer la mort avec le cœur en systole chez des animaux empoisonnés avec des extraits de la victime, et les physiologistes en ont conclu à un empoisonnement. Or, vous prenez un chien, vous le tuez sans l'empoisonner, vous retirez son cœur palpitant et chaud, vous le remplissez d'huile, et vous lui adaptez une éprouvette graduée : le cœur commence par se dilater, vous l'abandonnez à lui-même, bientôt il se contracte et fait monter l'huile dans le tube; puis, au bout de quelques heures, la rigidité disparaît et l'huile descend de nouveau. En dehors de tout empoisonnement, le cœur a été soumis aux mêmes alternatives de contraction et de dilatation qui surprennent les physiologistes.

On ne peut donc pas dire *a priori* que l'état de systole ou de diastole du cœur prouve tel ou tel empoisonnement. Après avoir trouvé le poison, si vous arrivez à reproduire sur les animaux l'état physiologique du cadavre, vous pourrez peut-être conclure. Mais vous ne devez pas introduire l'état du cadavre dans le débat. Actuellement nous ne savons pas trouver la digitaline, si bien que, quand nous voulons renouveler les expériences, nous ne savons pas si l'extrait que nous injectons agit par lui-même ou par les ptomaïnes de la putréfaction.

Voyons maintenant quelles sont les influences qui font varier l'apparition de la rigidité cadavérique. Un des points sur lesquels les premiers auteurs ont le plus insisté, c'est l'action du froid qui rendrait la rigidité tardive et longue, et l'action de la chaleur qui la rendrait précoce et courte. M. Brown-Séquard a dénié absolument ces lois. Mais il faut distinguer l'action des températures excessives et des températures moyennes. Lorsqu'on étudie la question à la Morgue, c'est-à-dire avec des températures moyennes, ce qui avait été dit par Devergie paraît rigoureusement vrai. Comment se fait-il que le fait ait été nié par M. Brown-Séquard? C'est que les températures excessives qui ont servi aux expériences, celles qui provoquent la mort par coup de chaleur, produisent un phénomène tout particulier. Claude Bernard attachait un chien sur une planche et l'exposait ainsi pendant plusieurs heures au soleil. L'animal mourait en rigidité absolue et la myosine était complètement coagulée. Mais il faut avouer que ce sont des conditions où un homme se trouve bien rarement. On a placé aussi une grenouille dans l'eau très chaude; elle entrait en rigidité, et cette rigidité cessait dès qu'on mettait l'animal dans l'eau froide.

Malgré ces expériences, nous pouvons conclure que, dans les conditions médico-légales, la rigidité commence tard et dure longtemps en hiver et que c'est le contraire en été. En hiver, en forçant un peu les termes, vous pouvez presque compter par jour ce que vous comptez par heure en été.

J'arrive à une autre influence, celle de la fatigue musculaire, sur l'apparition de la rigidité. Lorsqu'on pend un muscle à l'air, la rigidité apparaît dans un temps directement proportionnel au poids qui le tend. D'autre part, les bouchers et les chasseurs nous ont appris que la bête entrait d'autant plus vite en rigidité qu'elle avait été plus fatiguée. Et c'est pourquoi, à Paris, on laisse reposer les troupeaux de bœufs avant de les tuer. Les exportateurs de boucherie de la Plata ont observé que souvent les animaux tombaient raides au moment où on les poursuivait et qu'ils se décomposaient alors avec une rapidité excessive. Il y a quelques années, M. Bouley a rapporté le fait d'une génisse qui était tombée tout à coup morte et rigide dans un fossé. Son propriétaire avait voulu en tirer parti et tous ceux qui en ont mangé ont été très malades. Des épidémies analogues ont été observées dans les assemblées fédérales, en Suisse. Les chasseurs vous diront que lorsqu'on a forcé un sanglier, il est presque toujours immangeable, tellement la décomposition est rapide. Enfin, dans les combats de coqs, on voit ces animaux lutter jusqu'à épuisement et tomber subitement, rigides et comme figés.

Je n'insisterai pas beaucoup sur l'influence des empoisonnements sur la rigidité cadavérique. Cependant il est intéressant de savoir que le même poison peut donner une rigidité immédiate ou n'en pas donner du tout.

Un jeune homme de seize ans, voulant se débarrasser d'un chien, achète de la strychnine. Au moment où il rentre, son chien lui fait fête et il renonce à son projet; puis, comme un collégien qui s'ennuie en faisant son devoir, il met son doigt dans la strychnine, le suce, meurt en pleine convulsion et, le lendemain, il était encore en rigidité.

Peu de jours après arrive à la Morgue le cadavre d'une jeune femme qui avait été empoisonnée, disait-on, par son mari, à l'aide de la strychnine. Elle avait eu des convulsions pendant trois jours, mais nous n'avons pas pu constater de rigidité cadavérique. Vous voyez que les résultats sont très différents.

Les maladies ont aussi une influence sur l'époque de la rigidité. D'une façon générale, nous pouvons dire que lorsqu'un individu meurt épuisé, cachectique, la rigidité est rapide et courte; au contraire, chez les sujets vigoureux, frappés en pleine santé, elle est généralement longue.

On a beaucoup discuté sur la valeur de la rigidité dans la mort subite : ceux qui succombent subitement auraient une rigidité beaucoup plus longue. Cela est vrai, en général, quand la mort subite est le résultat d'une affection qui a évolué d'une façon latente; mais s'il s'agit d'un urémique qui meurt empoisonné, la rigidité cadavérique se comporte comme chez les sujets affaiblis.

D'après M. Brown-Séquard, il y aurait chez les hémiplégiques une rigidité beaucoup plus marquée du côté paralysé. Chez les enfants et chez les vieillards, la rigidité commence tôt et finit tard. Aussi, à la Salpêtrière, fallait-il passer la chemise aux morts aussitôt après le décès, sous peine de ne plus pouvoir le faire ensuite.

Quelles sont les causes vraies de la rigidité? Ce serait

simple à dire si je le savais, mais mon opinion est loin d'être faite. Claude Bernard avait pensé que la rigidité cadavérique tenait à la coagulation de la substance musculaire. Feltz (de Strasbourg), avec M. Tourdes, a cherché quelles étaient les modifications de la fibre, et ils ont noté que, pendant la rigidité, les stries transversales étaient de plus en plus marquées et que plus tard les disques se dissociaient plus facilement.

On avait fait remarquer que, pendant la vie, le muscle était alcalin, et que, après la mort, il devenait acide. C'est en se fondant sur ces phénomènes que M. Laborde avait imaginé un procédé ingénieux pour contrôler la mort : c'étaient des tiges d'acier qui, enfoncées dans les tissus, devaient subir des modifications en rapport avec les réactions chimiques. Or, pendant la vie, ces aiguilles s'oxydent très rapidement; après la mort l'oxydation est très lente. Le résultat est donc contraire à la théorie.

Quelle est la théorie à laquelle il faut se rallier? Nysten a parlé d'une survie de l'activité musculaire. Kühne a pensé que la myosine se coagulait. Mais prenez un muscle à moitié liquide, mettez-le dans un vase et observez la coagulation. Il y a bien des objections à faire. D'abord, quelque intéressante que soit cette coagulation, jamais elle ne présentera la résistance d'un muscle en état de rigidité. Ensuite pourquoi la coagulation ferait-elle contracter le muscle et pourquoi les cadavres ont-ils l'air d'être des athlètes ?

M. Brown-Séquard a fait remarquer que, puisqu'il est possible d'allonger le bras d'un cadavre rigide, et que la rigidité peut se reproduire encore, il y a là un phénomène en contradiction avec la théorie de la coagulation. Qu'est-ce qui ferait revenir le muscle si la coagulation est déjà effectuée?

M. Brown-Séquard, à l'aide d'un moteur hydraulique, a mis en mouvement pendant sept ou huit jours les membres d'un animal mort. La rigidité ne s'est produite qu'après l'expérience. Le mouvement n'empêche pourtant pas la coagulation.

Y a-t-il une action du système nerveux? Non, on s'est assuré, expérimentalement, que la continuité des muscles avec le système nerveux n'était pas nécessaire.

En somme, la rigidité est une sorte de contracture, un acte de vie sur le cadavre ou plutôt un acte cadavérique presque vital. J'ai pu vous dire ce que ce n'est pas, mais je ne sais pas ce que c'est.

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'ŒSOPHAGE

TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR L'ÉLECTROLYSE LINÉAIRE.

Par M. le docteur J.-A. Fort,
Ancien professeur d'anatomie.

Dans le nº 33 de la *Gazette des hôpitaux*, de l'année 1889, nous avons publié l'observation d'un malade qui nous était adressé par M. le docteur Souligoux, de Vichy, et que nous avons guéri, dans l'espace de trois semaines environ, d'un rétrécissement fibreux de l'œsophage, en employant le procédé d'*électrolyse linéaire* qui nous donne de si beaux résultats dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Ce malade a été présenté à l'Académie de médecine par l'un de ses membres les plus éminents, M. Dujardin-Beaumetz.

Cet heureux résultat de l'application de l'*électrolyse linéaire*, qui était faite pour la première fois dans le traitement des rétrécissements de l'œsophage, a fait converger vers nous un certain nombre de malades atteints de la même affection.

Nous ferons connaître aujourd'hui deux nouveaux cas de guérison, nous promettant d'en publier ensuite plusieurs autres et de dire ce que nous pensons du meilleur traitement des rétrécissements œsophagiens.

Obs. II. — Mme V..., quarante-sept ans, nous est adressée par un de nos anciens élèves, M. le docteur Lamau (d'Issy), pour être traitée d'un rétrécissement œsophagien. Celui-ci siège à la partie supérieure de l'œsophage, en arrière de la trachée, dans un point correspondant à la fourchette du sternum, à 18 centimètres des incisives supérieures.

Par les olives d'ivoire, nous constatons que le point rétréci offre 1 centimètre et demi de longueur, et 9 millimètres de diamètre. L'olive de 10 millimètres ne franchit le rétrécissement que sous l'influence d'une assez forte pression.

La malade ne prend plus d'aliments solides, elle se nourrit de bouillon et de lait, qu'elle avale à très petites gorgées, et très lentement. Exceptionnellement, elle peut ingurgiter un peu de potage. Elle pesait, il y a un an, 158 livres; elle en a perdu 37 jusqu'à ce jour.

Le début de la maladie remonte à sept ou huit mois environ. La malade jouit, du reste, d'une assez bonne santé. Cependant, elle est très affaiblie, la marche la fatigue considérablement, et elle ne peut plus se livrer aux travaux d'aiguille nécessités par sa profession.

Au toucher et à l'examen direct, vers la base du cou, on ne constate aucune induration ni tuméfaction. Il n'y a pas de ganglion accusateur sur les parties latérales du cou. La malade n'a jamais rejeté de sang et les olives exploratrices n'en ramènent pas la plus petite parcelle. Le teint est bon; quoique pâle, elle ne présente pas de teinte jaune paille spécifique.

Elle n'a jamais été malade, elle possède un frère bien portant, et l'on ne trouve aucun antécédent fâcheux du côté des collatéraux et des ascendants, si ce n'est une affection gastrique assez vaguement déterminée sur l'un des ascendants.

Tous ces symptômes et la dureté des parois du rétrécissement, perçue pendant le cathétérisme, nous autorisent à penser qu'il s'agit d'un rétrécissement fibreux.

Nous avons obtenu la guérison de ce rétrécissement en trois semaines, en pratiquant quatre séances d'*électrolyse linéaire*, du 11 avril au 4 mai 1889. Nous avons dilaté le point rétréci de telle sorte qu'il admettait à la quatrième séance, et qu'il admet encore aujourd'hui, une bougie à bout olivaire, de M. Bouchard, de 19 millimètres de diamètre. Ajoutons que cette bougie n'est nullement serrée lorsqu'elle traverse le rétrécissement.

Mme V..., qui ne se nourrissait que de liquides avant le traitement, prend aujourd'hui toute sorte d'aliments, même le pain et la viande. La déglutition se fait facilement, et la malade avale plus rapidement qu'elle ne le faisait autrefois. Mme V... a déjà augmenté de poids, elle a gagné 5 livres dans l'espace d'un mois; son teint est devenu rosé, et son apparence de santé frappe ceux qui la connaissent.

Elle a repris des forces; elle travaille.

11 avril. Première séance d'électrolyse linéaire. On place le pôle positif sur le côté gauche du thorax. Le pôle négatif est appliqué sur le côté gauche du rétrécissement. Nous prenons dix éléments de la pile de Chardin qui donnent 15 milliampères. La séance dure cinquante-cinq secondes. Nous introduisons immédiatement une bougie de 12 millimètres.

16 avril. Deuxième séance. Pôle positif à droite du thorax, pôle négatif sur le côté droit du rétrécissement. Dix éléments, 15 milliampères, durée : soixante secondes. Une bougie de 14 millimètres est facilement introduite.

27 avril. Troisième séance. Pôle positif à gauche du thorax, pôle négatif sur la paroi postérieure du rétrécissement. Dix éléments, 15 milliampères, durée : soixante secondes. On passe une bougie de 15 millimètres.

La malade présente déjà une grande amélioration; depuis quelques jours elle prend des aliments solides.

4 mai. Quatrième séance. Pôle positif à gauche du thorax, pôle négatif à gauche du point rétréci. Huit éléments, 15 milliampères; durée: cinquante secondes. La bougie de 19 millimètres est introduite et joue facilement dans l'œsophage.

Comme la malade mange toute sorte d'aliments, nous la considérons comme guérie. La dilatation se maintient parfaitement.

Obs. III. — M. B..., âgé de quarante-six ans, arrive de Chambéry le 22 mai 1889, avec une note d'un de nos anciens élèves, M. le docteur Carret, médecin en chef de l'hôpital de Chambéry.

Le malade est atteint de rétrécissement œsophagien, situé à 18 centimètres des incisives supérieures. Il a 8 millimètres de diamètre et 2 centimètres de longueur environ.

On ne constate rien, ni ganglion, ni tuméfaction dans les parties voisines, à la région du cou.

La déglutition des aliments solides est difficile, et ce n'est qu'avec de grands efforts que le malade parvient à faire passer un peu de potage. Il ne peut avaler ni pain ni viande, et il en est réduit à s'alimenter avec des liquides.

Après la déglutition, le malade ressent des douleurs sourdes au point rétréci; il rejette fréquemment des matières glaireuses, comme la plupart des malades affectés de rétrécissement de l'œsophage.

Quoiqu'il ait perdu 22 livres de son poids depuis le début de la maladie, qui remonte à un an, l'état général est relativement bon.

Son poids actuel est de 55 kilos. Le teint est pâle, mais cette pâleur n'a rien qui puisse faire penser à une diathèse. Il n'y a pas de vomissement, mais seulement régurgitation des aliments qui ne peuvent pas franchir le point rétréci.

Dans la note rédigée par M. le docteur Carret, il est question d'un certain empâtement dans la région pylorique, et notre savant confrère aurait de la tendance à croire à l'existence d'une tumeur de mauvaise nature vers le pylore.

Les viscères sont en bon état, le pouls est lent et ne dépasse pas 60 pulsations.

Il est difficile de se prononcer sur la nature de ce rétrécissement et de préciser s'il est organique ou simplement fibreux. Ayant obtenu des résultats vraiment remarquables dans les rétrécissements fibreux, et ayant constaté une grande amélioration toutes les fois qu'il s'est agi d'un rétrécissement organique, nous nous sommes décidé à pratiquer à ce malade l'opération de l'électrolyse linéaire.

Comme des raisons impérieuses de famille obligeaient M. B... à retourner promptement dans son pays, nous avons fait trois séances d'électrolyse très rapprochées, et nous avons amené la dilatation du rétrécissement jusqu'à permettre libre passage d'une bougie œsophagienne de 18 millimètres de diamètre.

24 mai. Première séance d'électrolyse linéaire. Le pôle positif est placé sur le côté droit du thorax, le négatif sur la partie droite du point rétréci. Nous prenons 12 éléments de la pile de Chardin, qui donnent 32 milliampères. La séance ne dure que dix secondes.

Rien de particulier. Dès le lendemain, le malade peut prendre de la soupe et un peu de cervelle.

27 mai. Deuxième séance. Pôle positif à gauche du thorax, pôle négatif sur le côté gauche du rétrécissement. Douze éléments, 35 milliampères; durée: quinze secondes. Après cette deuxième séance, on introduit une bougie de 16 millimètres, qui ne provoque aucune douleur.

Le lendemain, le malade se nourrit beaucoup mieux et peut déjà ingurgiter la viande et le pain bien mâchés.

29 mai. Troisième séance. Pôle positif à la partie antérieure du thorax, pôle négatif à la partie antérieure du point rétréci. Douze éléments, 36 milliampères; durée de la séance: dix secondes. On passe avec la plus grande facilité une bougie de 18 millimètres. Le malade mange très facilement, il prend toute sorte d'aliments, il a déjà meilleure mine, son teint se colore.

Il part le soir même pour Chambéry.

Quinze jours après il écrivait qu'il avait augmenté de 2 kilogrammes.

Depuis que nous avons eu occasion d'appliquer pour la première fois, avec succès, l'électrolyse linéaire aux rétrécissements de l'œsophage, nous avons rencontré des rétrécissements organiques. *A priori*, on aurait pu craindre, et nous avouons que c'est là ce que nous redoutions, que l'application de l'électrolyse linéaire, dans les rétrécissements organiques, ne provoquât des hémorrhagies sérieuses. Il n'en est rien, et, d'après nos observations, assez nombreuses, les malades atteints de dysphagie pour cause de cancer de l'œsophage, se trouvent considérablement soulagés par l'application de l'électrolyse linéaire, qui diminue, pour un certain temps, la dysphagie, et permet au malade de s'alimenter.

On sait que l'électrolyse, en détruisant les tissus organiques, produit l'oblitération des vaisseaux. Il n'est donc pas étonnant qu'il n'y ait pas d'hémorrhagie chez les cancéreux. Il est très probable qu'on détermine sur le vivant, par l'électrolyse linéaire, une lésion identique à celle que notre savant confrère et ami, M. le docteur Baratoux, a produite expérimentalement sur l'œsophage des lapins, et au sujet de laquelle il a fait une intéressante communication à la Société de médecine pratique, dans la séance du 11 avril 1889.

L'instrument dont nous nous servons est analogue à celui que nous employons pour les rétrécissements de l'urèthre. Il est difficile de donner une description exacte de cet instrument, dont la forme, la longueur et le volume varient avec chaque espèce de rétrécissement.

Nous ne laisserons pas passer cette occasion sans signaler un fait remarquable de l'électrolyse, fait que nous avons constaté avec MM. Dujardin-Beaumetz et Brochin. Au moment où le courant s'établit, le plexus cardiaque, si voisin de l'œsophage, est influencé par le courant et le pouls du malade subit une ascension brusque, de 80 à 120, par exemple, ou bien de 60 à 90, comme cela s'est produit à chaque séance d'électrolyse, chez le malade de l'observation III.

Nous ne terminerons pas sans dire deux mots de l'électrolyse des rétrécissements œsophagiens au moyen de boules ou d'olives. Comme dans ce procédé on se propose d'obtenir la résolution du tissu morbide au moyen de courants faibles, il est indispensable de prolonger le contact entre le point rétréci et l'olive qui opère. Or, ce mode d'opérer nous paraît absolument impossible parce que les malades ne peuvent pas supporter la présence d'un corps étranger dans l'œsophage au delà de une ou deux minutes.

TOXICITÉ DE L'URINE DANS LA PNEUMONIE

Par MM. G.-H. Roger et L. Gaume.

Les expériences qui servent de base à ce travail nous permettent, croyons-nous, de poser les conclusions suivantes :

Un sujet atteint de pneumonie élimine par l'urine deux à trois fois *moins* de poison qu'à l'état de santé.

Au moment de la défervescence, la toxicité urinaire augmente brusquement; elle atteint ou dépasse le taux normal.

La *décharge urotoxique* caractérise la crise urinaire; c'est le seul phénomène constant. Elle dure vingt-quatre ou quarante-huit heures et atteint son maximum le jour, exceptionnellement le lendemain de la crise thermique.

Après la défervescence, les urines deviennent de nouveau fort peu toxiques; elles descendent lentement ou brusquement au-dessous du coefficient normal.

La *potasse* joue un rôle important dans la toxicité de l'urine pneumonique; elle en est le principal facteur pendant la période fébrile. Mais sa quantité n'augmentant pas ou augmentant insuffisamment lors de la défervescence, elle ne peut expliquer la crise urotoxique.

L'analyse physiologique montre que la toxicité des urines, au moment de la crise, dépend de *divers poisons*, mal connus au point de vue chimique; jusqu'ici on n'a guère isolé que des *alcaloïdes* toxiques, liés peut-être à la vie des agents pathogènes. (*Rev. de méd.*)

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Ciseaux pour pansements.

Par M. le professeur A. Poncet (de Lyon).

Depuis longtemps je demandais à divers fabricants d'instruments de chirurgie de me faire une bonne paire de ciseaux pour couper les pansements. Je crois aujourd'hui ce desideratum rempli et les ciseaux qui ont été construits sur mes indications, par M. Lafay, me paraissent présenter de sérieux avantages.

Aujourd'hui, avec les pansements antiseptiques, la gaze, les bandes de même tissu sont toujours coupées pour être enlevées; en un mot, la totalité du pansement, et pour de bonnes raisons, est sacrifiée. Les premiers ciseaux venus sont alors employés et remplissent plus ou moins bien leur besogne, suivant la main qui les dirige, suivant leur forme, et naturellement suivant l'époque plus ou moins rapprochée de l'aiguisage, mais rien n'est alors plus commun que les estafilades, les scarifications plus ou moins profondes et étendues de la peau, lorsque les ciseaux coupent les pièces de pansement directement en contact avec elle. Nous avons été témoin, dans maintes circonstances, d'accidents de ce genre survenant entre les mains de personnes, cependant expérimentées. C'est qu'en effet, il est difficile de faire autrement avec les ciseaux ordinaires. Si l'on réfléchit un instant au contact intime de la gaze avec la peau, à son collage, en quelque sorte, avec elle, sur une certaine étendue, par suite de la dessiccation des liquides fournis par la plaie, on s'expliquera aisément le mécanisme de ces blessures. Lorsque les ciseaux sont tenus droits, sans être inclinés à droite ou à gauche, c'est la pointe qui entaille plus ou moins les chairs, si on leur donne une certaine obliquité, ce sont les lames qui sont responsables, par suite de leur superposition à peu près complète.



La figure ci-jointe fera comprendre notre pensée, les lames des ciseaux sont, en effet, disposées de telle façon que le double danger dont nous parlons, doit être nécessairement évité.

La branche mâle plus longue, en tant que lame, de 1 millimètre environ, est non seulement boutonnée, mais renflée, mousse, arrondie, sur toute sa portion excédante. Incurvée à la manière d'un sécateur et son extrémité dirigée par en haut, elle écarte les tissus et ne saurait les entamer. D'autre part, lorsque les ciseaux sont fermés, les deux lames ne sont pas superposées dans toute leur hauteur et, comme le montre bien la figure, il reste entre le bord inférieur mousse de la branche mâle et celui coupant de la branche femelle, un espace de 5 à 6 millimètres, les blessures de la peau par les lames sont ainsi évitées.

La forme générale des ciseaux qui mesurent : branches, 11 centimètres; lames : lame inférieure boutonnée 7 millimètres, lame supérieure 6 millimètres, en fait, de plus, un meilleur instrument que l'on manie dès lors avec facilité et surtout avec sécurité.

Avec toute espèce de ciseaux, on peut évidemment couper un pansement et, en se servant de l'index gauche comme guide, ménager la peau, mais cette manœuvre du doigt-jalon laisse souvent à désirer, dans son exécution; le plus ordinairement, au voisinage de la plaie, elle provoque des douleurs et très fréquemment, par suite des adhérences intimes de la peau avec la gaze qui l'entoure, elle n'est pas applicable.

Mon ami, M. Terrier, de passage à Lyon, me disait, il y a quelques semaines, en voyant mes ciseaux à pansement, qu'ils étaient américains : la chose est possible, mais ils ont été construits sans que nous nous doutions de cette origine, et le seul modèle à peu près semblable que j'ai vu, se trouvait à la clinique de M. le professeur Socin. Il importe peu, du reste, que ce petit instrument ait telle ou telle nationalité, son innocuité mérite seule, pour le moment, d'être prise en considération.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'histologie pratique (1), par M. J. Renaut.

L'histologie a aujourd'hui conquis sa place comme science pure; elle a sa place distincte et ses limites en biologie, où elle constitue la forme moderne de l'anatomie générale, fondée par Bichat. Le traité que M. Renaut livre aujourd'hui au public est un exposé général et continu de cette science; mais comme chaque fois qu'une structure y est décrite, qu'une formation y est étudiée, la technique nécessaire y est minutieusement exposée, on peut, avec juste raison, désigner le nouveau traité, sous le nom de *Traité d'histologie pratique*. Ce livre peut être lu et suivi comme un cours, sa partie technique peut servir constamment à réaliser les exercices pratiques motivés par la lecture du livre.

Pour établir les faits, l'auteur a utilisé la *méthode des observations convergentes*, d'après laquelle un fait, pour être déterminé, doit être prouvé par toutes les méthodes techniques appliquées au même objet : chacune indiquant un ou plusieurs détails laissés dans l'ombre par les autres. La longue préface du livre n'est que l'exposé des idées fondamentales que l'auteur s'est formées sur l'anatomie générale, après vingt années consacrées à son étude. Ce sont elles qui ont servi de guide à la rédaction de ce traité.

Le premier fascicule débute par une *idée générale de l'organisme*, en commençant par l'étude de l'organisme uni-cellulaire, pour arriver à la formation de l'organisme vertébré, ses organes et systèmes, ses éléments anatomiques cellulaires ou non cellulaires, avec leur protoplasma, noyau et nucléoles, les ciments inter-cellulaires. Telle est l'introduction.

Le milieu intérieur et l'appareil général de soutènement font l'objet du livre premier. On y trouve donc étudiés : la lymphe et ses globules blancs, le sang et ses différents éléments, le tissu conjonctif lâche ou diffus, le tissu adipeux, le tissu connectif modelé en organes, et constituant les membranes viscérales; l'épiploon, le mésentère, le ligament suspenseur du foie, le tissu fibreux et tendineux, le tissu fibro-muqueux, etc.

Le livre de M. Renaut est de ceux qu'on n'analyse pas, la haute

(1) Grand in-8°. 1er fascicule, Prix : 7 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

compétence de l'auteur, sa science universellement reconnue donnent à son traité la première place parmi les ouvrages d'anatomie générale que nous possédons.

Premiers principes du microscope et de la technique microscopique (1), par M. Fabre-Domergue.

Le microscope ne doit plus être aujourd'hui un instrument relégué dans les laboratoires ; il constitue un auxiliaire indispensable à ceux qui s'occupent des phénomènes vitaux ou pathologiques. Le médecin ne saurait sans inconvénient se passer de son concours ; et, cependant, l'on voit peu d'étudiants s'adonner aux recherches et aux travaux micrographiques. Cette indifférence tient à deux causes : la première est que le microscope est un objet coûteux et un instrument peu connu ; la seconde, que les difficultés techniques, dont le nombre s'accroît journellement, effrayent le débutant.

Ce sont, en effet, ces causes réunies qui éloignent du microscope bien des débutants, qui se trouvent arrêtés dès leur premier pas.

Il faut avouer que la plupart des livres, édités jusqu'ici, s'adressent bien plus à un élève déjà passé maître qu'à l'étudiant encore ignorant des études microscopiques.

Le livre de M. Fabre n'est pas de ceux-là. En lisant les pages qui traitent du microscope en lui-même, l'on verra qu'il ne faut pas s'exagérer l'importance du prix que demande un bon instrument et qu'un étudiant de bonne volonté peut fort bien, par des achats graduels et appropriés aux progrès de ses connaissances, avoir, en fin de compte, un instrument très convenable.

Les difficultés de la technique sont aussi plus apparentes que réelles et, si l'étudiant veut s'en tenir aux formules et aux procédés les plus utiles dans le début de ses travaux, il se trouvera encouragé par les résultats inespérés que lui donneront ses premières préparations.

Comme le dit M. Fabre, son livre s'adresse non aux micrographes, mais à ceux qui ne connaissent du microscope que ce que l'on en sait, quand on a passé son baccalauréat, c'est-à-dire que c'est un instrument grossissant. Aussi, cet ouvrage a-t-il les qualités requises en pareil cas : la simplicité, la précision et la clarté.

Voici le plan général du livre : le premier chapitre est destiné à l'étude du microscope et de ses accessoires. La question du choix et de l'essai d'un bon instrument y est longuement examinée.

Dans la deuxième partie se trouvent réunis les principes généraux de technique groupés en chapitre dans un ordre rationnel.

Dans une troisième et une quatrième partie, le lecteur trouvera réunis, une série d'exercices élémentaires très détaillés et de travaux pratiques d'histologie normale et de bactériologie.

Il ne faudrait pas demander, au livre que nous analysons, les milliers de formules de la technique moderne. Le débutant n'eût pu qu'être embarrassé devant une telle abondance de procédés. Le livre de M. Fabre ne laisse, au contraire, jamais l'étudiant dans l'embarras : il le guide sans indécision au sujet de telle ou telle préparation, le familiarise avec son instrument et l'en rend absolument maître. C'est alors que, pouvant voler de ses propres ailes, le travailleur, avec savoir et discernement, pourra recourir aux traités plus complets, mais plus arides, les seuls qu'il avait entre les mains jusqu'ici.

Docteur ès sciences de beaucoup de talent, directeur du laboratoire de Concarneau, M. Fabre s'est sans doute rappelé les nombreuses difficultés qui ont entouré ses premiers pas dans les recherches microscopiques ; il a voulu les épargner aux autres et les faire profiter de ce que lui avaient appris sa grande pratique et son expérience personnelle, il faut savoir l'en remercier.

A. Ricard.

(1) Petit in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

L'étude des maladies du système nerveux en Russie (1). Rapport adressé à M. le ministre de l'Instruction publique, par F. Raymond.

On lira avec intérêt le rapport adressé par M. F. Raymond au ministère de l'Instruction publique, sur l'étude des maladies du système nerveux en Russie. On y verra la preuve d'une activité intellectuelle de plus en plus étendue, dont il est intéressant de connaître les fruits. Nous devons être reconnaissants à ceux qui nous mettent au courant du mouvement scientifique à l'étranger, à ceux surtout qui nous montrent le développement de centres importants de travail dans des nations dont la curieuse évolution nous intéresse autant que celle de la nation russe.

Nous ne pouvons donner une analyse d'un travail qui n'est lui-même qu'un résumé, mais nous pouvons louer justement les qualités de clarté et d'exposition de ce tableau succinct des progrès récents de la neurologie en Russie. Le docteur Raymond était particulièrement compétent pour une étude de ce genre.

Albert Mathieu.

Sydenham ; sa vie ; ses œuvres (2), étude historique par Frédéric Picard, docteur en médecine de la Faculté de Paris, avec un portrait d'après Lély.

Cette monographie arrive à son heure, et célèbre fort dignement le deuxième centenaire de la mort du grand médecin anglais (31 décembre 1689).

Le docteur Picard se renferme volontairement dans le rôle d'historien, et s'abstient systématiquement de toute critique des théories médicales de Sydenham. Mais il nous donne sur la vie privée et publique de cet auteur, sur les circonstances où il publia ses divers ouvrages, sur l'opinion qu'eurent de lui ses contemporains, tous les renseignements nécessaires et utiles pour l'apprécier à sa juste valeur.

Le premier chapitre est une notice biographique très complète ; il contient, en particulier, de nombreux détails sur une question fort intéressante pour les médecins français, — le séjour de Sydenham à l'École de Montpellier.

Les quatre chapitres suivants sont consacrés aux œuvres de Sydenham. L'auteur en donne une courte analyse, indique à quelle occasion elles furent composées, et signale les changements qu'elles subirent dans leurs éditions successives. Chemin faisant, il donne de curieux renseignements sur l'organisation des Écoles de médecine à cette époque, et une étude magistrale sur les causes de la grande peste de Londres, ainsi que d'intéressants détails sur les relations de Sydenham avec le philosophe Locke.

Le sixième et dernier chapitre expose les rapports de Sydenham avec ses contemporains. A noter ici l'influence de Descartes sur Sydenham, dont les travaux sont évidemment inspirés par la doctrine du *doute méthodique*. Un autre fait, que plus d'un lecteur apprendra sans doute avec surprise, c'est que Sydenham, malgré tout son talent, ne fut ni agrégé ni membre du Collège des médecins de Londres. Ce n'est que près de quarante ans après sa mort que l'Angleterre lui rendit des hommages officiels, dont le premier fut le *Discours Harveien*, prononcé par Arbuthnot en 1727. Depuis lors, les éloges se succédèrent ; Sydenham devint l'*Hippocrate anglais*, le *divin Sydenham*.

Enfin cet intéressant travail se termine par un index chronologique et critique des éditions latines et des traductions des œuvres de Sydenham, qui témoigne des nombreuses recherches de M. le docteur Picard.

En résumé, étude historique très soignée, et — ce qui ne gâte rien — écrite avec une pureté de langue qu'on aimerait à rencontrer plus souvent dans la littérature médicale. A tous ces titres, elle méritait d'être signalée à l'attention des lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*.

Dr Alphonse Goix.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

(2) Paris, Lecrosnier et Babé ; London, Wiliams et Norgate.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 22 juin 1889, ont été nommés :

1° Professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, M. Pinard, agrégé.

2° Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Montpellier, M. Grynfelt (par permutation), en remplacement de M. Dumas, décédé.

3° Professeur d'opérations et appareils, M. Chalot, en remplacement de M. Grynfelt, appelé, sur sa demande, à d'autres fonctions (permutation).

4° Professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy, M. Macé, agrégé.

— Le concours du prosectorat vient de se terminer par les nominations suivantes :

1° Prosecteurs titulaires : MM. Thiéry et Riffel ; 2° prosecteur provisoire : M. Legueux.

— *Hôpitaux de Paris.* — De petits drapeaux indiquent actuellement les accouchements qui se font à la clinique. Bleu = accouchement simple ; jaune = dystocie ; vert = opération.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. Givre, interne des hôpitaux, vient d'obtenir le prix Bouchet, pour son mémoire sur l'étiologie de la phthisie chez les tisseurs en soie.

— M. le docteur Léger est nommé membre suppléant du Conseil privé de la Guadeloupe.

— M. le docteur Weill est nommé médecin en chef de l'hôpital Rothschild.

— M. le docteur Colin est chargé d'une mission à l'effet de poursuivre les études topographiques et les recherches d'histoire naturelle qu'il a entreprises au Sénégal.

— Les postes de médecin-inspecteur des stations de Saint-Honoré et de Royat sont supprimés.

— MM. les élèves internes en pharmacie de Paris, actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1889-1890.

Les cartes de placement seront délivrées à MM. les internes de deuxième, troisième et quatre années, le mardi 25 juin à trois heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration ; à MM. les internes de première année, le jeudi 27 juin à deux heures.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Mémoires et observations d'ophthalmologie pratique, par le docteur H. Armaignac, 1 vol. grand in-8° de 570 pages, avec figures intercalées dans le texte et une planche chromo-lithographique. — Prix : 12 francs. — Paris, F. Alcan.

Études pratiques sur la diphtère et le choléra, par le docteur Léon Raphael. 1 vol. in-18 de 276 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 72. — JEUDI 27 JUIN 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 27 JUIN 1889. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il y a deux mois environ, M. Regnauld faisait à l'Académie une communication sur le chlorure de méthylène (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 440), et engageait les chirurgiens à expérimenter cet agent anesthésique, vanté surtout par Spencer Wells. M. Polaillon est venu aujourd'hui répondre à l'appel de M. Regnauld; après avoir insisté sur les accidents si fréquents que donne le chloroforme, il fait connaître le résultat de 27 anesthésies qu'il a pratiquées avec le chloroforme méthylique, recommandé par M. Regnauld. On sait, en effet, que l'agent anesthésique désigné sous le nom de chlorure de méthylène, n'est autre chose qu'un mélange de quatre volumes de chloroforme et d'un volume d'alcool méthylique. Or, des observations communiquées par M. Polaillon, il résulte que cet agent anesthésique est préférable au chloroforme chez les femmes, mais qu'il lui est inférieur chez les hommes, qu'il agit avec beaucoup plus de lenteur, qu'il échoue même quelquefois, mais que, somme toute, il paraît moins dangereux.

M. Le Fort, à ce propos, a déclaré que depuis six ans il n'employait plus que le chlorure de méthylène, et qu'il y trouvait de grands avantages sur le chloroforme, en particulier au point de vue des vomissements, infiniment plus rares. M. Laborde préfère également le bichlorure de méthylène au chloroforme pour anesthésier les chiens; sous l'influence du chloroforme, ces animaux meurent avec la plus grande facilité; il n'en est plus de même avec le chlorure de méthylène.

L'Académie a entendu trois rapports. M. Rochard a analysé quatre observations d'abcès du foie communiquées par M. Chauvel. Le rapporteur et l'auteur sont partisans de l'ouverture prompte et directe des abcès du foie avec drainage et injections antiseptiques.

M. Lagneau a lu un rapport sur un travail de M. Durand intitulé : « Étude statistique et clinique sur Marseillan. »

Enfin, M. Panas a lu un rapport sur les mémoires envoyés pour le prix Meynot, rapport dont les conclusions ont été données en comité secret.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Phlébite de la veine fémorale, mort, autopsie.

Avant de vous parler de la malade que je vais opérer ce matin, je veux vous parler des résultats d'une autopsie que j'ai faite moi-même, hier matin, avec le plus grand soin, parce qu'elle résout un point très important.

Il y a quinze jours, je vous ai fait une leçon sur un malade que j'allais amputer de la cuisse pour une ostéo-arthrite du genou avec foyers purulents dans la jambe et dans la cuisse (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 361). Or, avant d'avoir décidé l'opération à laquelle le malade n'avait consenti qu'à la longue, j'avais tenu à bien m'assurer de l'état de la poitrine dans laquelle je redoutais l'existence d'un commencement de tuberculose.

A l'auscultation, j'avais trouvé peu de chose : un peu de souffle aux deux sommets avec quelques râles muqueux disséminés, mais sans gargouillement. J'avais prié aussi M. Cornil et M. Rémy, mon chef de laboratoire, d'examiner les crachats et d'y rechercher la présence des bacilles caractéristiques de la tuberculose. Le résultat fut négatif, il n'y avait pas de bacilles, de telle sorte que, si leur absence signifie qu'il n'y a pas de tuberculose, nous pouvions considérer le malade comme indemne de ce côté-là.

Pendant les quelques jours consacrés à cette étude, le mal avait fait des progrès, le pus s'avançait de plus en plus dans la cuisse et j'avais dû pratiquer une large incision afin de rendre, par des lavages, le foyer aussi antiseptique que possible. Bref, au bout de quelques jours, j'ai pratiqué l'amputation de la cuisse, le pus remontait alors jusqu'au tiers inférieur du moignon. J'ai gratté avec le plus grand soin les parois du foyer et j'ai réuni mes lambeaux. Les premiers jours tout a été parfaitement bien, et la réunion était obtenue, lorsque tout à coup, le cinquième jour après l'opération, je vis la température du malade monter rapidement, et en même temps le pourtour de la plaie prenait une teinte rouge spéciale, caractéristique de l'érysipèle bronzé.

A ce propos, je dois dire que le lit de notre amputé était voisin de celui d'un malade qui avait eu peu de temps auparavant un érysipèle très étendu, fort grave, mais qui avait parfaitement guéri. Y a-t-il eu là contamination directe? Je ne saurais le dire.

Quoi qu'il en soit, nous avons modifié immédiatement notre pansement, en ayant recours à des lotions de sublimé

très fortement alcoolisé. Par suite, l'érysipèle a disparu, mais la réunion se trouva entravée.

Enfin, deux jours plus tard, cet homme a été pris d'un frisson d'une extrême violence, qui n'a pas duré moins d'une demi-heure. En l'apprenant, j'ai porté le pronostic le plus grave, car je pensais que le sang du malade devait contenir du pus provenant d'une phlébite de la veine fémorale. En effet, il s'agissait bien d'infection purulente, de pénétration du pus dans le torrent circulatoire, et le malade succombait trois jours plus tard.

C'est de l'infection purulente que je veux maintenant vous parler.

Comme je vous le disais tout à l'heure, j'ai fait moi-même l'autopsie de cet homme; la veine fémorale a été disséquée dans tout son trajet, depuis l'extrémité du moignon jusqu'à la veine cave inférieure. Or, avant même de l'ouvrir, il était facile de s'apercevoir qu'elle était remplie de pus. En effet, dès que je l'ai eu fendue, j'ai pu constater l'existence d'un abcès la remplissant depuis le caillot obturateur situé au niveau de la ligature jusqu'au-dessous du ligament de Fallope. Les veines et les artères, cependant, étaient complètement séparées du foyer où passait le tube à drainage que j'avais placé de telle sorte qu'elles n'avaient aucune communication avec ledit foyer.

Quant à la veine fémorale elle était oblitérée par le caillot sanguin formé aussitôt après la ligature du vaisseau, caillot au-dessus duquel nous trouvions du pus. Les parois de la veine n'avaient plus leur souplesse, leur mollesse habituelles, mais elles étaient rigides, et ressemblaient aux parois des artères. Cette rigidité était due à l'infiltration de globules blancs.

L'abcès intra-veineux remontait jusque sous l'arcade crurale formé de sang et de pus, analogue à ceux que l'on trouve dans la phlébite suppurée, c'est-à-dire renfermant de petits foyers de pus. Ce caillot se prolongeait au-dessus, à travers la veine iliaque externe et la veine iliaque interne jusque dans la veine cave inférieure, vaisseaux dans lesquels il était en grande partie détaché des parois de la veine, de telle sorte que le pus de l'abcès intra-veineux passait librement entre le caillot et les parois vasculaires pour aboutir à la veine cave inférieure. Là, il rencontrait le sang venu de la veine du côté opposé et se trouvait facilement entraîné dans le torrent circulatoire. Quant à l'artère crurale, elle ne présentait rien de particulier dans le moignon, elle avait conservé ses caractères normaux. D'autre part, le fémur était absolument sain.

Si, maintenant, nous passons à l'examen des viscères nous trouvons : 1° les deux sommets des poumons adhérents à la plèvre, plus quelques tubercules disséminés çà et là; ce qui nous prouve que les bacilles peuvent ne pas exister dans les crachats, dans les cas de tuberculose, au début; 2° dans le lobe inférieur du poumon pas d'abcès métastatiques, mais des infarctus sans trace de pus, c'est-à-dire des foyers formés par des amas de matière brune comme du sang épanché, foyers qui ne sont autre chose que le point de départ de ces abcès. Ces derniers n'avaient pas encore eu le temps de se former, le malade ayant succombé trop rapidement à l'infection purulente à marche foudroyante.

Les autres organes : foie, reins, rate, n'ont rien présenté de particulier. Le cœur était recouvert, à sa surface, d'une certaine quantité de graisse — ce qui est assez rare chez un sujet aussi jeune — mais il n'existait pas de dégénérescence graisseuse véritable. Cet état du cœur nous explique peut-être l'accident qui s'est passé pendant l'anesthésie chloroformique. Pendant cinq minutes, cet homme n'a plus respiré et nous avons dû recourir à la respiration artificielle pour le ranimer.

En résumé, voici comment je crois pouvoir conclure quant à l'évolution de l'infection purulente :

Au milieu de la cuisse se trouvait un vaste foyer purulent entourant les vaisseaux, et les parois de ceux-ci, bien que non traversées par le pus, n'en ont pas moins dû être influencées par son voisinage et, par suite, la veine fémorale subir un commencement de phlébite externe. Et c'est dans ces conditions, la veine étant déjà malade, que j'ai pratiqué l'amputation de la cuisse.

De plus, une compression assez forte a dû être faite sur cette veine malade, et elle n'a pas été certainement sans influence sur les résultats ultérieurs; d'ailleurs elle avait été fort douloureuse et difficilement supportée par le malade surtout dans la région du pli de l'aine. Aussi lorsque, dimanche dernier, s'est produit le violent frisson dont je vous ai parlé, avec tremblement pendant une demi-heure, n'ai-je pas hésité un seul instant à considérer cet homme comme perdu. La phlébite perdait certainement son caractère adhésif et le caillot, détaché en grande partie des parois du vaisseau, allait permettre au pus de passer dans les veines iliaque externe et iliaque interne, gagner la veine cave inférieure d'où il serait promptement emporté dans le torrent circulatoire. Le frisson, en effet, était le résultat du passage du pus dans la circulation et les infarctus ne sont autres que des dépôts de sang contaminé dans les poumons.

Je vous citerai, à ce propos, un fait qui remonte à 1876, dans lequel j'ai vu survenir des accidents semblables chez un de mes amputés. A ce moment, on parlait beaucoup du microbe de la pyohémie. Mon amputé ayant succombé avec des abcès métastatiques, je proposai à M. Pasteur d'assister à l'autopsie. Nous trouvâmes du pus à l'intérieur des vaisseaux, M. Pasteur en prit une petite quantité à l'aide d'une pipette et avec toutes les précautions possibles pour éviter le contact de l'air. L'étude en fut faite à son laboratoire, ainsi qu'au mien par M. Rémy, et les résultats en furent absolument négatifs, aucun microbe n'y fut rencontré, et l'inoculation faite à des animaux resta aussi sans effet.

Je conclus de ces faits que le pus intra-veineux ne vient pas de l'extérieur, mais qu'il se forme dans les vaisseaux eux-mêmes.

De là aussi, notre impuissance à combattre de pareils accidents par les agents antiseptiques, qui n'ont qu'une action extérieure et superficielle.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. Kirchberg.

Observations de pneumonies traitées par l'association de l'ergotine, du quinquina et des révulsifs.

I

Observation I (*recueillie avec le concours de M. Mirallié, interne du service*). — I... (Albert), âgé de trente-huit ans, peintre en bâtiment. Ce malade paraît n'avoir aucun antécédent héréditaire ou personnel. Bien qu'on remarque au bord des gencives un léger liséré brunâtre, Albert affirme n'avoir jamais eu de colique de plomb ou d'autres accidents saturnins.

Entré à l'Hôtel-Dieu, le 4 février 1888, cet homme raconte que, n'ayant plus d'ouvrage dans son pays, il quitta Billancourt, le 6 janvier dernier, couchant dans les fermes et les granges. Il

ressentit un léger point de côté et commença à tousser. Il arriva très fatigué à Saint-Nazaire : malgré la toux et le point de côté il reprit sa marche vers Nantes où, vaincu par la faiblesse, il demanda à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Le 4 février. Cet homme très amaigri présente les signes d'un abattement considérable, les yeux excavés sont entourés d'un cercle noirâtre, les joues sont émaciées, les traits tirés. Étendu sur son lit, il est en proie à une dyspnée intense. Il accuse un point de côté à droite et en avant de la poitrine. La douleur est exagérée par les mouvements respiratoires.

Du côté droit, en avant, on entend de nombreux râles sous-crépitants fins, tandis qu'en arrière, au même niveau, on entend un souffle lointain voilé en partie par des râles ronflants qui dominent dans tout le reste du poumon. A gauche, on entend des râles sous-crépitants en avant et en arrière. La toux est fréquente et suivie de l'expectoration de crachats brunâtres, mais non franchement rouillés, baignant dans un liquide clair. Le pouls est vif (100 pulsations). Le cœur est normal, les artères ne semblent pas athéromateuses, la salive est épaisse et visqueuse.

Potion avec 2 grammes d'ergotine et 4 grammes d'extrait mou de quinquina calisaya dans 120 grammes de véhicule ; bouillon, lait, une ration de vin.

Le 5, les crachats sont sanguinolents et visqueux, l'adynamie est complète ; le malade accuse une constipation datant de huit jours ; mêmes prescriptions, plus un lavement émollient.

Le 7, les crachats muqueux ont perdu toute coloration sanglante et toute viscosité. Le lavement de l'avant-veille a été suivi de selles abondantes.

L'auscultation révèle des râles sous-crépitants dans toute l'étendue du poumon droit ; à gauche des râles sous-crépitants occupent toute la moitié supérieure de ce poumon, tandis qu'à la base on constate un peu de souffle ; les lèvres sont sèches et comme brûlées. Légère douleur à la fosse iliaque droite, pas de taches rosées, pas de dévoiement ; température à 39°,4 le soir.

Même potion, vésicatoire au côté gauche du thorax.

Le 8, on constate à droite un léger bruit de frottement s'ajoutant aux nombreux râles sous-crépitants déjà notés.

Le 9, Albert est pris de diarrhée, on lui donne une potion composée de 30 grammes de sirop thébaïque, 2 grammes de sous-nitrate de bismuth et 90 d'eau qui sera prise alternativement avec la potion d'ergotine et de quinquina.

Le 10, la diarrhée a disparu, on ne perçoit plus que quelques râles sous-crépitants des deux côtés. Le sirop thébaïque est supprimé, un œuf à la coque est permis.

Le 11, température et pouls normaux, la température est à 37 degrés, le pouls à 68 pulsations. Le malade est profondément émacié ; mais l'aspect de la physionomie est bon ; les joues sont colorées, les traits moins tendus. L'appétit s'accentue de plus en plus, une portion est permise et bien digérée.

Le 12, il accuse une douleur au niveau du deuxième espace intercostal droit sur la ligne axillaire. L'auscultation ne révèle aucun râle, la percussion nulle matité, la palpation provoque une augmentation de la douleur qui, par conséquent, est névralgique. Dans d'autres endroits de la poitrine que le point névralgique, on perçoit encore quelques râles sous-crépitants disséminés. Vésicatoire n° 2 sur le point douloureux.

Le 14, la douleur intercostale a disparu, la température est tombée à 36°5 ; suppression de la potion à l'ergotine et au quinquina.

Le 16, léger ténesme et douleurs vagues à la jambe droite ; lavement émollient et liniment volatil camphré, sur la jambe.

Le 17, le ténesme et les douleurs de jambe ont disparu. La respiration est normale, le malade n'accuse aucune douleur. Son alimentation est augmentée graduellement et, le 9 mars, il quitte l'hôpital avec un embonpoint qu'il n'avait, dit-il, jamais connu.

Obs. II (*recueillie avec le concours de M. Landois, interne du service*). — L... (Julien-Marie), âgé de trente-huit ans, raffineur, est entré dans la salle, le 7 octobre 1887.

Son père, dit-il, est mort d'une fluxion de poitrine. Sa mère est bien portante. Il a perdu deux sœurs, mortes de fièvre typhoïde. Il a deux enfants d'une bonne santé et d'une vigoureuse constitution. Il a contracté, en 1875, une dysentérie qui a persisté trois ans ; il y a deux ans, il a eu la fièvre typhoïde. Il nie des habitudes alcooliques et n'en présente, du reste, pas de symptômes.

Le 1er octobre 1887, cet homme a été pris, le soir en rentrant chez lui, d'un violent frisson suivi de fièvre, il a eu du délire toute la nuit, puis a commencé à tousser en éprouvant au niveau du mamelon gauche une violente douleur accompagnée d'oppression. Les accidents continuant à s'aggraver, les nuits étant fort mauvaises, L... se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu, le 7 octobre.

A la contre-visite, M. Landois le trouve agité, en proie à une fièvre intense. La peau est brûlante, le pouls vif. Les pommettes sont colorées, surtout la gauche. La faiblesse est générale et le malade dans un état de prostration complète. Anorexie, langue saburrale et tremblotante. Pas de nausées, pas de troubles intestinaux. Le malade tousse peu, l'expectoration est nulle. En arrière et à gauche quelques râles sous-crépitants fins. Rien à droite. Prescriptions : une potion avec 4 grammes de bromure de potassium et une autre avec 30 centigrammes de kermès, qui doivent être données alternativement.

Le 8, la nuit a été meilleure. Le sujet n'a pas eu de délire. Il est calme au moment de la visite et paraît affaissé.

Le pouls est à 108, la température à 39°6.

Il tousse davantage. L'expectoration est assez abondante et les crachats revêtent une teinte sucre d'orge.

Les signes physiques du côté de la poitrine se sont accentués. La percussion dénote une matité relative au niveau du poumon gauche en arrière. Les vibrations thoraciques sont conservées des deux côtés, avec leurs caractères normaux. On entend à l'auscultation, au niveau du lobe inférieur du poumon gauche, vers la fin de l'inspiration, des bouffées de râles sous-crépitants fins et un léger bruit de souffle tubaire difficile à localiser dans son maximum. Les urines sont d'un rouge foncé, chargées de mucus, de sels, elles moussent et la chaleur et l'acide nitrique y décèlent une quantité notable d'albumine.

Nous portons le diagnostic de pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche, et prescrivons un vésicatoire n° 4 en arrière et à gauche de la poitrine, une potion avec 3 grammes d'ergotine, 30 gouttes de teinture de digitale, 4 grammes d'extrait mou de quinquina Calisaya et 120 grammes de véhicule. Bouillon et lait.

Le 8 au soir, le malade éprouve un peu de soulagement, la dyspnée a diminué, la douleur s'est atténuée, l'état général est moins adynamique ; l'expectoration est abondante, les crachats sont ambrés et visqueux, adhérents aux parois du vase. Température 39°7.

Le 9, température le matin 39°2, le soir 38°8. Pouls 108. Le matin aucun changement notable dans les autres phénomènes morbides, continuation de la potion.

Le 10, amélioration sensible. La fièvre a baissé, le pouls n'est plus qu'à 76 et la température est tombée à 36 degrés.

L... a eu d'abondantes sueurs nocturnes ; des râles crépitants à grosses bulles occupent la partie inférieure du poumon gauche ; on perçoit, plus nettement que les premiers jours, le souffle tubaire et la bronchophonie. Matité à cette région. Le sommet est indemne de phénomènes pathologiques. Les crachats sont plus visqueux et plus colorés et présentent même une légère teinte noirâtre ; mêmes prescriptions.

Le soir recrudescence de la fièvre ; la température s'élève à 38°7.

Le 11, la fièvre a baissé depuis hier soir, la température est à 38°2, le pouls à 80. Le soir, la température redescend à 36°8. Le malade éprouve un grand soulagement. Le souffle a diminué d'intensité, ainsi que la bronchophonie. Les râles sont encore abondants. Les crachats sont moins colorés et moins abondants.

Le 14, la fièvre a disparu. Le pouls est à 60 le matin et la température est à 37 degrés. La digitale est supprimée de la potion et l'ergotine réduite à 2 grammes.

Le 15, le souffle ne s'entend plus, les râles humides ont diminué.

Le 17, les râles sont de plus en plus rares. Les crachats sont muqueux. La fièvre n'a plus reparu, l'albumine a complètement disparu des urines, l'appétit commence à se manifester. Cessation de la potion. Alimentation légère, qui est graduellement augmentée les jours suivants.

Le 21, L... ne présente aucun phénomène stéthoscopique, l'appétit et les forces vont toujours en grandissant, et le malade complètement guéri quitte l'Hôtel-Dieu dans les premiers jours de novembre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juin 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de MM. Le Dentu et Chauvel, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Azam (de Bordeaux) assiste à la séance.

RAPPORTS

Traitement des abcès du foie. — M. ROCHARD fait un rapport sur quatre cas d'abcès du foie que M. Chauvel a eu à traiter (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 488). Il a suivi la méthode de Little, qui lui a donné deux succès. Les deux sujets qui ont succombé étaient arrivés au dernier degré de l'anémie et de l'épuisement.

M. Chauvel insiste avec raison sur la difficulté du diagnostic des abcès du foie et sur la nécessité d'agir promptement lorsqu'il est posé, mais il conseille la ponction exploratrice préalable et l'incision faite, couche par couche, avec lenteur et précaution. M. Rochard avoue ne pas comprendre l'utilité de ces deux pratiques.

La ponction a pour but de fixer définitivement le diagnostic. Du moment où elle donne du pus, il faut ouvrir. L'expectation n'est pas rationnelle et n'a jamais donné de bons résultats. Il est plus logique de profiter de ce que la pointe du trocart est dans le foyer pour arriver jusqu'à lui. Il est plus expéditif de suivre ce guide pour pénétrer sûrement dans la collection et l'ouvrir d'un coup, que de diviser la paroi, couche par couche, comme si on ne connaissait pas la direction à suivre. M. Rochard préfère, pour sa part, la méthode des chirurgiens anglais, qui est plus expéditive.

Lorsqu'on place l'incision entre deux côtes, comme l'a fait deux fois M. Chauvel, il n'est pas rare de voir ces arcs osseux se rapprocher au point de rétrécir l'ouverture, de comprimer, d'aplatir les drains et d'empêcher l'écoulement du liquide. Dans ce cas, la fièvre, les douleurs ne tardent pas à renaître. Quand on est en présence de cette complication, on peut, comme M. Chauvel, réséquer un bout de la huitième côte d'abord, et de la neuvième ensuite.

M. Chauvel n'est pas d'avis de réunir par la suture les lèvres de la plaie pariétale aux lèvres de la plaie hépatique, ainsi que l'a conseillé M. Trélat. Cette pratique paraît, à M. Rochard comme à lui, inutile et dangereuse.

En somme, M. Chauvel est partisan de l'ouverture prompte et directe des abcès du foie avec drainage et injections antiseptiques.

Démographie médicale. — M. LAGNEAU lit un rapport sur un travail de M. Durand, intitulé : « Étude statistique et clinique sur Marseillan. » Ce travail traite successivement des mouvements démographiques et des faits médicaux, observés en 1887, dans cette ville du département de l'Hérault.

Dans la population de Marseillan qui, lors du dernier dénombrement en 1886, était composée de 3 791 habitants, avec prédominance du sexe féminin, 24 p. 100 des familles n'auraient pas d'enfants vivants, 30 n'en auraient qu'un seul, 24 en auraient 2, etc...

En 1887, M. Durand remarqua la prédominance des naissances féminines sur les naissances masculines, 55 pour 51, contrairement à ce qui s'observe en général en France et dans la plupart des autres pays. La faible mortalité des enfants de 0 à 1 an (13,75 p. 100) est également remarquée.

On ne peut attacher grande importance à ces remarques qui ne portent que sur de trop petits nombres. Pour une population aussi limitée, les faits démographiques ont besoin de porter au moins sur une dizaine d'années pour avoir quelque valeur. Réunir les documents statistiques et médicaux relatifs à une longue période, tel est vraisemblablement ce que se propose de faire M. Durand.

Prix Meynot. — M. PANAS donne lecture d'un rapport sur les mémoires envoyés pour le prix Meynot.

COMMUNICATION

Propriétés anesthésiques du chloroforme méthylique ou prétendu chlorure de méthylène. — M. POLAILLON rappelle que, dans la séance du 23 avril dernier, M. Regnauld appelait l'attention de l'Académie sur la composition chimique du chlorure de méthylène, agent anesthésique qui a surtout été vanté par Spencer Wells et par M. Le Fort (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 440). M. Regnauld conviait les chirurgiens à vérifier si l'on peut, comme l'affirmaient Spencer Wells et M. Le Fort, éviter, avec ce pseudo-chlorure de méthylène, les accidents qui accompagnent trop souvent l'emploi du chloroforme ordinaire.

M. Polaillon répond à l'appel de M. Regnauld et vient rendre compte des résultats qu'il a constatés.

Il était d'autant plus porté à essayer ce nouvel agent anesthésique que, depuis quelque temps, le chloroforme fourni dans son service de la Pitié produisait un sommeil pénible, troublé par de l'agitation, des nausées, des vomissements. Ses internes et lui apportaient à l'anesthésie chloroformique un soin particulier, lorsque tout à coup, en mars dernier, ils assistèrent à un cas de mort.

Bien que les journaux de médecine relatent beaucoup de cas semblables, et qu'il paraisse inutile d'en rapporter un nouveau, ce fait a été tellement dénaturé par la presse extra-médicale que M. Polaillon croit devoir le publier dans l'intérêt de la vérité et de la science.

X..., trente-huit ans, est venu à la Pitié pour se faire opérer d'une synovite fongueuse des extenseurs des doigts gauches. L'affection était assez grave et il s'agissait de disséquer et d'abraser la synoviale ; c'était donc une opération longue, délicate, qui rendait la chloroformisation absolument indispensable.

Le malade fut laissé en observation pendant six jours ; c'était un homme vigoureux, paraissant plus âgé qu'il ne l'était réellement. En dehors de cette tendance à la sénilité précoce et quoiqu'il avouât avoir fait des excès alcooliques, il ne présentait aucun signe d'alcoolisme. L'auscultation des poumons et du cœur ne présentait rien d'anomal.

Le 26 mars, jour de l'opération, X... était très émotionné. La chloroformisation fut commencée par les internes, par le procédé de la compresse, et deux ou trois minutes après le début de cette chloroformisation M. Polaillon se rendit auprès du malade.

Tout, d'abord, marcha régulièrement, la respiration paraissait normale.

Au moment où il appliquait la bande d'Esmarch sur le membre supérieur gauche, le malade eut une période d'excitation violente ; il se débattait sans crier. La respiration demeurant difficile, la langue est attirée hors de la bouche avec une pince. La face est congestionnée (on avait cessé la chloroformisation depuis quelques minutes).

Le pouls s'arrête ; deux ou trois respirations stertoreuses se produisent : les pupilles se dilatent et les réflexes cornéens sont abolis.

Aussitôt on fait la respiration artificielle d'une façon méthodique et continue, on flagelle la face avec des compresses mouillées, on injecte 2 grammes d'éther dans le tissu conjonctif et on fait une saignée au pli du coude. On fit des inspirations d'oxygène d'abord par la bouche, puis après trachéotomie. Au bout de trois quarts d'heure, il fallut reconnaître que la mort était définitive.

M. Polaillon est réduit à faire des hypothèses sur la cause exacte de la mort. Toutefois, il semble probable que le chloroforme doit être incriminé. Il suppose qu'il a agi, comme certains poisons cardiaques, en produisant une paralysie brusque du cœur, car l'arrêt du cœur a été le phénomène initial chez ce malade.

L'arrêt primitif du cœur est la forme la plus rare et la plus grave de l'intoxication chloroformique. Ordinairement, ce sont les mouvements respiratoires qui cessent les premiers, tandis que le cœur continue à battre. Il suffit alors d'entretenir artificiellement la respiration pour que le chloroforme ait le temps de s'éliminer des centres nerveux et du bulbe, et pour que la vie puisse être conservée.

Les accidents de la chloroformisation, ajoute M. Polaillon, sont certainement imputables, dans un certain nombre de cas, à une susceptibilité individuelle qui échappe à nos investigations les plus attentives, mais nous ne voulons pas admettre qu'il soit au-dessus de nos forces de les combattre et de les vaincre. Nous ne nous résignons pas à perdre nos opérés par le chloroforme.

Nous recherchons sans cesse une meilleure technique de la chloroformisation, une notion plus précise de ses contre-indications, un agent anesthésique plus sûr. Jusqu'à présent un chloroforme parfait, fidèle dans ses effets, exempt de danger en supposant une administration prudente, est encore à découvrir.

Le chloroforme méthylique de M. le professeur Regnauld approche-t-il du chloroforme parfait? Réalise-t-il, au point de vue de la pratique chirurgicale, un progrès sur le chloroforme ordinaire? Cette question doit être résolue par des faits.

M. Polaillon donne ensuite le résumé de 17 observations d'anesthésie avec le chloroforme méthylique chez la femme.

En résumé, dit-il, sauf 2 cas où l'anesthésie a été incomplète, les 15 autres cas ont été caractérisés par un sommeil très satisfaisant qu'on a pu prolonger facilement pendant un temps assez long, et même pendant une heure vingt-deux. Pour obtenir une anesthésie complète, il a fallu prolonger les inhalations pendant un temps qui a varié entre sept et vingt-deux minutes suivant les sujets. Cinq malades ont vomi au moment du réveil, une pendant le sommeil, et ce vomissement a produit l'issue de l'intestin dans une laparotomie.

Le sommeil produit par le chloroforme méthylique est plus léger que celui du chloroforme ordinaire; le réveil est plus facile; le malaise est moins pénible.

Il résulte donc de ces observations que le chloroforme méthylique peut remplacer avec avantage le chloroforme ordinaire chez les femmes.

M. Polaillon a employé 10 fois le chlorure de méthylène chez l'homme :

Voici en résumé les résultats obtenus dans cette deuxième catégorie de cas. Dans 4 cas, il n'a pas été possible d'endormir le patient, bien que la chloroformisation ait été prolongée pendant dix-neuf, vingt-cinq, vingt-six et trente-cinq minutes. Dans un cas, au bout de dix-sept minutes, il y avait seulement de l'engourdissement, de l'insensibilité, mais pas d'anesthésie. Dans un autre cas, à la vingt-troisième minute, le patient a eu des accidents d'asphyxie qui ont obligé à faire la trachéotomie. Dans 4 cas seulement, l'anesthésie a été complète, 1 fois au bout de trois minutes, 3 fois entre dix et quinze minutes. Enfin, parmi les 4 malades qui ont eu une anesthésie satisfaisante, l'un d'eux a vomi au moment du réveil. M. Polaillon en conclut que, chez les hommes, l'action du chloroforme méthylique est ordinairement très lente, que plusieurs sujets y sont rebelles, mais que le sommeil est paisible, une fois que l'anesthésie est obtenue.

La lenteur de l'anesthésie, chez les opérés de l'un et de l'autre sexe, n'est qu'un inconvénient sans grande importance lorsqu'elle ne dépasse pas quinze à vingt minutes. Mais l'inconvénient devient un défaut sérieux, lorsque l'anesthésie ne se produit pas au bout de quinze ou vingt minutes. Le patient déclare alors qu'il ne peut pas dormir, qu'il ne pourra pas dormir, qu'il va souffrir de son opération, il s'inquiète et, pendant cette période d'anxiété, son courage s'affaiblit. Enfin, si l'anesthésie ne peut pas avoir lieu, le chloroforme est entaché d'un vice rédhibitoire.

La sécurité du chloroforme méthylique compense-t-elle sa lenteur? Il faudrait un très grand nombre d'observations pour répondre à cette question. Pour M. Polaillon, le chloroforme méthylique n'est certainement pas exempt de danger, puisqu'il a produit un commencement d'asphyxie chez un de ses opérés. Toutefois, il lui a semblé que, sous son action, la respiration et le pouls étaient réguliers et qu'ils causaient moins d'alertes que le chloroforme ordinaire, il penche à croire qu'il est moins dangereux que ce dernier.

En définitive, si le chloroforme méthylique de M. le professeur Regnauld lui a paru préférable au chloroforme ordinaire pour anesthésier les femmes, il lui est inférieur pour l'anesthésie des hommes. Il est loin de mériter les éloges que lui a décernés sir Spencer Wells quand il a dit : « Je n'ai jamais trouvé cet agent en défaut. » De sorte qu'il y a, entre l'identité chimique du chlorure de méthylène anglais et du chloroforme méthylique (4 volumes de chloroforme et un volume d'alcool méthylique), une inconnue qui reste encore à découvrir.

La mortalité de la chloroformisation, relativement minime, est encore trop considérable. Les chirurgiens appellent de tous leurs vœux les perfectionnements capables de l'atténuer.

DISCUSSION

M. LE FORT dit que, dans la question du chloroforme, il y a deux points à étudier : celui de la mortalité et celui des accidents ou, pour mieux dire, des incidents. Relativement à la mortalité, il faut bien qu'on sache que tous les anesthésiques, quels qu'ils soient, peuvent donner la mort, en dehors de toutes fautes du chirurgien. Quant aux incidents du chloroforme, parmi lesquels il faut mettre en première ligne les vomissements si préjudiciables, en particulier dans les laparotomies, M. Le Fort fait observer que ces inconvénients sont beaucoup plus fréquents aujourd'hui qu'autrefois. Sir Spencer Wells, en publiant la relation de mille ovariotomies, déclare n'employer, depuis longtemps déjà, que le bichlorure de méthylène et s'en trouve fort bien. Depuis six ans, M. Le Fort n'emploie que cet agent anesthésique, qu'il fait venir d'Angleterre, et il y trouve de grands avantages. Il est peut-être un peu plus lent dans son action que le chloroforme, mais avec lui les vomissements sont extrêmement rares. Quant au chloroforme méthylique employé par M. Polaillon, de son aveu même, il agit très lentement et parfois même son action est nulle. C'est pourquoi M. Le Fort lui préfère de beaucoup le chlorure de méthylène dont il se sert et dont il se déclare très satisfait.

M. LABORDE fournit un renseignement expérimental qui vient à l'appui de ce que vient de dire M. Le Fort. En présence des accidents constants déterminés chez le chien par le chloroforme, M. Laborde, depuis longtemps, cherche à le remplacer. Le regretté Muron, ayant fait un voyage en Angleterre, en a rapporté le chlorure de méthylène que M. Laborde a immédiatement essayé sur le chien et il s'en est très bien trouvé. Depuis que M. Laborde emploie le chlorure de méthylène, il n'a pas perdu un seul chien, ce qui lui arrivait constamment avec le chloroforme. Ces faits expérimentaux sont intéressants à rapprocher des faits signalés par M. Le Fort.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

L'hypnotisme à l'hôpital de la Charité.

Tous les jeudis, M. Luys fait des conférences sur les fonctions du système nerveux, sur l'hypnotisme, etc.

Jeudi dernier, devant un nombreux auditoire, le professeur nous a fait assister à des scènes des plus intéressantes. Il a fait asseoir près de lui une malade de son service, malade déjà entraînée par des séances précédentes; et, après l'avoir plongée dans le sommeil hypnotique, il lui a intimé l'ordre de dormir pendant toute la durée de sa leçon.

Après avoir longtemps disserté sur les fonctions des diverses cellules nerveuses des circonvolutions cérébrales; après avoir défini le rêve, l'automatisme, qui ne sont que des modes différents du souvenir de l'excitation qu'ont éprouvée les cellules nerveuses; après avoir démontré que la *lésion de la paralysie générale* n'est autre chose qu'une prolifération des éléments de la névroglie, comprimant, étouffant, pour ainsi dire, les cellules nerveuses et diminuant ou annihilant leur fonction, selon le degré d'atrophie auquel elles sont arrivées; après avoir enfin montré que cette atrophie des cellules suit une marche ascendante, en commençant par le bulbe rachidien, ce qui explique pourquoi les premiers symptômes de la paralysie générale commencent presque toujours par des troubles des organes où se rendent les nerfs bulbaires, M. Luys a appelé de nouveau l'attention de son auditoire sur Mlle B..., sa malade.

Plaçant l'extrémité de son index à quelques centimètres de la face antérieure de l'avant-bras de la malade, qui était plongée dans le sommeil léthargique, il a déterminé en quelques secondes la *contracture* des muscles de l'avant-bras; puis, pour éviter que cette contracture ne devienne pénible, il l'a fait disparaître en frictionnant légèrement, du bout du doigt, la face dorsale du même avant-bras. En fixant du regard la même région, il produit la même contracture, comme avec l'extrémité de son index.

Nous avons assisté, à ce moment, à une expérience des plus curieuses sur la transformation de la personnalité.

M. Luys a dit à la malade endormie : « Levez-vous ! » — Elle s'est levée. — Il continue : « Écoutez-moi bien; vous n'êtes plus Mlle B...; je vais vous changer, et, à partir de ce moment, vous êtes M. Luys. Vous êtes ici dans votre amphithéâtre, devant votre auditoire, et vous allez faire devant ces messieurs une leçon d'hypnotisme pendant un quart d'heure. Connaissez-vous l'hypnotisme ? » — Réponse : Oui.

La figure de la malade se transforme; elle prend véritablement un aspect intelligent qu'elle n'avait pas auparavant. Quoiqu'elle ait les yeux ouverts, quoiqu'elle prenne la parole, elle ne voit rien et elle n'entend rien; elle est toute à son sujet et rien d'extérieur ne peut la distraire. Et, avant de lui donner la parole, M. Luys lui dit, comme s'il parlait au personnage représenté par la malade : « La petite Thérèse vient d'arriver, elle est assise sur ce fauteuil. » C'est là une hallucination suggérée par M. Luys à cette femme en état de somnambulisme yeux ouverts.

En effet, la petite Thérèse, que la somnambule prend pour une jeune fille, n'est autre qu'un externe du service excessivement barbu.

Pour comprendre ce que nous racontons, il est bon de dire au lecteur que cette malade est depuis longtemps dans le service, qu'elle voit M. Luys tous les matins, qu'elle entend parler à chaque instant d'hypnotisme, et qu'elle connaît tout ce qui se passe dans la salle, ayant trait à l'hypnotisme.

Pendant un quart d'heure juste, cette femme, s'incarnant dans la personnalité de M. Luys, qui se tordait de rire en se voyant si bien imité, prenant un ton professoral et traitant sa petite malade comme l'eût fait un praticien consommé, a causé de l'hypnotisme d'une manière très sensée que n'auraient pas désavouée beaucoup de professeurs.

Elle a raconté, pendant ce singulier état de sommeil à l'état de veille, pour ainsi dire, l'histoire de la petite Thérèse qui avait avalé 1 gramme de morphine : « Songez, dit-elle, 1 gramme de morphine ! et elle n'en est pas morte ! Je vais vous faire raconter cette histoire par la malade elle-même; mais elle est capable de ne pas vouloir parler. »

Se penchant alors vers l'externe qui feignait de dormir dans le fauteuil : « Ma petite Thérèse, raconte-moi l'histoire de la morphine. » L'externe, qu'elle prend toujours pour une femme, lui répond : « J'ai mal à la gorge, je ne peux pas parler. » Se tournant alors vers l'auditoire, qui éclatait de rire sans la troubler, puisqu'elle ne l'entendait pas, elle dit ironiquement : « Que vous disais-je ? cette petite bécasse ne veut pas parler, j'en étais sûr. Je vais la faire parler. » Et, se penchant de nouveau vers la soi-disant petite Thérèse, elle lui dit : « Je veux que tu parles, je veux que tu n'aies plus mal à la gorge, parle, je te l'ordonne. » La petite Thérèse, au courant de la situation, a raconté alors l'histoire de la morphine.

Elle a voulu ensuite réveiller la petite Thérèse et lui a dit : « Compte jusqu'à six et réveille-toi en disant : quatre. » Au moment où la petite Thérèse se réveillait, le quart d'heure de la leçon était terminé et la malade est retombée subitement dans le sommeil léthargique, d'où le vrai M. Luys l'a retirée pour la rendre à la vie réelle.

Au même instant, est entrée une jeune fille de dix-sept ans, très hypnotisable et employée dans une maison de commerce.

« Cette enfant, dit M. Luys, est une de ces malheureuses femmes dont le premier venu pourrait abuser, ce qui est extrêmement fâcheux pour elle et inquiétant au point de vue social. Aussi lui fais-je, chaque fois que je l'endors, la suggestion de ne pas se laisser endormir par une autre personne. »

Pour montrer l'impressionnabilité de cette jeune fille, entraînée également par des hypnotisations antérieures, M. Luys présente deux doigts à ses globes oculaires et, en moins de deux secondes, il la pétrifie, pour ainsi dire, il l'immobilise, il cristallise, c'est le mot, sa conscience. Il a fait, en un instant, d'un être intelligent et jouissant de son libre arbitre, un sujet passif, inconscient, n'obéissant plus à sa propre volonté, mais uniquement à l'hypnotiseur. « Réveillez-vous, » lui a-t-il dit, et elle s'est réveillée.

Cette jeune personne était venue, la veille, pendant la visite, en proie à une rage de dents. M. Luys l'endormit et lui dit : « Je ne veux pas que vous fassiez extraire cette dent, je vous défends de souffrir, vous allez vous réveiller sans douleur, gaiement, et vous ne souffrirez pas pendant deux jours. » Ce qui eut lieu en effet.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Circulaire relative aux convocations des officiers de réserve et de l'armée territoriale aux cérémonies officielles, au port de l'uniforme par ces officiers, et à leur admission dans les cercles militaires.

Paris, le 24 juin 1889.

LE MINISTRE DE LA GUERRE

à MM. les gouverneurs militaires de Paris et de Lyon;
les généraux commandant les corps d'armée;
le général commandant la brigade d'occupation de Tunisie.

Mon cher général,

Au moment où vous allez donner aux troupes sous vos ordres des instructions pour la revue du 14 Juillet, qui, en raison de la célébration du Centenaire, aura, cette année, un caractère particulier de solennité, je crois devoir vous faire connaître que j'attache la plus grande importance à ce que les officiers de réserve et de l'armée territoriale soient toujours régulièrement convoqués aux cérémonies officielles, et même que, dans les villes où il n'y a pas de garnison, ils puissent y assister en tenue, lorsqu'elles sont présidées par l'autorité civile.

A cette occasion, je vous invite à interpréter, dans un sens très large, les prescriptions de l'instruction du 28 décembre 1879, en ce qui concerne le port de l'uniforme. Par modification au paragraphe 4e de l'article 321 de cette instruction, l'autorisation de paraître publiquement en uniforme, en dehors des circonstances énoncées aux paragraphes 1er, 2e et 3e, sera accordée, désormais, aux officiers de réserve et de l'armée territoriale, par le commandant d'armes. A défaut de commandant d'armes, elle sera accordée par le général commandant la subdivision de région, sans que celui-ci ait besoin d'en référer au commandant du corps d'armée.

Je profite également de cette circonstance pour vous rappeler que l'admission dans les cercles militaires des officiers de réserve et de l'armée territoriale est prévue et réglementée par le décret du 12 juillet 1886.

J'estime qu'il y a un grand intérêt à leur faciliter l'accès de ces réunions. Il importe, en effet, de multiplier, entre ces officiers et ceux de l'armée active, les occasions d'un rapprochement qui ne peut manquer d'être fécond sous tous les rapports.

Les cercles militaires ou réunions d'officiers sont particulièrement propres à atteindre ce but. Les officiers de réserve et de l'armée territoriale sont, d'ailleurs, assurés d'y recevoir un accueil sympathique, et on ne saurait trop les engager à s'y faire admettre et à les fréquenter.

Il ne vous échappera pas que ces dispositions sont de nature à augmenter encore le prestige de ces officiers, à resserrer les liens de bonne camaraderie qui les unissent à leurs collègues de l'armée active, par suite à accroître d'autant la valeur de l'armée nationale.

C. de Freycinet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'inspectorat médical de la station de Brides (Savoie) est supprimé.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Quelques particularités relatives à la nouvelle installation balnéo-thérapique de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), par le docteur Paul Benard. 1 vol. in-8° avec figures. — Prix : 1 fr. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

33

ANALYSE DE JUIN DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de juin, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1032.00
	gr.	
Beurre par litre	37.300	
Albumine	3.400	
Caséine	28.600	
Sucre de lait	71.900	
Sels	7.100	
Total des matières fixes	148.300	148.300
Eau		883.700

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.157
Acide sulfurique	0.153
Potasse	1.445
Soude	0.620
Chaux	1.760
Magnésie	0.144
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.821
Total	7.100

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

28

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

92

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant toni-« que; pris avant le repas, il facilite la diges-« tion. Il est très utile pour empêcher le re-« tour des fièvres intermittentes sujettes à réci-« dive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

66

EAUX MINÉRALES DE ST-GERVAIS

(HAUTE-SAVOIE)

Deux sources thermales chlorurées sulfatées. Une source chlorurée sodique sulfureuse.

Traitement de l'**eczéma**, de l'**urticaire**, du **psoriasis**, du **lichen**, de l'**acné**, de la **séborrhée**.

Les sources salines, chlorurées sulfatées, conviennent aussi pour le traitement de toutes les manifestations abarticulaires de la **goutte** et du **rhumatisme** et pour celui des maladies de l'**utérus** et de la **vessie**.

Grand établissement thermal. — Grand hôtel très confortable.

10 à **15** fr. par jour; ce prix comprend logement, nourriture et usage des eaux.

LA STATION THERMALE EST A 2 H. DE CHAMONIX.

50

LANOLINE LIEBREICH

La seule absolument libre d'acide, sans odeur, ne rancissant pas. Seul excipient absorbant son poids d'eau et se mêlant avec toutes les autres graisses.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline,

USINE DU TREMBLAY, à CREIL (Oise).

PARIS, 31, rue des Petites-Ecuries, PARIS.

54

TRAITEMENT DES

MALADIES CONSOMPTIVES

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fusier) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et Pharmaciens.

21

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

67

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofulés, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris.

4

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

42

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise,* agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies,* etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot. *Dr. Zed*

96

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

seule décrétée d'intérêt public.

CONNUE ET RECOMMANDÉE DEPUIS 150 ANS.

Exiger la source du **Pavillon.**

79

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

66

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans **l'anémie, la chlorose, la leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle, le rachitisme,** etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. *Blancard*

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

12

Anémie, Chlorose, Pâles couleurs, Convalescence,

GUÉRISON PROMPTE ET CERTAINE PAR

L'ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT de Seigle du Dr J. PELLETAN

3 récompenses obtenues en 1888

BARCELONNE médlle d'argt | PARIS diplôme d'honneur | BRUXELLES médlle d'argt

Cet élixir, d'un goût délicieux et très agréable à prendre, est le plus puissant réparateur des forces. A la dose d'une cuillerée à café après chaque repas, il est recommandé d'une façon toute spéciale aux femmes qui nourrissent, et dont le lait a besoin d'être reconstitué.

PRIX DU FLACON : **5** FRANCS

Dans toutes les bonnes Pharmacies.

Vente en gros : E. GRIMAUD fils, 3, r. Ribera, Paris.

62

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes. L'ablation complète et ses difficultés.

Par M. le docteur A.-F. Plicque, ancien interne des hôpitaux.

Deux mots « ablation complète » suffiraient à résumer les règles générales de l'intervention chirurgicale dans le traitement des tumeurs malignes. Une opération qui n'enlève pas toute la tumeur est non seulement inutile mais elle est trop souvent nuisible et ne fait qu'accélérer la marche de la maladie. Cette nécessité de l'ablation complète, tristement prouvée par trop de récidives, est aujourd'hui admise par tous. Mais il n'est pas inutile d'étudier une fois de plus toutes les difficultés qu'elle offre.

Ces difficultés sont de deux ordres. Les unes tiennent à la zone d'envahissement parfois extrêmement étendue de la tumeur. Les autres, moins connues, sont dues à l'opération elle-même qui peut, en disséminant les cellules du néoplasme sur les tissus fraîchement divisés, constituer de nouvelles et redoutables greffes.

I

L'envahissement des tumeurs malignes dépasse souvent et de beaucoup les limites que l'examen clinique paraissait leur assigner. Les irradiations dans les tissus voisins, la propagation au système lymphatique, la pluralité d'emblée de certains néoplasmes peuvent à des degrés divers fausser et rendre incomplète l'intervention chirurgicale.

1° Irradiations périphériques. — Si la tendance à l'enkystement a pu être donné comme un des caractères anatomiques des tumeurs bénignes, la tendance contraire à la diffusion irrégulière est une des manifestations les plus remarquables des tumeurs malignes. Qu'il s'agisse d'un épithélioma de la langue fusant en minces traînées dans les interstices laissés par les faisceaux musculaires ; qu'il s'agisse d'un carcinome du sein envoyant de tous côtés à travers le tissu graisseux et glandulaire de larges prolongements ; qu'il s'agisse même d'un sarcome mieux limité, offrant parfois une capsule complète, toujours la zone dangereuse de la tumeur reculera bien au delà de ses limites apparentes à la vue et à la palpation.

A. Une étude, même simplement macroscopique, des tumeurs enlevées est à cet égard triste et instructive. Que de fois l'on trouvera sur la surface de section une petite trace suspecte. Cette trace, mince traînée, qui se continue en grossissant vers la tumeur, se continue aussi dans les tissus laissés en place. Sa nature, si on l'examine au microscope, n'est que trop évidente, et la récidive vient encore malheureusement la confirmer.

Au premier rang des causes qui peuvent contribuer à rendre trop économe une intervention que le chirurgien avait l'intention de faire large, on doit signaler le désir de la réunion par première intention. Instinctivement, involontairement, le chirurgien qui désire réunir ménage la peau. Parfois même on a été jusqu'à séparer celle-ci par une véritable dissection du tissu cellulaire suspect. Cette dissection est même, paraît-il, chose très facile chez les femmes un peu grasses. La réunion sera sans doute rapide. La récidive ne tardera pas beaucoup non plus.

Il est une autre cause d'erreur qui fera peut-être sourire les chirurgiens de profession blasés sur toutes les émotions opératoires, mais dont le praticien qui ne prend le bistouri que de temps à autre doit être prévenu. Dans le feu de l'opération, l'esprit perdra bien facilement la notion des grosses limites de la tumeur que la palpation avait tout à l'heure si bien révélées. Et par suite de la tendance instinctive à diminuer les dégâts, l'incision restera souvent en deçà du point qu'on voulait d'abord atteindre. Aussi, quand cela est possible, au sein par exemple, n'hésitez pas à tracer, au crayon dermographique ou à la teinture d'iode, le contour très largement évalué de la tumeur. C'est moins brillant, mais c'est plus sûr.

B. Chirurgien très novice nous-même, continuons nos conseils à nos pareils. Dans la dissection de la tumeur nous rencontrons une aponévrose en contact. C'est une circonstance qui semble favorable. Les adhérences sont très faibles et la réparation se fait de soi. La surface de l'aponévrose offre l'aspect le plus satisfaisant. C'est au moins un point où l'on se croit sûr d'avoir atteint, l'aponévrose ayant fait barrière, les limites du cancer.

Cette protection des aponévroses est un véritable trompe-

l'œil. Leur surface qui ne semble qu'en simple contact est déjà envahie, alors même qu'il n'existe pas d'adhérences apparentes, par quelques cellules cancéreuses que vous laisserez à coup sûr si vous laissez l'aponévrose. Sans doute les faisceaux de muscles déchiquetés, saignants, que laisse cette ablation, seront moins brillants à l'œil. Au point de vue du résultat final ils vaudront infiniment mieux.

Au lieu d'arriver en contact avec une aponévrose, la tumeur est arrivée en contact avec un os. L'ablation du périoste avec un fort grattage de la surface osseuse, sourirait certainement plus qu'une résection. Ces moyens anodins réussiront rarement et échoueront presque toujours; car peu de tissus offrent par leur structure histologique autant de facilité que le tissu osseux à la pénétration du néoplasme. Les nombreux canaux qui s'y enfoncent présentent une voie toute préparée. C'est surtout pour l'épithélioma des lèvres, de la langue, du rectum que ces envahissements osseux rendront trop souvent une résection nécessaire. Quant aux sarcomes périostiques, la résection se fera d'elle-même si on leur applique le seul traitement qui ait donné des guérisons durables; l'amputation du membre bien au-dessus.

Un mot enfin des capsules d'enveloppe qui, dans certains sarcomes, constituent une dangereuse source d'illusion. L'énucléation est alors si facile et si brillante, que la tentation devient bien forte. Mais cette capsule, alors même qu'elle n'offre pas de larges ouvertures, ayant laissé passer de gros champignons de tissu morbide, a offert par les lacunes lymphatiques, par les vaisseaux qui la traversent, des éraillures suffisantes pour l'infiltration des cellules. Quand on voit d'ailleurs les adénomes du sein récidiver presque invariablement, lorsqu'on les énuclée sans enlever une portion du tissu glandulaire en contact, il doit rester peu d'illusions sur les résultats que doit donner l'énucléation d'un sarcome. La capsule constitue une condition favorable; elle permet d'espérer une infiltration aussi limitée que possible. Mais le chirurgien serait plus que jamais inexcusable de ne pas dépasser, au prix d'une opération un peu plus laborieuse, les limites de cette infiltration.

C. Si les sacrifices de peau, d'aponévroses, les résections osseuses elles-mêmes ne doivent pas faire hésiter, il est d'autres sacrifices qui, par la gravité qu'ils donnent à l'opération, embarrasseront davantage. La tumeur peut, en effet, être arrivée en contact avec de gros vaisseaux, elle peut envoyer des prolongements dans la cavité cranienne, le thorax, l'abdomen.

Ces cas exceptionnellement défavorables ne se prêtent guère à des règles générales. Certains chirurgiens audacieux, voulant à tout prix aller jusqu'au bout, n'ont pas hésité à réséquer plusieurs centimètres de veine axillaire dans des cancers du sein; ils n'ont pas reculé devant la résection de l'artère axillaire ou de la fémorale, pratiquant ensuite, s'il le fallait, la désarticulation du membre. Ils ont poursuivi le néoplasme jusque dans ses derniers prolongements, non seulement dans le crâne et le thorax, mais encore dans la substance même du cerveau ou du poumon. Quant aux interventions dirigées contre des tumeurs abdominales, les résultats obtenus dans les laparotomies antiseptiques les justifient davantage. Pourtant, quelques-unes de ces interventions, par leur durée excessive, par le traumatisme énorme dû au nombre et au volume des tumeurs enlevées, comme dans quelques cas d'épithéliomas végétants de l'ovaire, atteignent, elles aussi, les dernières limites de la hardiesse chirurgicale.

Un succès définitif, maintenu pendant un nombre suffisant d'années sans récidives, a-t-il ordinairement suivi ces tentatives audacieuses? La plupart des observations, publiées trop peu de temps après l'opération, ne permettent pas de l'affirmer. Et si l'on réfléchit que, malgré l'énormité des sacrifices faits, ces opérations offraient bien peu de chances d'être complètes, il est permis de douter que la guérison ait été durable et que le succès thérapeutique ait répondu au succès opératoire.

Le plus sage est assurément de s'abstenir dans des cas aussi désespérés. On s'abstiendra surtout s'il s'agit d'une tumeur héréditaire, qui, moins que toute autre, donnerait une chance de succès. Mais, si telle ou telle circonstance, le jeune âge du malade, par exemple, conduit à intervenir malgré tout, les chirurgiens, qui poussent l'intervention jusqu'à ses dernières limites, sont assurément plus logiques que ceux qui s'arrêtent dans une ablation partielle. Si les dangers que les premiers font courir à leur opéré sont plus grands, tout au moins lui donnent-ils la faible chance d'une guérison radicale. Les dangers de l'opération partielle, s'ils sont moins redoutables, n'ont au contraire aucune compensation.

Il est inutile d'insister davantage sur ces faits où l'ablation des tumeurs exige des mutilations énormes. Mais rappelons que le succès, qui a parfois suivi ces mutilations, rend d'autant plus inexcusables les économies qu'on fait parfois dans des tumeurs petites bien limitées. Une ablation mesquine expose aux récidives sans être, dans ses suites immédiates, beaucoup moins dangereuse qu'une ablation plus large et plus sûre.

2° Propagations au système lymphatique. — Ces propagations constituent une cause de récidive fréquente et souvent difficile à éviter. Étudions-les dans les lymphatiques qui unissent directement la tumeur aux ganglions, dans les ganglions eux-mêmes, dans les vaisseaux lymphatiques éloignés.

A. Les lymphatiques (1) qui unissent directement la tumeur aux ganglions peuvent n'être qu'un lieu de passage et c'est ce qui semble arriver le plus souvent. Mais en pratique, on doit toujours craindre qu'ils ne soient eux-mêmes envahis, et d'ailleurs la simple possibilité du séjour d'une cellule cancéreuse, en trajet au moment de l'opération, commande leur excision. La détestable méthode qui consistait autrefois, dans le cancer du sein, à enlever séparément la tumeur et les ganglions axillaires, en laissant un pont de tissus intermédiaires renfermant les lymphatiques, est aujourd'hui abandonnée. Pour les autres régions où l'ablation en bloc est moins facile, la lèvre et la langue en particulier, on doit au moins chercher à enlever avec la tumeur et les ganglions le plus possible des tissus interposés.

B. Les ganglions, si parfaite que paraisse leur intégrité, doivent, en règle générale, être toujours enlevés. Ni le peu d'ancienneté du début, ni la petitesse, ni les allures bénignes de la tumeur ne constituent une garantie suffisante. Les larges communications de certains carcinomes avec les

(1) Voir la discussion sur un mémoire de M. Kirmisson, Société de chirurgie, 1er février 1882.

lymphatiques permettront parfois un envahissement très précoce, quatre semaines après le début dans un cas de Wimwarter (1). L'absence de toute hypertrophie ganglionnaire n'a pas non plus de valeur. La difficulté qu'il y a parfois à la sentir sur des ganglions encore mobiles masqués par la graisse est excessive. Et c'est un fait clinique bien connu qu'en faisant, de parti pris, le curage de l'aisselle dans tous les cancers du sein, on trouve toujours des ganglions. Ils sont parfois petits, mais le danger n'est nullement fonction de volume. Cette règle brutale mais sûre de l'ablation quand même nous dispense de discuter la question des hypertrophies ganglionnaires, simplement inflammatoires au cours de néoplasmes. C'est un diagnostic impossible en clinique, et difficile même histologiquement. Dans le doute il ne faudra pas s'abstenir.

Existe-t-il des cas où cette règle puisse être un peu moins inflexible? L'âge avancé du sujet pourra parfois justifier, si rien, bien entendu, ne décèle un envahissement ganglionnaire, une dérogation à ce précepte. Chez les vieillards, en effet, outre que toute aggravation du traumatisme opératoire doit faire hésiter, le système lymphatique se laisse moins facilement envahir que chez l'adulte et surtout chez les jeunes sujets, et l'on peut davantage compter sur son intégrité. Le siège des ganglions suspects doit également entrer en ligne de compte. Si le curage de l'aisselle est facile et peu dangereux, l'ablation de ganglions sous-maxillaires ou carotidiens est plus redoutable et plus laborieuse. Aussi la règle d'enlever toujours les ganglions est-elle moins admise par tous pour les cancers de la langue et de la lèvre, que pour ceux du sein. Enfin, la nature de la tumeur, quand la clinique permet de la soupçonner est importante. On peut, dans un sarcome, redouter beaucoup moins l'envahissement ganglionnaire que dans un épithélioma et surtout dans un carcinome.

C. La circulation de la lymphe est sujette à des reflux, à des remous qui peuvent disséminer les cellules dans des vaisseaux lymphatiques autres que ceux qui unissent directement les tumeurs aux ganglions. M. Debove (2), dans son étude sur les lymphangites cancéreuses, a attribué, à une dissémination de ce genre, les récidives sous forme de noyaux disséminés autour de la tumeur principale. Il rapporte également le fait bien démonstratif d'un cancer du bras venu à la suite d'un cancer de l'aisselle, la propagation s'étant faite en sens contraire du cours de la lymphe.

M. Charles Nélaton (3), se basant sur les lésions cutanées observées par lui dans un cas d'adéno-lymphocèle, attribuerait même le symptôme de la peau d'orange, expliqué jusque-là par des adhérences avec la tumeur, à une altération disséminée des lymphatiques. On conçoit l'importance de cette explication et à quels sacrifices énormes de peau doit, dès lors, conduire la constatation de ce symptôme. Seule, en effet, la largeur de l'ablation peut mettre à l'abri des récidives produites par ces lymphangites éloignées, dont rien ne peut faire prévoir les limites.

3° Pluralité d'emblée des tumeurs. — La pluralité d'emblée des tumeurs malignes peut avoir lieu, soit à distance, soit sur place. Dans le premier cas, le cancer se développe à la fois sur deux organes nettement séparés, les deux seins par exemple. Dans le second, les diverses tumeurs cancéreuses occupent un seul organe, mais sont séparées les unes des autres par des intervalles de tissu sain, au moins comme aspect macroscopique.

La pluralité du premier genre, peu fréquente d'ailleurs (1), prête peu aux erreurs opératoires. Il est rare que l'attention ne soit pas appelée sur la deuxième tumeur. Nous avons pourtant vu ce fait survenir chez un malade atteint à la fois d'épithélioma kystique de la parotide et d'un épithélioma de la cuisse tout à fait débutant. Ce n'est qu'à la fin de l'ablation du kyste parotidien, que le hasard fit découvrir la deuxième tumeur qui fut également enlevée. Il suffit de signaler la possibilité de pareils faits.

La pluralité sur place peut se présenter sous forme d'un très grand nombre de petits noyaux disséminés autour de la tumeur principale. Ces noyaux ne seront guère méconnus. Quand ils existent, ils ne permettent guère, d'ailleurs, d'espérer un succès durable et constituent une véritable contre-indication opératoire.

Mais quand ces noyaux sont en très petit nombre et assez éloignés, on conçoit qu'ils puissent être laissés, alors même qu'on a enlevé très largement la tumeur d'origine. Velpeau, dans la discussion de 1844, rapporte deux faits où le hasard seul lui fit découvrir la deuxième tumeur, plaque squirrheuse entièrement perdue dans le grand pectoral, bien au-dessous du cancer du sein pour lequel il opérait dans le premier cas, noyau secondaire caché au milieu du deltoïde à 3 centimètres en dehors et au-dessous de la masse principale d'un encéphaloïde du bras dans le second. Il ne sera jamais mauvais d'aider le hasard par une palpation minutieuse après l'ablation. Notons, tout inutile que puisse sembler ce détail, que celle-ci devra être faite avant toute ligature. Autrement les nœuds de catgut, perdus dans les tissus, ne permettraient plus d'apprécier et d'interpréter que très mal la consistance.

II

Alors même que l'ablation de la tumeur est très large et peut être regardée comme absolument complète, la possibilité de greffes néoplasiques au cours de l'opération peut la rendre encore insuffisante. Ce danger a été plusieurs fois signalé. Chrobak (2) en particulier a montré les précautions qu'il fallait prendre pour éviter, dans les amputations du col de l'utérus, le contact de la tumeur avec le tissu sain fraîchement divisé. M. Sabatier (de Lyon), élargissant la question, a signalé au dernier Congrès de chirurgie (3) cette grande cause de récidive, montrant même qu'elle devait être plus fréquente quand on faisait la réunion primitive. Mais, si le danger des greffes est théoriquement connu, on peut dire qu'en pratique, il reste à peu près lettre morte et que trop souvent les opérations sont conduites avec un oubli complet des précautions qui seraient nécessaires. Il n'est donc pas inutile d'insister : 1° sur la possibilité de la dissémination des cellules cancéreuses ; 2° sur les dangers de cette dissémination ; 3° sur les moyens de la prévenir.

(1) Wimwarter. *Statistik des Carcinome*, Stuttgart 1878.
(2) Debove. *Progrès médical*, 1874, n° 6.
(3) Communication orale à l'hôpital Lariboisière.

(1) Ricard. *Pluralité des néoplasmes*, Thèse de Paris, 1885, p. 54.
(2) Chrobak. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1887, n°s 44 et 45.
(3) Séance du 17 mars 1888.

1° Pour toutes les tumeurs riches en suc comme les carcinomes, la possibilité de la dissémination des cellules est facile à admettre. Il suffit d'un seul coup de bistouri donné dans le tissu cancéreux pour que, pendant tout le reste de l'opération, le suc s'écoule sur la plaie. Le bistouri lui-même, chargé de suc par son passage à travers le tissu malade, le dissémine dans les parties saines qu'il incise plus tard.

Une seule incision, qui ne reste pas en dehors des limites morbides, rend donc la dissémination possible. Et si l'on emploie la vieille pratique qui n'est pas encore entièrement abandonnée, d'inciser largement la tumeur avant toute ablation pour se rendre compte de son aspect et, jusqu'à un certain point, de sa nature, on aura, pendant tout le reste de l'opération, au cours des malaxations exercées sur la tumeur, un véritable semage de cellules cancéreuses sur toute la plaie.

S'agit-il d'une tumeur moins riche en suc, d'un cancroïde de la lèvre par exemple ? Si, comme cela est chose ordinaire, on la saisit entre les doigts pour la fixer au moment de l'excision ; des précautions spéciales ne serontelles pas nécessaires pour que ces doigts, chargés de débris épithéliaux, ne les disséminent pas au milieu des tissus, au moment des ligatures et des sutures ?

Ce danger de la dissémination des cellules nous paraît également très grand dans le procédé du morcellement des tumeurs, d'après la méthode de M. Péan, procédé auquel M. Lapervenche a consacré, dans ce journal même, divers articles dont on a certainement gardé le souvenir. Cette méthode ingénieuse peut rendre des services pour les tumeurs bénignes, les fibromes utérins par exemple. Pour les tumeurs malignes, elle ne saurait être acceptée qu'avec grandes réserves. Il faudrait un certain nombre d'observations, longuement suivies, pour être bien sûr qu'elle n'expose pas plus qu'une autre aux récidives ? Notre ami, M. Moulonguet, défendant ce procédé dans son intéressante thèse sur le morcellement appliqué aux tumeurs de la face, a écrit en excellents termes : « A la chirurgie opératoire a fait place la chirurgie des résultats. L'opération à elle seule ne constitue plus le chirurgien ; elle n'est pour lui qu'un moyen d'assurer la guérison ; aussi cherche-t-il à la faire complète et bonne. » Ce sont les paroles mêmes de M. Moulonguet que nous emprunterons pour les opposer au procédé qu'il défend. Dans une ablation de tumeur maligne, l'opération et ses suites immédiates ne doivent pas constituer pour le chirurgien qu'un objectif accessoire. Il doit se préoccuper avant tout des suites éloignées et chercher, dans les limites du possible, à éviter la récidive. Or, jusqu'à démonstration contraire, le procédé du morcellement nous paraît, à ce point de vue spécial, offrir moins de sécurité que le procédé usuel.

L'ablation des ganglions donne, elle aussi, facilement lieu à cette dissémination. Dans l'amputation du sein avec curage de l'aisselle par exemple, combien d'opérateurs se débarrassent, par un coup de bistouri transversal, de la tumeur mammaire, avant de poursuivre le curage de l'aisselle ? Le contenu des vaisseaux lymphatiques ainsi divisés, contenu qui renfermera le plus souvent des éléments néoplasiques, ne peut-il pas, dans les tractions exercées ensuite, refluer sur la plaie ? L'ablation des ganglions se fait aussi plus souvent par énucléation et traction, que par une dissection lente et complète, que la présence de la veine axillaire rendrait sans doute longue et laborieuse, mais qui aurait l'avantage de ne pas écraser de ganglions malades au milieu des tissus.

Que deviendront ces cellules ainsi disséminées ? Une partie sera entraînée par les lavages faits sur la plaie et nous croyons que, si bien faite qu'ait été l'antisepsie, on ne doit jamais, dans les ablations de tumeur, renoncer à de très larges lavages. Une autre partie sera éliminée avec la suppuration ou, pour employer un mot plus en rapport avec les résultats actuels, par l'exsudation de la plaie. Notons avec Sabatier que cette dernière chance sera beaucoup moins grande pour une plaie réunie, que pour une plaie ouverte.

Mais il suffit qu'une seule cellule échappée à l'élimination se greffe sur la plaie pour que l'opération soit inutile. Macroscopiquement complète, elle ne l'a pas été microscopiquement, et la récidive a lieu. Voyons si ce danger est chimérique et si cette hypothèse de la greffe opératoire est en contradiction avec les expériences faites et avec les données cliniques.

2° Cette dissémination de cellules, dira-t-on peut-être en s'appuyant sur diverses expériences, est sans danger. De fait, les tentatives de greffes ou d'inoculations essayées sur le sujet ou l'animal sains, ont presque toutes échoué. Les rares faits positifs sont trop douteux pour infirmer la masse des conclusions négatives.

Mais dans notre cas particulier, les conditions sont singulièrement modifiées. Des deux facteurs, graine cancéreuse et terrain favorable à son développement, les tentatives expérimentales ne réunissaient qu'un seul. Notre opéré, au contraire, déjà en puissance de cancer, offre un milieu favorable. Bien que rien ne soit en médecine plus trompeur que les analogies, rappelons à titre de comparaison les résultats des expériences de Hansen sur l'inoculation de la lèpre. Après de nombreuses tentatives infructueuses, il réussit à inoculer la lèpre tuberculeuse à un malade atteint de lèpre anesthésique, c'est-à-dire offrant un terrain préparé (1). Ce résultat, que la théorie devait faire admettre, a été réalisé pour le cancer dans les expériences de Hahn (2). Ce dernier a réimplanté, sous la peau d'un cancéreux, loin de la tumeur primitive, trois fragments pris à cette tumeur. Ces fragments transplantés ont continué à vivre et à se développer par la suite.

Bien avant ces essais blâmables, la clinique avait fourni des exemples de greffes incontestables (3). C'est ainsi qu'on a vu des tumeurs secondaires se développer dans la cicatrice de ponctions d'ascite faites au cours de tumeurs abdominales cancéreuses. On a vu également un épithélioma de la langue récidiver dans la cicatrice de la joue qui avait été fendue pour faciliter l'ablation. De tels faits ne démontrent-ils pas la greffe avec la netteté d'une véritable expérience ? Ce développement secondaire de tumeurs au milieu de parties complètement saines peut-il s'expliquer autrement que par une transplantation ? Et quand on les rapproche de ces observations, les faits si fréquemment observés de récidives dans les cicatrices opératoires, en des points où il y a bien peu de chance pour qu'une partie de tumeur ait été laissée, ne deviennent-ils pas eux-mêmes bien suspects de greffe ?

A côté de ces greffes opératoires, on observe en clinique

(1) Bouchard. *Pathologie externe générale*, t. Ier, p. 210.
(2) Hahn. Société de médecine interne de Berlin, 2 novembre 1887.
(3) Nicaise. Greffe cancéreuse, *Revue de chirurgie*, 1883, p. 841.

des greffes spontanées. Les embolies néoplasiques propagées par les veines, le développement de cancers secondaires au niveau des points de contact (kystes végétants de l'ovaire propagés au péritoine pariétal, cancroïde de la lèvre inférieure se transmettant à un point isolé de la lèvre supérieure, épithélioma du gland envahissant le point du prépuce en contact) ne sont pas autre chose que le développement d'une cellule migratrice qui trouve un terrain tout préparé.

Sans être aussi nettement démonstrative, l'allure de certaines récidives s'allie bien avec l'hypothèse d'une greffe opératoire. Les faits de carcinose aiguë, consécutive à une opération, peuvent être rapprochés des faits de granulie observés à la suite d'intervention contre des productions tuberculeuses (1) et s'expliquer comme eux par une infection intense de la plaie. Et cette forme bizarre de récidive, vue en particulier après les ablations de cancers du sein et consistant en une foule de noyaux isolés, expliquée par une dissémination de cellules dans les lymphatiques, n'irait-elle pas très bien aussi avec l'idée de la dispersion d'un certain nombre de cellules cancéreuses ?

3° Les précautions suffisantes pour éviter cet ensemencement des cellules sont d'ailleurs tellement simples et concordent si bien, tant avec l'antisepsie que l'on doit chercher qu'avec la règle d'une ablation large, que l'on comprend difficilement qu'elles soient parfois omises. Il est, avec quelque attention, bien simple de ne pas inciser dans la tumeur et de rester toujours dans les parties saines ; bien simple d'enlever d'une seule pièce tumeurs et ganglions, sans diviser les vaisseaux lymphatiques ; bien simple enfin de se laver les mains avant d'achever l'opération, si l'on a touché à la tumeur, ou de nettoyer les instruments qui ont pu se charger de particules cancéreuses, si l'on doit les employer de nouveau. La tumeur enlevée, beaucoup de chirurgiens aiment à l'inciser de suite, tant pour juger de son aspect que pour voir si quelque prolongement n'indique pas une ablation insuffisante en un point. C'est une précaution excellente, mais il est assurément superflu de recommander à un chirurgien antiseptique de ne pas reprendre la suite de l'opération avant de s'être soigneusement nettoyé les mains. Le principe admis, il est inutile d'insister sur les détails que l'on devine facilement. Nous rappellerons seulement l'utilité des grands lavages à la fin de l'opération. Nous signalerons enfin dans les cas d'ablation de tumeur ulcérée d'un cancroïde de la face, par exemple, un procédé qui offrira une garantie de plus. Il consiste à recouvrir l'ulcération, pour l'isoler, d'un petit pansement fait d'ouate et de collodion salolés. Ce pansement, dont nous devons la connaissance à notre maître M. Périer, formera, dans la suite de l'opération, une croûte protectrice des plus efficaces.

Un simple exemple suffira d'ailleurs à résumer, en terminant, toutes les précautions nécessaires. On sait quels soins minutieux il faut parfois prendre pour obtenir une réunion primitive, condition d'une belle cicatrice, dans des opérations facilement septiques, l'ablation d'un ganglion suppuré par exemple. Il faut éviter, avec une attention de tous les instants, le contact du pus avec la plaie fraîche et procéder après l'opération au lavage le plus attentif. Nous croyons qu'on doit prendre, à l'égard de la cellule cancéreuse, les mêmes précautions qu'à l'égard des micro-organismes du pus. Assurément la chance d'éviter une récidive, si faible qu'elle soit, mérite bien autant de peine que le désir d'obtenir une belle réunion ! Et de toutes les précautions que nous avons indiquées dans ce travail, celles même qui peuvent paraître les plus superflues, ne doivent-elles pas être acceptées devant l'importance possible du résultat et les suites ordinairement si peu favorables de l'ablation des tumeurs malignes ?

(1) Verneuil. Auto-inoculation traumatique, *Revue de chirurgie*, 1883, p. 921.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 juin 1889. — Présidence de M. Nicaise.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS PAR L'ÉLECTRICITÉ

M. NICAISE fait l'historique de la question. Il rappelle les travaux de Ciniselli, de Nephtel (de New-York), de Semmola (de Naples, etc. Ce n'est donc pas d'aujourd'hui que l'électricité est appliquée au traitement des tumeurs. Les premiers auteurs ont cherché les effets chirurgicaux des courants ; plusieurs se sont efforcés d'obtenir l'atrophie des tumeurs. Dans la discussion actuelle, il s'agit de l'application des courants intenses dont l'action est toute différente ; le but de ces courants est d'obtenir une eschare par cautérisation, le pôle positif donnant une cautérisation acide, le pôle négatif une cautérisation alcaline. C'est, en somme, un traitement par cautérisation. M. Apostoli a cherché à n'obtenir l'eschare que du côté du fibrome ; c'est pourquoi il a évité l'eschare du pôle négatif, en interposant de la terre glaise entre ce pôle et la peau. Il faut reconnaître que l'application de ces courants exerce une action sur les lésions diverses qui accompagnent les fibromes, en particulier sur l'endométrite chronique, les salpingites. Ce mode de traitement des lésions concomitantes peut avoir une heureuse influence sur la symptomatologie des fibromes, de même que la dilatation du col, le curage.

La méthode de M. Apostoli consiste dans l'application d'un exutoire dans la cavité utérine. C'est en quelque sorte un traitement intermédiaire entre le traitement médical et l'intervention chirurgicale.

D'un autre côté, il faut reconnaître que les grandes opérations abdominales deviennent de moins en moins graves. Un chirurgien allemand vient de publier une statistique d'hystérectomies abdominales avec pédicule intra-péritonéal, qui n'a donné qu'une très faible mortalité. Le traitement par l'électricité doit donc être réservé aux cas dans lesquels l'intervention chirurgicale, seul moyen de cure définitive, ne peut pas être appliquée.

M. TERRILLON n'a pas une expérience personnelle bien étendue de la méthode de M. Apostoli ; mais il a observé un grand nombre de fibromes ; il en possède aujourd'hui 118 observations.

M. Apostoli a traité, sous ses yeux, 3 malades par sa méthode, et lui-même en a soigné quatre, ce qui porte à 7 le nombre de ses malades ainsi traitées. Parmi ces 7 cas, il y a eu 1 cas de mort ; voici ce fait :

En 1885, une femme entre à la Salpêtrière présentant tous les caractères d'un fibrome du petit bassin ; l'utérus mesurait 11 centimètres de longueur à l'hystéromètre. M. Terrillon pratique la laparotomie et trouve derrière l'utérus un fibrome attenant à cet organe et impossible à enlever ; il referme le ventre, la malade guérit très bien de son incision exploratrice. Il la soumet à M. Apostoli pour être soumise au traitement par l'électrolyse. Il ne fut fait qu'une seule séance ; le lendemain cette malade présente les symptômes de la septicémie et meurt très rapidement.

A l'autopsie on vit qu'il s'agissait d'un fibrome kystique suppuré. Il avait donc été commis une erreur de diagnostic, même avec l'incision exploratrice. N'y a-t-il eu là qu'une coïncidence ou

le traitement par l'électricité a-t-il été la cause de la mort? M. Terrillon ne saurait se prononcer sur ce point. Toujours est-il que ce fait l'avait un peu refroidi pour la méthode de M. Apostoli.

Toutefois il lui a confié ultérieurement une femme âgée, atteinte d'un fibrome qui donnait lieu à des hémorrhagies très éloignées, mais foudroyantes et d'une extrême abondance. A la suite du traitement de M. Apostoli, cette femme n'a plus eu que des pertes très éloignées.

Dans un autre cas de fibrome hémorrhagique, le traitement par l'électricité n'a donné aucun résultat.

M. Terrillon fait connaître ensuite les quatre cas qui lui sont personnels : dans le premier cas, il s'agissait d'un fibrome donnant lieu à de fortes épreintes et d'abondantes hémorrhagies; il a fait 25 applications à 120 milliampères; les épreintes ont cessé, mais les hémorrhagies ont persisté. M. Terrillon a même vu l'électricité les exagérer. Dans le second fait il s'agissait d'un fibrome volumineux, remontant jusqu'à l'ombilic et très saignant. Après plusieurs séances les hémorrhagies cessèrent; mais elles reparurent aussitôt après la cessation du traitement qu'il fallut toujours continuer. Le troisième cas était un fibrome volumineux, peu saignant, mais donnant lieu à des phénomènes graves de compression; 50 applications n'amenèrent aucune dépression de la tumeur. Enfin, le quatrième fait a trait à une femme porteur d'un fibrome de moyen volume, donnant lieu à d'abondantes ménorrhagies. Cette femme fut soumise à 22 applications sans aucun résultat.

Il faut savoir, ajoute M. Terrillon, que les femmes atteintes de fibromes voient souvent leurs hémorrhagies disparaître d'elles-mêmes. Il faut aussi se bien pénétrer de ce fait que l'on se trompe avec la plus grande facilité sur la diminution de ces tumeurs. Il y a là un trompe-l'œil perpétuel qui résulte surtout des variations fournies par la masse intestinale. Enfin, il faut également tenir compte des erreurs de diagnostic si fréquentes en matière de tumeurs abdominales. Ainsi sur 65 salpingites que M. Terrillon a opérées, 10 lui avaient été envoyées sous la rubrique de fibromes. Toute tumeur dure qui saigne passe pour un fibrome. Or, c'est très souvent une erreur.

M. Terrillon croit pouvoir tirer de ces faits les conclusions suivantes :

L'électricité appliquée au traitement des fibromes utérins agit dans trois circonstances : elle diminue ou arrête certaines hémorrhagies, rendant en cela le même service que la dilatation du col; en second lieu elle peut agir sur l'élément douleur, ainsi que sur les phénomènes d'obstruction appliqués à l'intestin selon la méthode de M. Boudet (de Paris); enfin, la plupart des améliorations obtenues par l'électricité ne sont que passagères. Dans les cas de réussite complète, on peut conclure que les hémorrhagies se seraient arrêtées d'elles-mêmes.

M. Terrillon adresse, en terminant, une dernière critique à la méthode de M. Apostoli; il fait observer que l'introduction de l'électrode dans la cavité utérine amène souvent des suppurations du vagin qui ne sont pas sans danger; il en cite trois exemples.

M. POLAILLON trouve qu'on fait beaucoup d'honneur au traitement des fibromes utérins par les courants électriques. C'est, suivant lui, un traitement illusoire qui ne doit être considéré que comme un adjuvant du traitement médical. Il n'a jamais observé un seul cas de guérison par cette méthode. Il n'y a, pour lui, qu'un seul moyen d'obtenir la guérison des fibromes utérins, c'est d'en faire l'ablation. Cette opération s'impose, en particulier chez les femmes du peuple, qui ne peuvent se livrer à aucun travail quand elles sont atteintes de fibrome. Il faut ajouter que les applications électriques de M. Apostoli ont parfois déterminé des péritonites mortelles; il en a lui-même publié plusieurs exemples. En présence d'un fibrome utérin, il faut donc recourir, soit au morcellement par le vagin, s'il est possible, soit à l'hystérectomie abdominale, beaucoup moins grave qu'autrefois. Sur vingt hystérectomies abdominales, M. Polaillon n'a eu que cinq décès.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE maintient que, dans les cas où l'intervention n'est pas indiquée, le traitement par l'électricité est encore le meilleur des traitements palliatifs. Il a surtout cherché, avec M. Donion, à obtenir un traitement inoffensif et indolore; c'est pourquoi ils ont remplacé les hautes intensités par les basses intensités qui donnent, d'ailleurs, exactement les mêmes résultats. La méthode de M. Apostoli donne lieu parfois à des douleurs intenses et à des accidents; il y a donc de réels inconvénients à agir par les hautes intensités. Cela n'empêche pas que tous les chirurgiens rendent justice à M. Apostoli pour la campagne intéressante qu'il a entreprise; il en a fait un véritable apostolat et il a incontestablement rendu service. Toutefois il faut reconnaître qu'il a eu des prédécesseurs, des imitateurs et des successeurs, ainsi que M. Nicaise l'a fort bien dit dans l'historique intéressant qu'il a fait de la question.

La méthode adoptée par MM. Lucas-Championnière et Donion diffère de celle de M. Apostoli en ce qu'ils emploient de basses intensités et qu'ils ne pénètrent pas dans la cavité utérine quand il faut y exercer la moindre violence. Même en restant en dehors du col, ils obtiennent de bons résultats. En outre, M. Donion attache beaucoup plus d'importance au renversement du courant qu'à l'application des hautes intensités. Il a également établi ce principe qu'il fallait toujours faire le nettoyage du vagin, au spéculum.

Il y a eu de part et d'autre, dans cette discussion, aussi bien du côté des détracteurs de la méthode que du côté de ses partisans, de singulières exagérations. On a dit qu'on pouvait obtenir la fonte de certaines tumeurs : c'est là une erreur; on n'obtient jamais que des résultats symptomatiques. M. Bouilly a dit qu'on avait guéri des fibromes par tous les moyens; cela n'est pas exact. L'électricité donne ce que ne donnent pas les autres moyens médicaux.

Après avoir passé en revue les diverses observations qui ont été fournies par MM. Kirmisson, Trélat, Le Dentu, Schwartz, Berger, Nicaise, Terrillon, Polaillon, M. Lucas-Championnière répète que l'électricité donne de bons résultats symptomatiques, mais qu'elle n'a jamais donné de guérisons définitives. Il n'y a que les opérations qui peuvent donner ces guérisons. Contrairement à l'opinion exprimée par M. Berger, M. Lucas-Championnière considère l'opération de Battey comme une excellente opération et donnant de très bons résultats.

M. Lucas-Championnière partage complètement l'avis de M. Terrillon sur les vraies causes de la diminution apparente des tumeurs abdominales, sur les erreurs de diagnostic que l'on commet très souvent en prenant les salpingites pour des fibromes, et il termine en maintenant ses premières conclusions et en faisant connaître cinq nouveaux cas qui confirment absolument ces conclusions.

M. LE PRÉSIDENT prononce la clôture de la discussion.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 26 juin 1889, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Atgier, pour le 135e d'infanterie; Mamin, pour le 3e zouaves; de Schuttelaere, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

— Le concours pour deux places de chef de clinique médicale et pour une place de chef de clinique des maladies du système nerveux, s'est ouvert le jeudi 27 juin à neuf heures.

Première épreuve éliminatoire. Leçon clinique d'un quart d'heure de durée, faite sur un seul malade après dix minutes d'examen.

Ont pris part à cette épreuve :

Clinicat des maladies du système nerveux : M. Guinon.

Clinicat médical : MM. Gallois, Marfan et Pignol.

Le jury est constitué comme suit : Juges titulaires, MM. G. Sée. Peter, Damaschino, Dieulafoy, Hayem, Charcot; — Juge suppléant : M. Bouchard.

— Des conférences pratiques d'hygiène seront faites, pendant les vacances, au laboratoire et au musée d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, par MM. les docteurs Netter et A.-J. Martin, sous la direction de M. le professeur Proust. Ces conférences se feront par séries de quinzaine. Elles commenceront le 12 août 1889. Les personnes qui désirent y assister sont priées de s'inscrire au laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris.

— M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation le dimanche 30 juin, dans la forêt de Fontainebleau. Départ de Paris, gare de Lyon, à six heures vingt-cinq du matin, pour la station de Fontainebleau. On déjeunera en forêt, à la fontaine Sanguinède. Chacun devra emporter son déjeuner; à la gare de Fontainebleau on trouve du vin et du pain. Retour à Paris vers six heures du soir. La Compagnie du chemin de fer de Lyon accorde aux élèves inscrits une réduction de 50 p. 100 sur le prix des places.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 30 juin, à l'Étang-la-Ville. Départ de Paris, gare Saint-Lazare, à neuf heures quinze.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 30 juin, à Thorigny. — Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare de l'Est, où l'on prendra, à neuf heures quarante du matin, le train pour Lagny. On sera de retour à Paris à cinq heures treize.

— M. A. de Mortillet, professeur à l'École d'anthropologie, dirigera une excursion le dimanche 30 juin 1889. Rendez-vous à la gare Saint-Lazare, côté de la place du Havre, à huit heures vingt. Déjeuner à Conflans à dix heures trente, visite du dolmen de Dampont. Retour à Paris, à cinq heures trente-cinq.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

33

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre	1.33
Silicate acide / Arséniate » / Phosphate » / Sulfate » (sesqui-oxyde de fer) — de chaux / Chlorure de sodium / Matières organiques	0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

60

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

36

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. *J. Laroche*

18

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté*. Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

21

ANALYSE DE JUIN DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de juin, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1032.00
	gr.	
Beurre par litre	37.300	
Albumine	3.400	
Caséine	28.600	
Sucre de lait	71.900	
Sels	7.100	
Total des matières fixes	148.300	148.300
Eau		883.700

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.157
Acide sulfurique	0.153
Potasse	1.445
Soude	0.620
Chaux	1.760
Magnésie	0.144
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.821
Total	7.100

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. Nicolas, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

67

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose: Un petit verre après les principaux repas.
Dépot : Dans toutes les bonnes pharmacies.—
Vente en gros chez tous les droguistes.

41

Véritable ferrugineux assimilable.

PEPTONATE DE FER ROBIN

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Présenté à l'Académie par Berthelot.

Chloro-anémie, dyspepsie, lymphatisme, affections utérines, Diabète. — 10 à 20 **gouttes** pr repas.
VIN ROBIN, 1 cuillerée par repas.
DRAGÉES, 2 à 3 par repas.
Phie Robin, Bourges, et ttes phies. — Echant. fo.

66

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

31

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100g**.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

38

BOLDO-VERNE.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes*, on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne**.

Verne, Grenoble, et phies, France et étranger.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

91

PHTHISIE, BRONCHITES

ET CATARRHES PULMONAIRES

TRAITEMENT CURATIF

PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE

L'EUCALYPTINE LEBRUN

Dépôt génal : Phie Centrale, fg Montmartre, Paris.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge et phies.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phie **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

N° 74. — MARDI 2 JUILLET 1889. 62e ANNÉE. MARDI 2 JUILLET 1889. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

De la putréfaction.

I

La putréfaction est une très grosse question en médecine légale; c'est surtout elle qui vous guidera dans votre réponse lorsqu'on vous demandera depuis combien de temps un cadavre est mort. Tous les auteurs ont remarqué que s'il nous était très difficile de répondre, cependant les garçons d'amphithéâtre devinaient en général assez bien la date de la mort. Chacun d'eux en a conclu que si ces garçons ne se trompaient pas, il ne devait pas être impossible d'arriver scientifiquement au même résultat.

Pour vous expliquer les phénomènes de la putréfaction, je devrai avoir recours à des considérations de physique, de chimie, de microbiologie et vous parler aussi de certains animaux auxquels Magnin a donné le nom de *travailleurs de la mort*.

Vous devez d'abord tenir compte de l'état hygrométrique de l'air et de la température. Tandis qu'une excessive chaleur jointe à une extrême sécheresse produit la momification, au contraire la chaleur humide, la chaleur de bain, est très favorable à la putréfaction. Un corps placé d'abord dans l'eau, puis dans l'air, se putréfie avec une excessive rapidité.

Théoriquement, nous pouvons dire que le corps humain est constitué surtout par de l'eau (85 p. 100); viennent ensuite les éléments quaternaires (albumine), les éléments ternaires (graisses) et les éléments binaires (acides, soude, potasse, etc.).

Lorsqu'un muscle entre en putréfaction, les conditions sont différentes suivant qu'il reste dans un cadavre ou qu'il en est soustrait, comme un morceau de viande à l'étal d'un boucher. En effet, quels sont les agents de la putréfaction ?

En observant *in vitro* des phénomènes de décomposition, on voit une première invasion de micro-organismes qui fondent sur leur proie; au bout de peu de temps, cette colonie meurt parce que le milieu lui est devenu défavorable, et elle cède la place à une nouvelle colonie de bactéries qui meurt à son tour et qui est remplacée par une troisième colonie, celle-ci par une quatrième et ainsi de suite jusqu'à ce que la substance putréfiée ne soit plus qu'un magma où il est difficile de reconnaître autre chose que des substances chimiques.

Est-ce ainsi que les choses se passent sur un cadavre abandonné à lui-même ? Non, et pour comprendre la distinction, il y a deux expériences fondamentales. La première a été faite par Casper qui avait remarqué que lorsqu'on place un morceau de viande dans le vide, sa putréfaction est indéfiniment retardée. Vous savez du reste qu'au point de vue culinaire, certaines conserves n'ont pas d'autre principe.

Voici une autre expérience en apparence contradictoire : vous placez un cobaye sous la cloche de la machine pneumatique; en douze heures, il est absolument putréfié.

Comment expliquer cette contradiction ? C'est qu'il y a des micro-organismes anaérobies et aérobies : les aérobies viennent de l'air extérieur; les anaérobies viennent de l'intérieur de l'intestin. Lorsqu'un individu ne va pas régulièrement à la selle, il se fait dans son intestin des fermentations, des substances gazeuses et des ptomaïnes qui peuvent lui causer de graves accidents. Chez notre cobaye, cette putréfaction dans le vide s'est étendue aux vaisseaux de l'intestin et le sang a porté la putréfaction partout.

Lorsque nous nous sommes trouvés en présence de ces questions, nous avons demandé à la Maternité qu'on recueillît des enfants mort-nés dans des flacons flambés et qu'on nous les envoyât. Aucun d'eux n'a présenté la putréfaction gazeuse; tous sont tombés en déliquium; ils ont donné 10 ou 15 centimètres cubes d'acide carbonique, voilà tout.

Ainsi l'adulte présente la putréfaction gazeuse; le nouveau-né en est exempt, parce qu'il n'a jamais reçu de micro-organismes venant du dehors. Poursuivons et prenons par exemple un enfant allaité par sa mère et un enfant nourri au biberon. Ils digèrent d'une façon différente et il serait curieux de rechercher s'ils ont les mêmes micro-organismes. Je suis convaincu que non et je me crois autorisé à dire qu'excepté dans quelques conditions spéciales d'infanticide (égouts), la putréfaction gazeuse de l'enfant ne suit pas les mêmes lois que la putréfaction de l'adulte.

Par conséquent, lorsqu'un individu meurt, il est envahi à la fois par les micro-organismes venant de l'extérieur et de l'intérieur. C'est ce qui explique que lorsque vous pre-

nez un muscle au moment où le transport n'a pas encore pu se faire, la putréfaction est très lente. Au contraire, si vous le prenez quarante heures après la mort, la putréfaction est déjà commencée. Il y a quelques années, j'ai été consulté, avec plusieurs de mes collègues de la Faculté, pour savoir depuis combien de temps avait été tuée une femme coupée en morceaux. Nous avons tous répondu : Depuis deux ou trois jours au plus. Eh bien ! c'est pour n'avoir pas tenu compte que cette femme avait dû être coupée tout de suite que nous nous sommes tous trompés.

Il y a deux circonstances où on s'est trouvé en présence de cadavres tués et inhumés dans des mêmes conditions. Au moment des glorieuses journées de 1830, quelques gardes nationaux avaient été inhumés sur la place de la Bastille : quatre ou cinq ans après, les uns étaient presque conservés, les autres étaient réduits à l'état de squelettes. En 1848, aux journées de février, Casper a étudié les cadavres d'un certain nombre d'insurgés et il a fait les mêmes constatations : les uns étaient putréfiés en quarante-huit heures, les autres très lentement.

Il est certain que la putréfaction est modifiée par les conditions intimes de l'intestin. Chacun a son fumet spécial et quand on entre dans les water-closets après quelqu'un de la maison, on peut, à l'odorat, deviner qui en sort. Or les gaz qui frappent l'odorat sont le résultat de fermentations produites elles-mêmes par des microbes spéciaux.

Ceci posé, nous allons étudier successivement le cadavre à l'air libre, sous terre, dans la pierre fermée, dans une caisse de plomb, etc. Voyons quels sont, dans ces diverses conditions, les produits de la putréfaction ?

Il se fait tout d'abord, sous l'influence des gaz, un développement plus ou moins considérable du ventre, développement qui peut atteindre 80 centimètres ou 1 mètre. A ce moment il est presque impossible de reconnaître la physionomie. Cette putréfaction se fait en été avec une extrême rapidité.

Quels sont les gaz produits ? Les gaz de la première période ne sont pas les mêmes que ceux de la deuxième période. Dans la première période, les gaz sont inflammables : il suffit de donner un coup de scalpel et de présenter une allumette enflammée pour les voir brûler avec une intensité de projection excessive. Au bout de deux ou trois jours, le cadavre est devenu de nouveau *à pleine peau* ; vous pouvez essayer de répéter l'expérience, les gaz ne prendront pas feu. Ceux de la première période sont l'hydrogène, l'hydrogène carboné, l'azote, l'acide carbonique. Ils disparaissent et presque aussitôt apparaît l'ammoniaque ; mais dans l'intervalle, est passé l'hydrogène sulfuré qui donne au sang une couleur spéciale. Sans être absolu, on peut dire que moins il y a d'hydrogène carboné et plus il y a d'hydrogène sulfuré. Il faut compter aussi, parmi les gaz de la deuxième période, l'hydrogène phosphoré, remarquable par sa propriété de s'enflammer spontanément à l'air libre. Autrefois, avant qu'on ne conserve les corps à la Morgue par la réfrigération, la nuit les cadavres phosphorescents donnaient à la salle des morts un aspect vraiment fantastique.

Je vous disais tout à l'heure que la fermentation des matières intérieures jouait un rôle considérable dans les phénomènes de la putréfaction. En voici une nouvelle preuve : la putréfaction commence au niveau du cæcum — de là la *tache verte* de l'abdomen — puis elle suit l'intestin, l'estomac, et le développement des gaz est alors si considérable que la pression dépasse une atmosphère et demie. Parfois même les parois éclatent ; les fossoyeurs connaissent bien ces bruits.

Cette pression a pour effet de repousser le diaphragme au point que sa convexité remonte à la troisième côte. Le cœur se vide et il s'établit une circulation *post mortem* qui a pour effet d'envoyer dans le corps le sang contenu aux environs de l'intestin. Ce sang porte avec lui les microbes de la putréfaction intestinale et il les porte dans tout le corps. Si bien qu'en ce moment les micro-organismes du dedans et du dehors envahissent à la fois toute l'économie.

Il faut compter ici avec certains déboires médico-légaux ; le premier est celui-ci : si le cadavre présente quelque part une solution de continuité, vous aurez une plaie bouillonnante ; en sorte qu'il est arrivé qu'on a accusé injustement le premier passant venu d'avoir assassiné un individu trouvé dans une mare de sang au moment où sa plaie était bouillonnante.

On trouve un noyé dans le Gave de Lourdes et on le met provisoirement sous un hangar. Un premier médecin constate une plaie à la tête. Mais pendant qu'on était allé chercher le Parquet et le médecin légiste, toutes les plaies se mettent à donner du sang et le médecin, ne tenant compte d'aucune déclaration, affirme que cet individu a dû passer dans le Gave un temps très court. Tout allait du côté du suicide, sauf le rapport médico-légal ; on demande un avis à Paris. Il me fut facile de démontrer que les plaies avaient été faites par le roulement du cadavre sur les cailloux du Gave, et que cet homme avait été tué par submersion.

Vous devez donc toujours vous demander quelle a été l'influence de la putréfaction sur les lésions que vous constatez au moment de la circulation posthume.

La putréfaction se produit également dans les différents viscères. Lorsqu'on fait une autopsie d'adulte, on trouve de grosses bulles de gaz dans les poumons. Mais chez les mort-nés n'ayant pas respiré, je n'ai jamais trouvé de bulles de gaz. Je voudrais que ces expériences fussent confirmées par d'autres ; pour ma part, malgré les épreuves multiples que j'ai tentées, jamais je n'ai pu constater de putréfaction gazeuse chez le mort-né.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

I. Myxo-sarcome kystique de la région parotidienne. II. Fibro-sarcome lacunaire de la mamelle.

I. Nous avons opéré, il y a quelques jours, un malade porteur d'une tumeur de la région parotidienne gauche. Ce malade est un homme de quarante-quatre ans, qui est entré dans notre service, il y a aujourd'hui onze jours, qui a toujours joui d'une bonne santé habituelle, et qui ne présente rien de particulier dans ses antécédents, personnels ou héréditaires.

C'est il y a seize ans et demi, en 1871, qu'il s'est aperçu, pour la première fois, de l'apparition, dans la région parotidienne gauche, vers la partie moyenne du muscle massétér, d'une petite tumeur, dure et grosse comme un pois. Elle n'était point douloureuse et n'a jamais donné lieu depuis à aucune douleur, ni à aucun trouble fonctionnel.

Mais, peu à peu elle s'est accrue, elle a progressivement augmenté de volume et c'est ainsi que, au moment de l'opération, toute la région massétérine gauche était occupée par une tumeur présentant le volume d'un œuf de poule, allon-

gée dans le sens vertical, dont la grosse extrémité, dirigée en bas, ne dépassait pas l'angle de la mâchoire.

Cette tumeur était lobulée et de consistance dure, ainsi que je viens déjà de le dire, et comme cartilagineuse. La peau était mobile à sa surface, et la tumeur elle-même était mobile sur les parties profondes. Cependant, les contractions du muscle masséter parvenaient à la fixer, très légèrement du moins.

Voilà, du reste, quel a été le résultat de l'examen macroscopique qui en a été fait :

La tumeur présente un aspect bosselé et lobulé. Elle est dure dans la plus grande partie de son étendue, sauf à l'une de ses extrémités (portion sarcomateuse) où le tissu, mou et friable, s'écrase facilement et ressemble un peu à de la pulpe cérébrale.

Si l'on vient à l'incision dans le sens de sa longueur, on reconnaît bien vite qu'elle est formée de tissus d'aspect différent. En effet, en certains points on aperçoit des zones assez dures, d'apparence nacrée, que l'on avait supposées être du cartilage et que l'analyse histologique, ainsi que nous le dirons tout à l'heure, a prouvé être du tissu fibreux compacte. En d'autres points la consistance plus molle de la tumeur est due à un mélange de myxome et de sarcome.

Mais ce qui donne à la pièce anatomo-pathologique un cachet tout particulier, c'est la présence, sur la coupe, d'une multitude de petites cavités, variant beaucoup comme forme et comme volume et prenant, en certains points, un développement assez considérable pour qu'on puisse leur donner le nom de kystes.

Enfin, l'ensemble de la tumeur était entouré par une membrane fibreuse assez résistante et lui formant une sorte de coque.

Avant de passer à l'analyse histologique qui en a été faite par M. Latteux, je dois dire que cette tumeur ne s'accompagnait d'aucune dégénérescence ganglionnaire, que l'état général des malades était excellent, enfin, que l'ablation de la tumeur s'est faite sans trop de difficultés et que l'opération n'a donné lieu à aucun incident.

Quant à l'analyse histologique de la tumeur, en voici les résultats : la pièce ayant été durcie par les procédés habituels (alcool, gomme picriquée, alcool absolu), des coupes ont été pratiquées en divers sens et montées dans la glycérine ou le baume, après coloration au picro-carminate ou à l'hématoxyline.

Une coupe d'ensemble a montré un tissu constitué par des éléments conjonctifs à noyaux allongés et dont les faisceaux écartés laissent des vides de dimensions fort variables et plus ou moins irréguliers, contenant des éléments cellulaires arrondis. Ce sont des centres d'évolution embryonnaire.

Certaines de ces cavités, les plus petites, sont remplies de cellules; d'autres ont leur partie centrale occupée par une matière colloïde ou granulo-graisseuse provenant de la destruction des éléments centraux.

Dans les tumeurs de la région massétérine ou parotidienne, les kystes sont fréquents et peuvent avoir pour origine trois centres différents : les glandes, les vaisseaux embryonnaires plus ou moins modifiés ; enfin, le tissu conjonctif de la région. La tumeur enlevée au malade dont il s'agit ici paraît avoir cette dernière origine. Le mode d'évolution de ces kystes a lieu de la manière suivante : le tissu conjonctif devient le siège d'une prolifération embryonnaire. Les faisceaux s'écartent et donnent naissance à de petites acunes qui se remplissent de cellules arrondies. Les cavités augmentent de volume, les cellules se tassent les unes sur les autres et prennent la forme polyédrique par pression réciproque. Alors survient de la régression dans la partie centrale ; les éléments les plus anciens se transforment et se réduisent en matière colloïde qui force, en s'accumulant, les éléments cellulaires à s'écarter et s'accoler aux parois de la cavité. Il en résulte un revêtement que l'on pourrait facilement confondre avec un produit épithélial.

Nous avons dit que la tumeur était un myxo-sarcome kystique et nous venons de montrer en quoi consistent ces kystes et leur évolution ; nous devons dire maintenant ce qui caractérise la zone myxomateuse et la zone sarcomateuse.

La zone myxomateuse est caractérisée par de petites cellules étoilées, anastomosées et plongées dans une gangue transparente.

Quant à la zone sarcomateuse, elle est plus abondante que les précédentes ; nous rencontrons ici, dans la tumeur qui nous occupe, le type du sarcome fasciculé. Un fragment, macéré pendant vingt-quatre heures dans l'alcool au tiers, a permis d'en isoler les éléments. Ce sont des cellules allongées, assez irrégulières, fusiformes, qui possèdent un noyau avec, en général, un ou deux nucléoles brillants. Quelques-uns de ces noyaux sont en voie de multiplication.

Nous trouvons aussi dans la tumeur un peu de cartilage, mais il est très peu abondant et il faut le rechercher attentivement pour le rencontrer.

Notons, enfin, que la partie dure de la tumeur, que l'on avait toutes raisons pour rapporter à du cartilage, n'est autre chose que du tissu fibreux très compacte au milieu duquel se constatent de nombreuses traces de régression granulo-graisseuse.

En résumé, la tumeur présente surtout du sarcome avec mélange de myxome et prend un aspect bien particulier, par suite de la multiplicité des kystes que l'on observe dans sa trame ; d'où se trouve parfaitement justifié le diagnostic porté de myxo-sarcome kystique.

II. Nous avons opéré aussi ces jours derniers une femme d'un fibro-sarcome lacunaire de la mamelle. Cette femme, âgée de quarante-trois ans, domestique, était entrée une quinzaine de jours auparavant dans le service.

Le début, si nous en croyons le dire de la malade, remontait seulement à trois mois environ, lorsqu'elle est entrée à l'hôpital. Il est bien plus probable, pour ne pas dire certain, que cette date est celle où pour la première fois cette femme s'est aperçue de la présence de quelque chose d'anomal, d'une petite tumeur dans sa mamelle.

D'ailleurs, elle ne se plaignait d'aucune douleur locale, mais seulement de quelques élancements plus ou moins fréquents dans le bras et dans le coude du même côté.

La tumeur était adhérente à la peau et de petit volume, mais elle s'accompagnait d'une sorte de chapelet ganglionnaire, d'un certain nombre de petits ganglions dans l'aisselle, ganglions plus ou moins suspects, que nous avons eu soin d'enlever avant de terminer l'ablation de la tumeur du sein.

Les antécédents héréditaires, sur lesquels nous avons interrogé la malade, sont absolument muets, en ce sens que le sujet était orphelin de naissance.

L'examen de la tumeur, fait par M. Latteux, a permis de

reconnaître très facilement, à l'aide d'un faible grossissement, l'aspect lobulé propre à la glande mammaire. Le tissu, en effet, présente une série de petits grains disposés comme une grappe de raisins et plongés dans une gangue celluloadipeuse abondante. Cependant, on peut déjà constater en certains points l'existence de cavités kystiques, irrégulières, et fort variables de forme et de volume.

Si on augmente l'amplification du grossissement jusqu'à 180 diamètres, on voit ces kystes apparaître tapissés d'un épithélium disposé sur plusieurs rangs de cellules, sans aucune symétrie, et offrant tous les caractères d'une abondante prolifération. De plus, les limites des culs-de-sac sont mal accentuées et l'épithélium bourgeonnant a détruit, en certains points, la membrane propre pour envahir le tissu conjonctif voisin.

Ajoutons que ces cavités kystiques tendent à être comblées par l'envahissement du tissu conjonctif périphérique qui vient proéminer à l'intérieur, sous forme de mamelons irréguliers et quelquefois volumieux. En ces points, le tissu est tellement embryonnaire qu'on peut lui donner le nom de sarcome. Il est, d'ailleurs, sillonné d'un grand nombre de vaisseaux dilatés à parois minces.

Enfin, le tissu conjonctif qui sépare les lobules adipeux est aussi envahi et montre des traces évidentes d'inflammation.

Quant aux ganglions trouvés dans la région de l'aisselle, bien que peu volumineux, ils ont subi déjà une dégénérescence notable. Au milieu des petites cellules arrondies que l'on rencontre normalement, il existe d'autres éléments à noyaux volumineux qui semblent devoir être rapprochés du type épithélial.

Cette *dégénérescence* néoplasique si complexe est fréquente dans la glande mammaire ; elle comporte le pronostic grave et l'ablation large qui convient aux tumeurs malignes.

UNE OBSERVATION D'AUDITION COLORÉE

Par M. le docteur Paul Raymond, ancien interne des hôpitaux.

L'audition colorée est cette propriété, que possèdent certains sujets, de percevoir une sensation de couleur lorsque l'ouïe est impressionnée. La voyelle A par exemple, au moment où elle sera prononcée, éveillera chez celui-ci la sensation du noir, chez celui-là la sensation du bleu, etc. Comme le dit M. le docteur Baratoux, l'audition colorée est un phénomène qui consiste, en ce que deux sens différents sont simultanément mis en activité par une excitation d'un seul de ces sens. Le phénomène de l'audition colorée a été signalé pour la première fois par Verga en 1865. Sans faire ici l'historique de la question, citons en France les travaux de M. Lauret, de Giraudeau et surtout celui de M. Albert de Rochas (1), reproduit, en grande partie, par M. Baratoux dans une revue critique (2).

Ce phénomène semble moins rare qu'on ne le croyait autrefois. Sur cent sujets on peut en trouver sept ou huit qui colorent certains sons, mais il y a là, on le comprend, bien des degrés : la plupart des sujets ne perçoivent qu'un seul son coloré, l'A notamment, qui leur paraît noir. On ne peut dire qu'ils présentent l'audition colorée. Les autres, beaucoup plus rares à la vérité, perçoivent une sensation de couleur pour les voyelles, les consonnes, les syllabes, les diphtongues, et même pour les chiffres, les sons musicaux, ou les bruits quelconques. C'est à cette dernière classe qu'appartient le jeune homme dont voici l'observation.

M. X..., âgé de trente ans, est un homme d'un bon tempérament, d'une forte constitution, qui n'a jamais été malade. Il est arthritique et nerveux. Très impressionnable, s'emportant à la moindre contrariété, il a des alternatives d'excitation et de dépression. Intelligent et très travailleur, il a fait de véritables excès de travail. Je passe sur certaines particularités de son observation, intéressante surtout au point de vue névropathique, et je ne retiens que ce qui a trait à l'audition colorée. Aussi loin que remontent ses souvenirs, M. X... se rappelle avoir éprouvé les sensations de l'audition colorée. Ce sont principalement les voyelles qui lui font éprouver ces perceptions de couleurs.

A lui paraît noir, E gris, I jaune, O blanc, U bleu. Les consonnes lui paraissent toutes, indifféremment, d'un gris clair, mais, pour elles, la perception colorée est à peine marquée.

Les syllabes prennent la couleur de la voyelle qu'elles renferment : ainsi Ba lui donne la sensation du noir, Di la sensation du jaune, etc. Les diphtongues tirent leur couleur des deux voyelles accouplées. Ainsi EU, formé de E gris clair et de U bleu, apparaît d'un gris bleuté. EI est perçu comme jaune clair, etc.

La coloration d'une lettre avec un accent diffère de la coloration de cette même lettre sans accent. Ainsi, dans le mot médecine, MÉ est d'un gris plus blanc que DE.

Quant aux mots, ils sont perçus suivant la valeur des syllabes qui les composent. Dans le mot Hippocrate, par exemple, M. X... perçoit successivement les sensations du jaune, du blanc, du noir, du gris ; il voit défiler, devant ses yeux, une véritable gamme de couleurs.

Chez lui, les bruits, les sons musicaux ne déterminent pas les perceptions chromatiques : la parole seule éveille l'audition colorée. M. X... parle l'anglais, l'allemand, l'italien et l'espagnol ; l'anglais lui paraît gris, l'allemand noir, l'italien jaune, l'espagnol bleu, mais dans chacune de ces langues, comme dans le français, chaque mot porte avec lui selon les voyelles qui la composent, sa coloration propre. La coloration de la langue étrangère est, pour ainsi dire, une coloration collective, une sorte de résultante qui n'a aucune influence sur les colorations des mots pris séparément.

M. X... n'est aucunement gêné par ces perceptions colorées. Il en fait, pour ainsi dire, abstraction quand on lui parle : il faut, pour qu'il perçoive la sensation chromatique, qu'il fixe son attention sur ce point. Cette audition colorée persiste avec les mêmes caractères, depuis le moment où M. X... s'en est aperçu.

Chez la plupart des sujets qui présentent l'audition colorée, les sons aigus, la voyelle I, comme l'avait fait remarquer M. de Rochas, sont très rouges ou brillants « mais l'association des autres couleurs et des autres sons varie à l'infini, et il m'a été impossible de saisir une loi quelconque dans cet ordre de phénomènes » (de Rochas). Il est à remarquer que le vert est une couleur qui ne répond, le plus souvent, à aucun son.

Les couleurs sont toujours les mêmes pour le même sujet, mais varient d'un sujet à l'autre. Tel qui verra A noir, par exemple, verra E rouge, alors qu'un autre le verra gris, jaune, bleu, etc.

De ces faits d'audition colorée, on peut rapprocher les faits inverses dans lesquels une sensation optique éveille une sensation auditive (une flamme de bougie éveillant la sensation des lettres I ou V, — Bleuler et Lehmann) ou bien ceux dans lesquels une sensation auditive éveille l'idée d'une odeur, d'une saveur, ou enfin les faits dans lesquels une sensation olfactive éveille de même une sensation de

(1) A. de Rochas. *La Nature*, 1885.
(2) Baratoux. *Progrès médical*, 1887.

couleur. Tous ces faits montrent l'union qui existe entre les centres d'élaboration des perceptions sensorielles; ils témoignent de l'influence réciproque des organes des sens les uns sur les autres. En somme, chez certains sujets, la clinique montre qu'il y a une sorte de connexion entre les différents centres des impressions sensorielles : cette donnée peut-elle conduire à l'explication du phénomène de l'audition colorée ?

On peut dire tout d'abord que ce phénomène ne dépend pas d'une excitation des organes périphériques de l'audition. En effet, la plupart des sujets qui présentent l'audition colorée n'ont qu'à prononcer mentalement un mot quelconque pour faire apparaître le phénomène, et cependant l'ouïe n'a reçu aucune impression. Il n'est donc pas exact de dire, avec MM. Pouchet et Tourneux, que l'audition colorée est due à ce fait que des fibres nerveuses auditives suivent un trajet anomal et vont se rendre aux centres optiques.

Ainsi donc, dans l'audition colorée on peut faire abstraction des phénomènes périphériques et ne retenir que les phénomènes centraux. Or, l'analyse psycho-physiologique a montré quelles relations souvent étroites les différents centres ont les uns avec les autres.

Pour citer un exemple, on voit qu'une variété de l'aphasie, la surdité verbale, peut s'accompagner non seulement de surdité psychique, mais encore de cécité verbale, etc. De même, des expériences de Urbantschitsch (1), de M. Féré (2), prouvent cette influence des centres sensoriels les uns sur les autres. On doit donc admettre que, chez les sujets qui présentent l'audition colorée, il existe des conducteurs nerveux qui unissent intimement le centre de l'audition au centre de la perception des couleurs. Cette union, qui ne se présente pas à un degré aussi prononcé chez les autres sujets, est telle que l'impression du premier centre, audition, retentit sur le deuxième, perception des couleurs, et y détermine immédiatement une sensation spéciale, c'est-à-dire colorée. Le professeur Lussana admet d'ailleurs que les deux centres siègent dans deux circonvolutions contiguës, et qu'ils sont parfois réunis par une anastomose. On s'explique ainsi comment le centre de l'audition retentit sur le centre de la perception des couleurs : cependant il reste à expliquer pourquoi la réciproque ne se présente pas le plus souvent, les sujets chez lesquels une sensation lumineuse éveille une sensation auditive étant extrêmement rares.

Disons toutefois que M. Féré rejette cette théorie : il croit que la vision colorée est en rapport avec une tonalité particulière du système nerveux, tonalité qui peut être obtenue par des excitations ou des représentations diverses. La vision colorée se produit en effet dans certaines conditions qui modifient la circulation cérébrale, dans certains états nerveux ou possessionnels, au début en attaques d'épilepsie et d'hystérie par exemple (3).

THÉRAPEUTIQUE

De la transpiration fétide des pieds.

On sait combien est incommode et rebelle à tout traitement la sueur fétide des pieds. Certaines personnes atteintes de cette repoussante infirmité ont jusqu'alors inutilement essayé toute sorte de moyens pour s'en débarrasser. M. le docteur Bardet recommande la formule suivante :

Talc . . . . 40 grammes.
Sous-nitrate de bismuth . . . . 45 —
Permanganate de potasse. . . . 13 —
Salicylate de soude . . . . . . 2 —

Cette poudre doit être versée chaque jour dans les chaussettes. Les pieds doivent être lavés tous les matins et tous les soirs, et être frictionnés à l'alcool après le bain.

Le procédé suivant, qui donnerait 92 p. 100 de succès, est usité dans l'armée allemande :

Acide chromique. . . . . 5 grammes.
Eau distillée. . . . . 100 —

Avec cette solution on pratique un badigeonnage, rarement deux, exceptionnellement trois. Le pied doit être préalablement lavé et séché.

Unna recommande une autre manière de faire. Après un pédiluve avec de l'eau additionnée de vinaigre, de moutarde ou d'alcool camphré, on fait une onction avec le topique suivant :

Ichthyol } *ââ*. . . . . 5 parties.
Térébenthine }
Pommade à l'oxyde de zinc. . . . 10 —

Pendant le jour, on peut saupoudrer les pieds avec le mélange suivant :

Farine de moutarde. . . . . 1 gramme.
Talc pulvérisé . . . . 30 grammes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juin 1889. — Présidence de M. CADET DE GASSICOURT.

COMMUNICATIONS

Empyème pulsatile. — M. MILLARD communique l'observation d'un malade atteint d'empyème pulsatile, dit de nécessité. Il s'agit d'un homme de trente-six ans, ayant perdu son père et un frère tuberculeux, sujet lui-même à des bronchites et à des congestions pulmonaires, mais sans hémoptysies. En mai 1887, ce malade avait été pris d'une pleurésie gauche compliquée bientôt d'un pneumothorax. Il avait cependant assez vite guéri et avait repris ses occupations quand, en décembre, à la suite d'une course, il fut pris de dyspnée subite avec retour de tous les signes du pneumothorax. Depuis cette époque il gardait le lit presque constamment, et au mois de juillet 1888, on vit apparaître, pour la première fois, en bas et en arrière du dos, à gauche de la colonne vertébrale, une tumeur au niveau des dernières côtes. Cette tumeur grossit rapidement, atteignit le volume d'une orange et présenta bientôt des battements assez forts et isochrones avec les pulsations du cœur.

M. Millard à cette époque vit le malade pour la première fois et diagnostiqua une vaste pleurésie purulente et une empyème pulmonaire. Le 10 août on fit une première thoracentèse qui donna issue à trois litres et demi d'un pus crémeux et inodore. La tumeur pulsatile s'affaissa et les battements disparurent immédiatement. Cette ponction soulagea le malade, mais ce n'était qu'un traitement préparatoire. M. Millard adopta le traitement proposé par M. Moizard (injections intra-pleurales de teinture d'iode avec alcool et solution iodurée). On fit, du 28 août au 22 septembre, cinq ponctions suivies chaque fois de l'évacuation de 1 300 à 1 500 grammes d'un pus rougeâtre et de l'injection d'une dose croissante de teinture d'iode iodurée (de 80 à 115 grammes). Le malade se trouva très bien de ce traitement. Il quitta le service le 15 octobre, mais y revint quelques jours après.

Le 21 octobre, on reprit les ponctions et les injections intra-pleurales de teinture d'iode. On constata, après la ponction, une dépression de toute la région thoracique antérieure gauche et

(1) URBANTSCHITSCH. Société des médecins de Vienne, octobre 1887.
(2) FÉRÉ. Société de biologie, 24 décembre 1887.
(3) FÉRÉ. Loc. cit.

sous-mammaire et quelques jours plus tard on trouvait, à droite, les signes d'une pleurésie sèche. A la suite de cette complication, l'état général fut moins bon. Le 6 novembre, septième ponction suivie d'une sixième injection de liquide iodo-ioduré (115 grammes). Le lendemain on constate tous les signes d'un pneumothorax. Le malade se plaint d'une douleur en bas et en arrière, à gauche de la colonne vertébrale, au niveau de l'ancienne poche. Celle-ci ne s'est pas reproduite, mais la neuvième côte à ce niveau semble gonflée, épaissie, et est un peu douloureuse au toucher. Le 16 novembre, le malade passe dans le service de M. Peyrot. La poche du dos commençait à se reformer mais n'était plus animée de battements. L'épanchement pleural augmentait rapidement; il y avait un peu de fièvre et de diarrhée. Le 21 novembre M. Peyrot fit l'empyème et réséqua la neuvième côte dans l'étendue de 3 centimètres. Il s'écoula trois litres d'un pus roux et fétide. Le malade mourut le 27 novembre, six jours après l'opération. L'autopsie ne put être faite.

Pneumonie infectieuse d'emblée. — M. RENAULT a observé, en octobre dernier, un cas de pneumonie qui lui paraît être en faveur de la théorie de Jürgensen. Cet auteur, on le sait, admet que la pneumonie est d'emblée une maladie infectieuse. Il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans, entré le 12 octobre 1888, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rigal. Ce jeune homme couchait dans une soupente, sur un lit sans draps, et quelques jours auparavant il avait vidé une cave inondée. A son entrée, le malade se plaint de maux de tête, de courbature générale : il a un point de côté à gauche. La température est à 40°7. Le lendemain et le surlendemain on ne constate aucun signe de pneumonie, mais le malade accuse une douleur vive au niveau de l'épaule droite. On trouve dans le creux axillaire un empâtement considérable qui remonte jusque sous la clavicule. Le 17 on sent une fluctuation profonde; le 18 on incise le phlegmon. Le 19, on entend à gauche pour la première fois en arrière et en bas un souffle pneumonique très net, mélangé de râles crépitants.

Les signes physiques de la pneumonie persistent jusqu'au 24. A ce moment la défervescence est complète. La température remonte brusquement le 26; cette élévation était due à l'apparition d'un abcès au niveau de la première phalange du médius droit. L'examen du pus de cet abcès ne révéla que la présence de streptocoques; il n'y avait pas de pneumocoques. Le 31 octobre, le poumon avait recouvré son intégrité complète et les abcès étaient presque cicatrisés. Le 12 novembre, le malade sortait guéri.

Ce fait paraît être en faveur de la théorie de Jürgensen qui veut que la pneumonie soit infectieuse d'emblée. L'inflammation pulmonaire n'a commencé que le 17 octobre, c'est-à-dire cinq jours après l'entrée du malade à l'hôpital; elle a suivi son cycle régulier habituel. Les signes physiques ont bien été ceux de la pneumonie, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas été mobiles; l'autre poumon est toujours resté indemne, contrairement à ce qu'on rencontre dans la bronchopneumonie. On peut se demander s'il ne s'est pas agi dans ce cas d'un état infectieux avec localisation pulmonaire. Dans les cas de pseudo-pneumonies, la localisation pulmonaire a des caractères cliniques différents. Quand la lésion du poumon est secondaire, elle est masquée par la gravité des symptômes généraux, et ce n'est qu'en examinant très attentivement les organes qu'on découvre le foyer pulmonaire. On constate alors un mélange de râles sous-crépitants et de souffle, preuve de la prédominance de l'élément congestif. Les signes sont habituellement mobiles; la fièvre subit de grandes oscillations et il n'y a pas de défervescence brusque.

M. NETTER dit que l'observation de M. Renault ne lui paraît pas en faveur de la nature infectieuse d'emblée de la pneumonie. On n'a pas trouvé, en effet, de pneumocoques dans le pus des abcès; il est dès lors impossible d'affirmer que ces complications étaient d'origine pneumococcienne. En tous cas, la coexistence d'un phlegmon profond avec une pneumonie est un fait intéressant. On peut encore penser que dans ce cas il s'agissait, non pas d'une pneumonie vraie, mais d'une bronchopneumonie à allure pseudo-lobaire, produite par l'envahissement du poumon par des streptocoques.

M. RENAULT répond qu'au point de vue clinique la bronchopneumonie pseudo-lobaire n'évolue pas comme la pneumonie vraie. Il n'y a pas de fixité dans les signes physiques et la défervescence n'est pas brusque.

M. NETTER ajoute qu'il y a des inflammations streptococciennes, l'érysipèle, par exemple, qui se terminent par défervescence brusque. Or, comme il est à peu près démontré aujourd'hui que les streptococcus pyogenes et erysipelatus sont identiques, ne peut-on pas admettre qu'une inflammation pulmonaire due au streptococcus pyogenes se termine par défervescence brusque comme une inflammation streptococcienne de la peau?

En résumé, M. Netter ne pense pas que l'observation de M. Renault démontre la nature infectieuse d'emblée de la pneumonie; il croit plutôt, comme M. Germain Sée, que cette maladie est, non pas infectieuse d'emblée, mais infectante.

Traitement de l'épilepsie par des pointes de feu répétées sur le cuir chevelu. — M. FÉRÉ présente deux malades épileptiques qu'il a traités par l'application de pointes de feu sur le cuir chevelu. L'un de ces malades, en traitement depuis le 10 février 1887, avait eu 21 accès en 1886 et 7 en 1887. Il n'en a eu qu'un en 1888 et, cette année, il n'en a pas encore présenté.

Le second malade a eu 63 accès en 1886, 45 en 1887 (le traitement avait commencé au mois d'avril de cette année). En 1888, il n'a eu que 5 accès.

Ces deux faits paraissent prouver que ce mode de traitement est utile. Sur plusieurs autres malades, M. Féré a obtenu des améliorations momentanées ou des modifications des paroxysmes. Chez un de ses malades ce traitement a amené la suppression d'accès convulsifs qui ont été remplacés par des crises d'hyperesthésie cutanée.

PRÉSENTATIONS

M. GILBERT BALLET présente un malade qui offre les déviations caractéristiques d'une coxalgie vraie : flexion de la cuisse avec abduction légère, déviations compensatrices de la colonne vertébrale et atrophie musculaire de la cuisse très marquée. Il s'agit cependant, malgré l'atrophie, d'une fausse coxalgie; ce malade est un hystérique; il a présenté, à la suite d'accès alcooliques, une hémiplégie hystérique des plus nettes. Actuellement les troubles de la sensibilité ont disparu et les mouvements sont en partie revenus. Ce malade est intéressant parce qu'il montre que les hémiplégies hystériques peuvent s'accompagner d'atrophie musculaire.

M. FERRAND présente une aorte provenant d'un malade mort d'un cancer des ganglions du hile du foie. Il s'agit soit d'une aorte double, soit d'un anévrysme disséquant de l'aorte descendante. Le vaisseau double commence au niveau du hile du poumon et les deux canaux sont accolés en canons de fusil jusqu'à l'origine de l'hypogastrique.

La séance est levée

CORRESPONDANCE

A Monsieur le docteur LE SOURD, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Monsieur et honoré confrère,

La Société de chirurgie vient de terminer son intéressante discussion sur le traitement des fibromes utérins par l'électricité, que j'ai institué en 1882; l'opinion lui a été généralement favorable, et les quelques rares contradicteurs que j'ai trouvés, ont montré à mon égard une courtoisie parfaite, dont je les remercie. Permettez-moi toutefois de rectifier une erreur involontaire de M. Terrillon.

Des trois malades que j'ai soignées sous sa direction, l'une est

Mlle R. B..., âgée de soixante-deux ans, qui avait des hémorrhagies effroyables ayant mis plusieurs fois sa vie en péril, et contre lesquelles tout avait échoué, jusqu'au tamponnement vaginal; elle a été soignée par moi en 1883 et 1884, et, depuis lors, elle est restée *radicalement guérie*.

L'autre malade n'a retiré aucun bénéfice du traitement électrique ; parce qu'elle a refusé de le laisser continuer, parce qu'il a été employé à petites doses, et parce qu'enfin, je n'ai jamais pu faire une hystérométrie complète pour permettre de localiser l'action caustique dans toute la cavité intra-utérine.

La troisième malade enfin est morte, non d'un *fibrome kystique*, comme M. Terrillon l'a dit par erreur, mais bien de *trois kystes de l'ovaire*, l'un *normal*, l'autre *suppuré* et l'autre *hématique*, formant une masse unique qui avait été prise, même après une laparotomie exploratrice, pour un *fibrome mou*. Or, il n'y avait pas de fibrome, et je me demande si l'électricité peut être responsable d'une péritonite provoquée par un *kyste de l'ovaire suppuré*.

Veuillez agréer, etc.

Dr Apostoli.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine d'Amiens. — M. le docteur Décamps est nommé chef de clinique médicale.

— Les places de médecin-inspecteur des stations de Barèges et de Saint-Sauveur sont supprimées.

— Les propositions que les médecins traitant près les stations minérales pourraient avoir à soumettre à l'administration supérieure, pour le traitement gratuit des indigents, doivent passer par la voie préfectorale.

— Le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Levraud, vient d'accorder une subvention de 10000 francs aux Congrès d'assistance publique, d'hygiène et de démographie.

— M. le professeur Guermonprez (de Lille) est nommé commandeur de l'ordre de Pie IX.

— Le dix-huitième Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences se tiendra à Paris, à l'École des ponts et chaussées, du 8 au 14 août, sous la présidence de M. de Lacaze-Duthiers, membre de l'Institut. Cette session comprendra des séances de sections, des visites industrielles et des excursions dans les environs de Paris.

L'Association distribue chaque année des subventions pour des recherches ou expériences scientifiques. Une somme de 18000 francs a été votée cette année par le Conseil et le total des subventions distribuées à ce jour, s'élève à la somme de 192000 francs.

Pour tous les renseignements, s'adresser au Secrétariat, 28, rue Serpente, à Paris.

— M. le professeur Ball organisera une visite à l'asile de Ville-Évrard, avec l'assentiment de l'Administration des aliénés, le dimanche 21 juillet 1889. Rendez-vous à neuf heures du matin, gare de la Bastille : prendre le train pour Nogent-sur-Marne et, à la gare de Nogent, prendre le tramway pour Ville-Évrard. — S'inscrire : 1° au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2); 2° à l'asile Sainte-Anne (clinique des maladies mentales, 1, rue Cabanis).

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Charles Rouget, professeur, ouvrira le cours de physiologie générale le mardi 2 juillet, à quatre heures et demie, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Le professeur continuera l'étude de la nutrition chez les végétaux et les animaux, par celle des synthèses organiques chez les animaux. — La fonction chlorophyllienne existe-t-elle chez les animaux? Formation et emploi de la substance glycogène et des natures grasses. Synthèse des substances azotées. Reproduction, développement et entretien des tissus et de leurs éléments.

Des leçons pratiques auront lieu au laboratoire les jeudis à quatre heures et demie après le 15 juillet.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie avait été saisie, par M. le ministre de l'Intérieur, de cette question, à savoir : s'il était possible d'autoriser les sages-femmes à prescrire les antiseptiques. M. Budin, au nom d'une Commission, est venu lire aujourd'hui un rapport dans lequel, excluant les sels de mercure, il proposait d'autoriser les pharmaciens à délivrer, sur prescription des sages-femmes, des solutions d'acide borique et d'acide phénique. La Commission arrêtait même le titre de ces solutions.

Sur les observations de M. Brouardel et de plusieurs membres, l'Académie renvoie le rapport à la Commission.

M. Brouardel communique ensuite, en son nom et en celui de son collaborateur M. G. Pouchet, une étude sur les symptômes de l'intoxication arsenicale aiguë et chronique, sur les modes et la durée de l'élimination hors du corps humain de l'arsenic et de ses composés. Nous publions intégralement cet important travail.

Après la présentation d'une jeune malade que M. Berger a opérée avec succès d'une exstrophie de la vessie par la méthode autoplastique, l'Académie s'est réunie en comité secret pour dresser la liste des candidats au titre de correspondant national dans la division de la médecine vétérinaire.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Loi modifiant la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée et ayant pour but de donner une autonomie complète au service militaire de santé.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,

Le président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article premier. — Les modifications suivantes sont apportées à la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée :

TITRE PREMIER

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 4.

La délégation des crédits est faite par le ministre aux directeurs des services, qui sont chargés de l'ordonnancement des dépenses.

Dans le service de l'intendance, les directeurs ont la faculté de sous-déléguer tout ou partie de leurs crédits aux fonctionnaires de l'intendance soumis à leur direction.

TITRE III

DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU SERVICE DE SANTÉ

Article 16.

Les directeurs du service de santé dans les corps d'armée, ainsi que les chefs du service de santé dans les hôpitaux, ambulances et établissements pharmaceutiques, sont pris parmi les membres du corps de santé militaire.

Les rapports de ces fonctionnaires entre eux et avec le commandement et les autres services sont réglés par les articles qui précèdent.

Ils ont, en ce qui concerne l'exécution du service de santé, autorité sur tout le personnel militaire et civil, attaché d'une manière permanente ou temporaire à leur service. Ils donnent des ordres, en conséquence, aux pharmaciens, aux officiers d'administration et aux infirmiers des hôpitaux et ambulances, ainsi qu'aux troupes des équipages militaires et aux hommes de troupe momentanément détachés auprès d'eux pour assurer le service de santé. Les infirmiers et les hommes de troupe ainsi détachés relèvent de leurs chefs de corps respectifs en ce qui concerne l'administration, la police et la discipline intérieure du corps.

Les prescriptions du directeur ou des chefs du service de santé sont exécutoires par le personnel chargé de la gestion dans la limite des règlements et des tarifs.

Ils peuvent, dans les cas urgents, prescrire sous leur responsabilité, même pécuniaire, des dépenses non prévues par les règlements; mais, en ce cas, ils donnent leurs ordres par écrit et en préviennent immédiatement le commandement.

Article 17.

Les pharmaciens et les officiers d'administration chargés d'exécuter les ordres du directeur ou des chefs du service de santé, peuvent être rendus pécuniairement responsables du montant des dépenses non prévues par les règlements, pour lesquels l'ordre écrit sus-mentionné ne leur aurait pas été délivré.

Article 18.

Les directeurs du service de santé, dans les corps d'armée, ordonnancent toutes les dépenses de ce service. Ces directeurs,

ainsi que les médecins-chefs de service, vérifient la gestion en deniers et en matière des pharmaciens et officiers d'administration classés sous leurs ordres. Ils leur donnent directement des instructions pour la bonne tenue des écritures et l'observation des lois et règlements sur la comptabilité.

Le service de santé est également chargé, sous l'autorité du commandement, d'assurer la fourniture du matériel et des approvisionnements nécessaires aux hôpitaux et aux ambulances.

TITRE VI

PERSONNEL

Chapitre II. — Service de l'intendance militaire.

2e SECTION. — OFFICIERS D'ADMINISTRATION DU SERVICE DE L'INTENDANCE.

Article 32.

Le personnel des officiers d'administration du service de l'intendance forme un corps distinct.

Il a une hiérarchie propre, réglée ainsi qu'il suit :

Officier d'administration adjoint de deuxième classe; — Officier d'administration adjoint de première classe; — Officier d'administration de deuxième classe; — Officier d'administration de première classe; — Officier d'administration principal.

Les officiers d'administration jouissent des bénéfices de la loi du 19 mai 1834 sur l'état des officiers.

Article 33.

Les officiers d'administration du service de l'intendance sont répartis en trois sections, savoir :

1° Officiers d'administration des bureaux de l'intendance; — 2° officiers d'administration des subsistances; — 3° officiers d'administration de l'habillement et du campement.

Les officiers des trois sections peuvent être employés dans l'un ou l'autre de ces services, suivant les décisions du ministre.

Le cadre constitutif du corps est fixé conformément aux tableaux B, C, D annexés à la loi du 16 mars 1882.

Chapitre III. — Service de santé.

1re SECTION. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE.

Articles 37 à 40, sans modifications.

2e SECTION. — OFFICIERS D'ADMINISTRATION DU SERVICE DES HÔPITAUX.

Article 40 *bis*.

Le personnel des officiers d'administration du service des hôpitaux forme un corps distinct dont le cadre constitutif est fixé conformément au tableau E annexé à la loi du 16 mars 1882.

Ce corps a une hiérarchie propre, conforme à celle définie par l'article 32 pour les officiers d'administration du service de l'intendance.

Les officiers d'administration du service des hôpitaux se recrutent d'après les règles fixées par l'article 34.

En cas de mobilisation, les cadres d'officiers d'administration du service des hôpitaux sont complétés par des officiers d'administration de réserve et de l'armée territoriale qui rempliront les conditions déterminées par un règlement ministériel.

Chapitre IV. — Sections d'infirmiers et troupes d'administration.

Article 41.

Les sections d'infirmiers militaires sont au nombre de 25.

Le nombre de sections de commis et ouvriers militaires d'administration est également de 25.

Le ministre détermine, d'après les besoins de chaque corps d'armée, les effectifs et les cadres de chaque section.

Les sections sont commandées et administrées par un officier d'administration de leur service.

En ce qui concerne la police et la discipline intérieure des corps, les sections d'infirmiers militaires sont placées sous l'autorité supérieure des médecins militaires, chefs du service de santé, et les sections de commis et ouvriers militaires d'administration sous celle des fonctionnaires de l'intendance, chefs des services administratifs.

Les sous-officiers des sections d'infirmiers, de commis et ouvriers d'administration, concourent, avec les sous-officiers des corps de troupes d'infanterie, pour l'admission à l'École militaire d'infanterie de Saint-Maixent.

ART. 2. — Des décrets et des règlements ministériels pourvoiront à la complète exécution des dispositions contenues dans la présente loi.

ART. 3. — Sont abrogées toutes les dispositions des lois, ordonnances, décrets et règlements contraires à la présente loi.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 1er juillet 1889.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de la Guerre,

C. DE FREYCINET.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. LAPERVENCHE, interne des hôpitaux.)

XIX

Les *tumeurs du mésentère*, qu'elles soient liquides ou solides, bénignes ou malignes, ont, avec les organes qui les

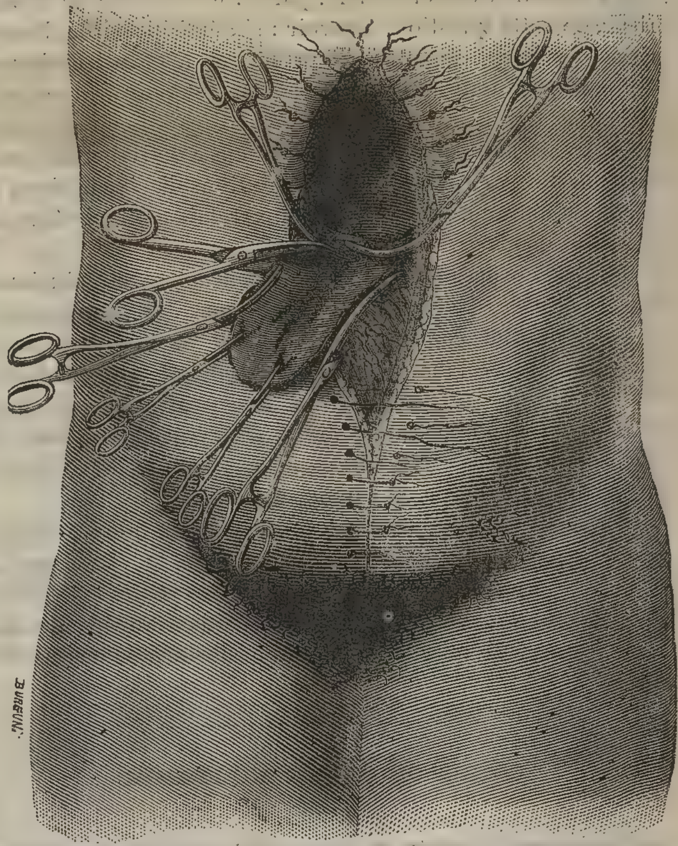


FIG. 38. — Grand kyste hydatique du mésentère supérieur, dont une portion a été enlevée par morcellement et le reste suturé à la plaie abdominale, suivant notre méthode de traitement par suppuration.

entourent, des rapports tellement intimes que leur ablation exige une extrême prudence. Pour les opérer, il faut inciser

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 633.

la paroi abdominale, sur la ligne médiane, ouvrir le péritoine et repousser les organes qui les recouvrent. On arrive ainsi sur leur face antérieure. On voit que celle-ci est recouverte par le péritoine et par une tunique fibreuse. Ces deux tuniques entourent le contenu liquide ou solide qui les distend. Une seule portion de la surface antérieure de la tumeur est libre, celle qui fait saillie dans la cavité péritonéale. Elle est enchâssée entre les anses intestinales qui coiffent sa circonférence, tandis que la surface postérieure repose sur la colonne vertébrale. De ce côté, elle est implantée sur une surface dont la largeur et les rapports sont tels qu'il n'est pas facile d'en tenter l'excision, la dissection et l'énucléation. C'est alors que le morcellement rend les plus grands services, comme vous avez pu le constater en parcourant les observations publiées dans nos volumes de clinique.

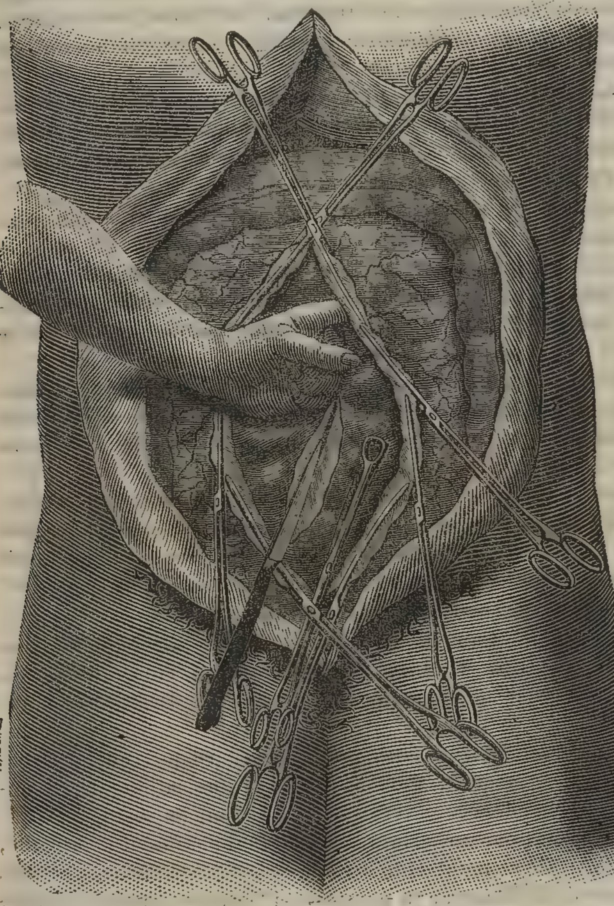


Fig. 39. — Grande tumeur solide du mésentère enlevée par le morcellement et le pincement combinés. On voit que le doigt de l'opérateur détache l'enveloppe, et que les pinces saisissent les premières les portions les plus superficielles pour faire l'hémostasie préventive et les enlever.

Lorsque la tumeur est kystique et uniloculaire, nous commençons par inciser les feuillets séreux et celluleux qui la doublent, puis nous la ponctionnons et nous la vidons. Ceci fait, nous disséquons avec le doigt ou la spatule et nous pinçons la portion libre que nous réséquons. Nous suturons ensuite les lèvres de la portion restante à celles de la paroi abdominale et nous y plaçons un tube à demeure pour faire des injections substitutives. C'est surtout lorsque les parties profondes du kyste adhèrent aux gros vaisseaux et à l'intestin qu'il faut recourir à cette méthode de traitement par suppuration que nous avons précédemment décrite à propos des kystes ovariques (fig. 38).

Lorsque la tumeur est solide, nous commençons par inciser le feuillet péritonéal et l'enveloppe propre qui l'entourent, puis nous détachons avec les doigts la partie solide que nous incisons largement (fig. 39). Nous la saisissons ensuite avec nos pinces à mors longs de divers modèles et nous la morcelons du centre à la périphérie. Autrefois, pour faire ce morcellement, nous commencions par disséquer l'enveloppe, nous traversions ensuite le tissu propre avec des broches d'acier qui servaient de point d'appui à des anses de fil de fer destinées à enserrer chacune des portions de la tumeur qu'il s'agissait d'enlever. Aujourd'hui nous préférons aux broches nos pinces à pression pour faire l'hémostasie préventive et le morcellement.

Quand la tumeur a été enlevée en totalité, il importe de recouvrir avec le péritoine qui l'entoure la cavité qu'elle a laissée. Dans ce but, nous excisons toutes les portions inutiles des feuillets séro-celluleux, puis nous saisissons entre

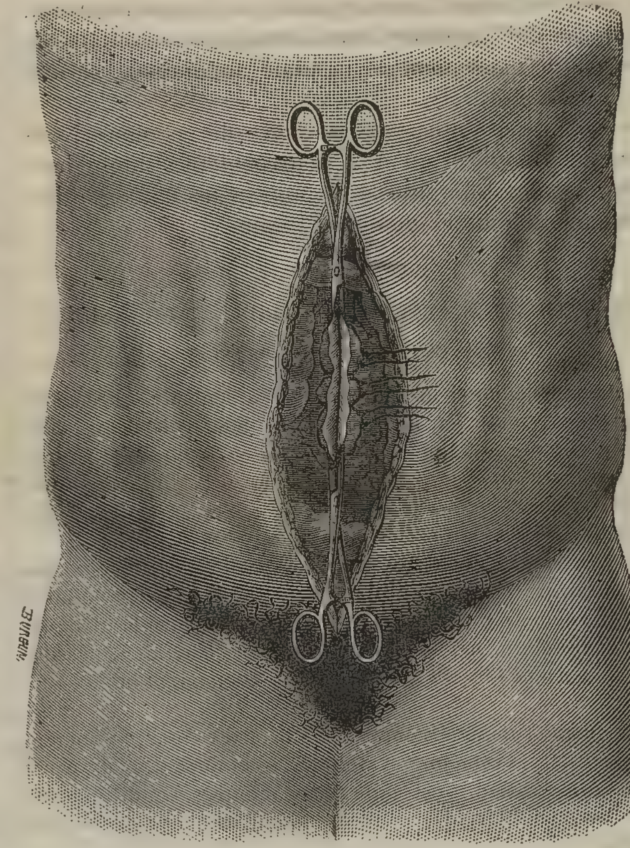


Fig. 40. — Suture de l'enveloppe d'une tumeur bénigne du mésentère après l'ablation par morcellement. Le pincement des feuillets de cette enveloppe en favorise la suture.

les mors de pinces droites et longues les lèvres de la portion restante de ce feuillet, nous les adossons et nous les suturons l'une avec l'autre avec des fils de catgut ou de soie à anses séparées (fig. 40).

Les *tumeurs du péritoine pelvien* exigent rarement l'ablation par morcellement et par pincement. Cependant, cette méthode seule nous a permis d'enlever avec succès les tumeurs multiples et végétantes dont nous avons donné la description détaillée dans le tome IV de nos Cliniques. Nous vous rappellerons en quelques mots en quoi consiste le procédé opératoire que vous nous avez vu employer.

Nous commençons par ouvrir le ventre assez largement pour permettre au regard et à la main de bien explorer le fond du bassin. Nous donnons ensuite issue au liquide

ascitique et nous apprécions le nombre et l'implantation des tumeurs. Nous pinçons, nous lions et nous excisons ces dernières au ras du péritoine, en commençant par les plus volumineuses, puis nous arrachons les autres avec l'ongle, afin de ne rien laisser des végétations et des kystes qu'elles entourent.

Cette décortication suffit pour empêcher les hémorrhagies quand les végétations sont petites, sans qu'il soit nécessaire de pincer, au préalable, les vaisseaux qui s'y rendent, la compression avec les éponges suffisant pour faire l'hémostasie préventive.

Mais quand les tumeurs végétantes sont grosses et kystiques, il faut, avant de les enlever, les pincer, les lier au ras de leur implantation, au moyen de ligatures perdues au fil de soie, et ne pas craindre de réséquer complètement les annexes de l'utérus, si elles sont elles-mêmes malades, ainsi que les productions de même nature qui existent sur le mésentère et l'épiploon. Comme le péritoine est habituellement éraillé et ramolli au niveau des surfaces d'insertion, le chirurgien doit procéder attentivement à sa toilette. La fermeture et le pansement de la plaie abdominale se font comme à l'ordinaire.

Nous avons opéré plusieurs tumeurs de ce genre. Nous avons même démontré qu'elles se présentent cliniquement sous trois formes différentes dont nous avons donné la description dans le tome IV de nos Cliniques.

DE L'INTOXICATION ARSENICALE AIGUE ET CHRONIQUE

Par MM. Brouardel et G. Pouchet.

Les formes chroniques de l'intoxication arsenicale sont encore mal connues; comme j'ai pu les étudier depuis deux ans à la suite des accidents survenus à Hyères, consécutivement à l'usage de vins contenant de l'arsenic, et au Havre, à la suite d'empoisonnements observés dans une pharmacie, je vais vous communiquer le résultat de mes recherches, faites avec M. Pouchet.

Je dois dire tout d'abord qu'il nous a paru qu'entre la forme aiguë et la forme véritablement chronique, qui n'amène la mort qu'après plusieurs mois, il y avait place pour une forme subaiguë; dans cette dernière, des symptômes qui, à l'état aigu, passent inaperçus, peuvent être étudiés plus complètement et mieux analysés.

Dans la forme subaiguë, comme dans la forme aiguë, les mêmes organes sont pris, les mêmes symptômes se montrent, mais, parce qu'alors l'intoxication s'est faite dans d'autres conditions, on observe des variations qui peuvent conduire à des erreurs de diagnostic.

Ce sont ces variations dans les symptômes observés que nous allons maintenant analyser.

I

Troubles digestifs. — En général, ce sont des troubles gastriques qui ouvrent la scène. Ils sont constants mais variables. Tantôt c'est un simple malaise avec phénomènes d'embarras gastriques, tantôt les symptômes sont plus accentués, fébriles, et peuvent faire penser à une fièvre typhoïde.

Déjà Hahnemann, en 1786, décrivait trois phases à l'empoisonnement arsenical. Il disait que lorsque cet empoisonnement passe à l'état chronique, il y a des accès de fièvre avec coliques; rétraction spasmodique du ventre, céphalalgie, chaleur, soif, et de temps en temps vomissements et diarrhée, puis surviennent des douleurs dans les membres, du tremblement, de la paralysie.

Les vomissements sont assez caractéristiques, ils diffèrent de ceux qu'on observe dans l'empoisonnement aigu, en particulier parce qu'ils se font sans douleurs à l'estomac; ils surviennent brusquement et ne laissent à leur suite aucune sensation particulière à la région épigastrique. Ils sont abondants, et sont constitués par un liquide pituiteux mêlé de bile; enfin, ils sont assez fréquents et se reproduisent environ sept ou huit fois par jour.

La constipation est plus fréquente que la diarrhée, les selles sont parfois sanguinolentes; d'ailleurs, les troubles intestinaux sont de courte durée.

Éruption, catarrhe laryngo-bronchique. — La fréquence du catarrhe laryngo-bronchique était telle à Hyères, que l'on crut à une épidémie de grippe. Au Havre, M. Dujardin a constaté au laryngoscope ce catarrhe laryngé; quelques malades n'ont eu que de l'aphonie. Le catarrhe existe également dans les bronches, les crachats peuvent être sanguinolents. Il y a aussi un catarrhe nasal intense, accompagné parfois de larmoiement et d'injection conjonctivale.

On observe, en outre, des éruptions cutanées qui peuvent apparaître avant ou après le catarrhe des voies aériennes. Les paupières, le scrotum sont rouges et tuméfiés, on note des érythèmes divers, avec exfoliation épidermique furfuracée ou squameuse, et même avec chute des ongles (Dubrandy, d'Hyères), des vésicules, de l'urticaire, etc. Aucune de ces manifestations cutanées n'a de caractères pathognomoniques.

La constatation de ces éruptions cutanées doit être rapprochée de ce fait que l'arsenic se trouve en abondance dans les produits épidermiques et dans les épithéliums des voies aériennes, comme nous l'avons observé au Havre.

Troubles de la sensibilité. — Un phénomène douloureux assez fréquent, c'est la céphalalgie qui occupe presque tout le crâne et persiste assez longtemps. Puis, le malade ressent dans les membres, dans les jambes surtout et dans les pieds, un engourdissement incommode. Souvent, à cet engourdissement, viennent se joindre des crampes assez pénibles.

Nous n'avons pas trouvé d'anesthésie, mais une simple diminution de la sensibilité, surtout marquée aux membres inférieurs (spécialement aux pieds), et aux membres supérieurs, aux mains particulièrement.

Les troubles sensoriels font défaut. Seul, M. Dubrandy signale une cataracte qu'il croit d'origine toxique.

Les sécrétions, en particulier celles de la peau, semblent avoir augmenté, surtout chez les sujets jeunes. L'anaphrodisie a été presque constamment signalée chez nos malades.

Paralysies. — Dans l'étude des accidents paralytiques, nous avons été aidés par M. Marie, et nous avons pu, grâce à lui, déterminer quelques phénomènes encore mal étudiés de ces paralysies.

Les troubles moteurs surviennent plus tard que ceux que nous avons étudiés jusqu'ici. Parfois, quand l'intoxication est peu profonde, ils font défaut ou n'existent qu'à l'état de vertige.

Ils débutent par un certain degré d'affaiblissement musculaire, puis la parésie se montre, le malade se fatigue beaucoup plus vite, il monte difficilement; en marchant il jette ses jambes, non pas latéralement, mais droit devant lui.

Puis, la paralysie augmente, le malade ne peut plus se tenir sans appui.

Quand la paralysie est suffisamment accentuée on voit, le malade étant assis, le pied pendre en continuant presque la ligne droite qui passe par le bord antérieur du tibia, il est flasque et dans un cas le malade pouvait l'agiter en « jambe de polichinelle ».

Il semble que la paralysie débute par l'extenseur des orteils. En tout cas, c'est dans ce muscle qu'elle persiste le plus longtemps; les autres muscles de la région antéro-externe sont atteints aussi avec une prédilection particulière (jambier antérieur, extenseur propre du gros orteil, long et court péroniers latéraux). Quant aux muscles de la région postérieure de la jambe, les fléchisseurs des orteils sont, eux aussi, assez fortement atteints. Les jumeaux et le soléaire sont, au contraire, beaucoup mieux conservés; à la cuisse nous n'avons constaté d'affaiblissement que sur la partie inférieure du vaste interne et du vaste externe, mais non sur le droit antérieur.

Il est bon de remarquer que, sur tous les muscles où la paralysie est un peu prononcée, il survient une atrophie assez notable.

Les muscles du pied proprement dit sont parmi les plus atteints; le pédieux n'a plus l'ombre de contractilité volontaire, il en est de même pour les muscles inter-osseux et les muscles propres de la plante du pied.

Les membres supérieurs ne se prennent que plus tardivement et non chez tous les malades; ici encore ce sont les extenseurs des doigts et notamment l'extenseur commun qui sont tout spécialement atteints.

Les muscles de la face et les sphincters semblent avoir toujours été indemnes.

Les muscles paralysés se comportent de la façon suivante :

A la pression leur excitabilité est exagérée; ils se contractent dès qu'on les frappe soit avec le marteau, soit avec les doigts. La contractilité galvanique n'est disparue sur aucun des muscles. L'inversion des formules ne se montre que rarement et toujours sur l'extenseur commun des orteils et le vaste interne. Dans le premier de ces deux muscles nous avons constaté, chez les quatre malades sur lesquels on a fait l'examen électrique, que An S Z est plus grand que Ka S Z. Sur quelques autres muscles l'inversion de la formule n'était pas complète. Jamais nous n'avons observé que les secousses d'ouverture se produisaient anomalement. En règle générale, les secousses musculaires déterminées par l'excitation galvanique directe ont été plutôt lentes; sur aucun muscle nous ne les avons vues se produire avec une rapidité anomale.

Par l'excitation indirecte sur les troncs nerveux, on constate que faradiquement les contractions ne se manifestent pas absolument sur tous les muscles innervés par ce nerf, tandis que galvaniquement l'excitation des mêmes troncs nerveux est suivie d'une secousse dans la totalité de ces muscles.

On note une absence constante des réflexes tendineux au niveau des membres inférieurs. Les cutanés semblent moins atteints; le réflexe plantaire, quoique très affaibli, existait chez la plupart des malades; quant aux réflexes crémastérien et abdominal, ils avaient une intensité normale.

Terminaison. — La guérison est fréquente dans les formes d'intoxication dont l'évolution permet de dissocier les diverses périodes; elle peut toutefois se faire attendre plus d'une année, lorsqu'il y a eu paralysie bien constituée.

La mort survient par le cœur, une malade a succombé à une syncope succédant à des accidents gastro-intestinaux, une autre à une endocardite, une autre à une lésion valvulaire.

D'autres fois le poison a pu s'éliminer, mais les modifications anatomiques survenues dans les cellules hépatiques, rénales, et dans les fibres musculaires, persistent et la mort en est la conséquence. Il se produit là quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans l'intoxication alcoolique.

La mort survient par sclérose du foie ou du rein, bien longtemps après que le dernier petit verre de cognac a été ingéré.

II

Lorsque le médecin se trouve en présence d'individus ayant des accidents cholériformes, analogues à ceux présentés par M. et Mme D..., ou des paralysies semblables à celles observées à Hyères et au Havre, alors même que le soupçon d'intoxication a traversé son esprit, il hésite. Avant de formuler un avis qui aboutira à la suspicion d'une des personnes qui entourent le malade, parfois à tort de celle qui est la plus troublée par le danger que court le patient, il faut presque toujours que des circonstances extérieures aux symptômes d'ordre médical le confirment dans son opinion et lui fassent une conviction presque certaine.

Saisir les linges sur lesquels il y a des déjections ou des vomissements, est parfois difficile. Quand il y a un empoisonnement criminel, c'est presque toujours la personne coupable qui donne des soins à la victime. Mais nous avons quelques moyens plus usuels dans la pratique médicale et qui éveillent moins les soupçons.

Tout d'abord le médecin doit faire analyser les urines. Il faut qu'il les recueille lui-même pour éviter une substitution. Une observation qui, malheureusement, a passé presque inaperçue, nous fournit, à cet égard, de précieux renseignements.

M. le docteur Gaillard a publié, en 1873, l'observation d'une jeune fille empoisonnée par l'usage immodéré de la liqueur de Fowler, dont elle devait prendre 15 gouttes deux fois par jour pendant quinze jours, puis 15 gouttes trois fois par jour pendant une seconde quinzaine, enfin 15 gouttes quatre fois par jour.

Les deux premières quinzaines se passèrent assez bien ; mais dès qu'elle voulut prendre les 60 gouttes, elle eut des vomissements et dut renoncer au traitement. Cinq semaines après avoir cessé l'usage de l'arsenic, elle avait passé par toutes les phases que nous avons décrites. L'analyse des urines, faite soixante jours après la cessation du traitement, révéla encore la présence de l'arsenic.

Cette analyse des urines, qui ne présente aucune difficulté, est un élément précieux du diagnostic ; il en est de même de l'analyse des cheveux.

Des cheveux et des poils de D..., qui pesaient 40 grammes, ont donné un anneau arsenical de 1 à 2 milligrammes.

Si des soupçons s'éveillaient dans l'esprit d'un médecin, il pourrait, par conséquent, déterminer leur valeur par des analyses qui ne présentent aucune difficulté, et qui ne sont pas de nature à compromettre sa réputation en cas d'erreur.

III

La possibilité de la substitution de l'arsenic au phosphore, dans le tissu osseux, m'avait porté à penser que l'on pourrait trouver, dans l'analyse des os, un renseignement au point de vue de l'intoxication arsenicale. Cette hypothèse, déjà émise par Dragendorff et appuyée par lui de recherches dans lesquelles il démontra l'accumulation de l'arsenic dans les graines de certains végétaux croissant dans un terrain arrosé avec une solution faiblement arsenicale et la substitution de l'arsenic au phosphore dans ces mêmes graines, cette hypothèse n'avait pas encore été vérifiée par des recherches sur l'homme ou les animaux.

En 1879, au cours des débats de l'affaire Danval, j'ai institué des expériences sur des lapins et des chiens, afin de rechercher si l'arsenic se localisait dans le tissu osseux ; les conclusions de ces expériences furent les suivantes : l'arsenic s'accumule très sensiblement dans le tissu spongieux des os, s'y fixe de telle façon que sa présence peut être décelée dans les os du crâne et les vertèbres, notamment, quelque temps après que toute trace du poison a disparu des viscères dans lesquels il se localise en plus grande quantité, tels que le foie.

Cette localisation dans le tissu spongieux des os est particulièrement nette et intense lorsque l'arsenic est absorbé par petites doses capables de déterminer en quelques heures des accidents manifestes d'intoxication, l'arsenic se retrouve en petite quantité dans les os riches en tissu compacte (fémur par exemple), il n'est plus possible d'en déceler la présence dans ces mêmes os lorsque l'absorption du toxique a lieu par petites doses répétées, au point de ne déterminer aucun accident grave au début de l'administration ; ce n'est plus alors que dans les os riches en tissu spongieux (crâne, vertèbres surtout, omoplate), que l'analyse permet de retrouver l'arsenic et cela pendant un temps assez considérable après la cessation de l'introduction du poison dans l'économie. L'arsenic ainsi localisé est éliminé avec une grande lenteur, et sur un certain nombre d'animaux j'ai retrouvé des traces nettement appréciables d'arsenic jusqu'à huit et dix semaines après la cessation de toute absorption arsenicale.

La localisation est beaucoup moins accentuée et l'élimination plus rapide chez les animaux empoisonnés par des doses massives; on observe alors une sorte de diffusion générale de l'arsenic et le tissu osseux n'offre alors rien de particulier au point de vue de la localisation : on trouve de l'arsenic dans tous les organes.

L'expérimentation sur les animaux permit également de cons-

tater une élimination assez intense de l'arsenic par la peau et les poils sur les chiens et les lapins. Cette élimination se produit même chez les très jeunes animaux, encore à la mamelle et n'absorbant l'arsenic que par l'intermédiaire du lait de leur mère.

Ces conclusions, qui résultaient seulement jusqu'ici de l'expérimentation sur les animaux, ont été parfaitement confirmées par les nombreuses recherches toxicologiques faites au sujet des empoisonnements du Havre. La présence de l'arsenic constatée dans les os du crâne, les vertèbres, la peau, les cheveux, les ongles, doit faire ranger parmi les faits définitivement acquis à la toxicologie humaine la localisation de l'arsenic dans le tissu spongieux des os ainsi que son élimination par les cellules épidermiques.

Il n'est pas sans intérêt tant au point de vue toxicologique qu'au point de vue de la parenté chimique, de rapprocher cette localité dans le tissu spongieux des os de l'arsenic ingéré à petite dose, de celle que l'on observe dans le même tissu et dans les mêmes conditions avec le phosphore.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juillet 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une série de communications sur la vaccine et les revaccinations par MM. Goldschmitt (de Strasbourg), Delobel (de Noyon), L. Deschamps (de Paris), Laurent, médecin-major, de Welling (de Rouen), Chonnaux-Dubisson (de Villers-Bocage); — 2° Une étude sur la morbidité et la mortalité d'un régiment de cavalerie, par M. Tartière, médecin-major ; — 3° Plusieurs rapports sur des épidémies, par MM. Jenot (de Dercy), Chabenat (de la Châtre), Chonnaux-Dubisson (de Villers-Bocage), Sicard (de Béziers), et Geschwind, médecin-major ; — 4° Une lettre de M. le Dr Christoflau (de Niort) sur le traitement de la tuberculose ; — 5° Un pli cacheté de M. Alliot (de Toulon) ; — 6° Des lettres de candidature de MM. Horteloup, Nicaise, Richelot et Terrier ; — 7° Un extrait du testament de M. Nativelle, qui lègue à l'Académie une somme de 10 000 francs dont les revenus serviront à la fondation d'un prix annuel à décerner au meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé et non encore isolé d'une substance médicamenteuse.

RAPPORT

Sages-femmes et antiseptiques. — M. BUDIN, au nom d'une commission, lit un rapport sur la question de savoir s'il y a lieu d'autoriser les sages-femmes à prescrire les antiseptiques.

La législation actuelle n'autorise pas les pharmaciens à délivrer des substances toxiques sur les prescriptions des sages-femmes ; l'Académie de médecine n'a fait fléchir cette exclusion que pour le seigle ergoté.

Y a-t-il lieu de faire la même exception pour les antiseptiques, dont l'utilité en obstétrique est indiscutable ?

La commission propose de répondre au ministre de l'Intérieur qui avait posé la question à l'Académie :

On peut autoriser les pharmaciens à délivrer des solutions aqueuses contenant de 1 à 4 % d'acide borique et de 1 à 5 % d'acide phénique sur la prescription d'une sage-femme, prescription datée et signée.

L'Académie renvoie le rapport à la commission et adjoint à celle-ci trois nouveaux membres, MM. Tarnier, Brouardel et Nocard.

COMMUNICATION

Intoxication arsenicale aiguë et chronique. — M. BROUARDEL, en son nom et en celui de M. G. Pouchet, fait la communication suivante. (Voir plus haut, page 688.)

DISCUSSION

M. GAUTIER a fait des recherches avec le docteur Skolozouboff (de Moscou), sur la localisation de l'arsenic dans les organes. En Russie, l'empoisonnement chronique par l'arsenic est très fréquent et les symptômes qui le caractérisent sont faciles à observer. Les paysans russes ont, en effet, l'habitude de se saupoudrer, de saupoudrer leurs vêtements et leurs lits avec des poudres arsenicales, pour se défendre contre la vermine. Skolozouboff a observé, comme M. Brouardel, des éruptions cutanées, des douleurs musculaires, de la parésie des extenseurs, etc., dans l'empoisonnement arsenical chronique. C'est cette parésie des extenseurs qui a amené Skolozouboff à chercher si l'arsenic se localisait dans les muscles.

Les recherches entreprises avec lui dans ce sens permettent d'affirmer que, dans l'empoisonnement arsenical chez les animaux, l'arsenic se localise d'abord dans la moelle et dans le cerveau, puis dans le foie, les muscles, et plus tardivement dans les os.

Les recherches de Skolozouboff ont été publiées dans les *Archives de physiologie*.

La présence de l'arsenic dans les os a fait émettre l'hypothèse que peut-être cet arsenic jouait dans les os le même rôle que l'acide phosphorique. Cette hypothèse, émise pour la première fois par un Français, Papillon, a été reprise plus tard par Rabuteau.

M. BROUARDEL connaît le mémoire de Skolozouboff et, s'il ne l'a pas cité, c'est qu'il n'a pas voulu faire une bibliographie complète. Mais il ne se rappelle pas avoir remarqué que, dans ce travail, l'auteur ait signalé la présence de l'arsenic dans les os après un temps aussi long que lui. Ce qu'il a tenu à faire connaître c'est que la recherche de l'arsenic dans les os est très utile.

La seule chose qu'il revendique, c'est d'avoir établi que, quelle que soit la forme de l'empoisonnement (aigu ou chronique), les phénomènes se passent toujours dans le même ordre : les troubles gastro-intestinaux débutent, puis viennent les troubles pulmonaires qui rappellent parfois la coqueluche, enfin l'acrodynie et la paralysie.

M. GAUTIER ajoute que Skolozouboff a trouvé que l'arsenic disparaissait complètement des os entre le trentième et le quarantième jour.

M. BROUARDEL, une fois convaincu que les empoisonnements du Havre étaient dus à l'arsenic, a fait exhumer la première personne qui était morte. M. Pouchet n'a pas trouvé d'arsenic dans ses viscères, mais il en a rencontré dans les os, le cuir chevelu. Or, cette femme était entrée comme domestique dans la pharmacie du Havre le 1er mars ; elle avait eu des vomissements pour la première fois le 5 avril ; le 15 avril, elle a quitté sa place ; le 26, elle est entrée à l'hôpital ; elle y est morte le 26 mai, c'est-à-dire quarante-deux jours après avoir quitté la pharmacie.

Il n'est pas toujours facile de diagnostiquer l'empoisonnement par l'arsenic ; aussi chaque fois qu'un médecin se trouve en présence d'accidents cholériformes suspects, il doit faire la recherche de l'arsenic dans l'urine.

M. OLLIVIER signale le caractère sanguinolent des matières vomies qu'il a rencontré dans les empoisonnements aigus.

M. BROUARDEL n'a pas rencontré ces vomissements dans les empoisonnements chroniques d'Hyères et du Havre qui, d'ailleurs, n'avaient pas les caractères qu'on attribue généralement aux vomissements des intoxications aiguës ou subaiguës. Ils n'étaient généralement pas douloureux ; ils ne s'accompagnaient pas de cuison et, le plus souvent, on notait de la constipation plutôt que de la diarrhée.

Ce sont même ces caractères qui ont permis de dire que les intoxications chroniques par l'arsenic ont des caractères qui permettent de les diagnostiquer.

PRÉSENTATION

Traitement de l'exstrophie de la vessie. — M. **BERGER** présente une petite fille de neuf ans qu'il a opérée avec succès pour une exstrophie complète de la vessie. Le procédé auquel il a eu recours est le suivant :

Il a commencé par reconstituer un urèthre allant de l'orifice des uretères jusqu'au voisinage de l'anus, par la superposition de deux lambeaux pris aux grandes lèvres, suivant un mode d'opération analogue à celui que Thiersch a préconisé pour la cure de l'épispadias.

Quelque temps après, M. Berger a recouvert la totalité de la surface vésicale au moyen de deux lambeaux adossés par leur surface cruentée.

Enfin, comme il restait en plusieurs points des fistules faisant communiquer la nouvelle cavité vésicale avec la région hypogastrique, une série d'opérations successives a été instituée dans le but d'en obtenir l'oblitération.

Le résultat est aujourd'hui complet, et la totalité des urines déversée au voisinage de l'anus, par le canal de nouvelle formation, peut être recueillie dans un urinal.

Malgré ce résultat opératoire satisfaisant, M. Berger signale les crises vésicales douloureuses dont sa malade est encore atteinte. Il s'agit d'un état de cystite chronique, antérieur aux opérations et que la soustraction de la surface vésicale au contact de l'air a amélioré sans le faire disparaître complètement. Pendant les premiers temps la cavité nouvelle qui tient lieu de vessie était le siège d'incrustations calcaires qui furent à plusieurs reprises extraites par l'urèthre. Cette tendance a disparu depuis que les dernières fistules sont closes, mais, malgré le traitement dirigé contre elles, les crises douloureuses persistent, bien que plus rares. Il s'agit évidemment des conditions anomales dans lesquelles se fait encore actuellement l'émission des urines et que la restauration des voies excrétrices de l'urine est insuffisante à faire disparaître.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Nocard, sur les titres des candidats aux places de correspondants nationaux (3e division, médecine vétérinaire).

Le classement des candidats est le suivant :

En première ligne, M. Peuch (de Toulouse) ; en deuxième ligne, M. Signal (de Villiers) ; et en troisième ligne *ex æquo* : MM. Baillet (de Bordeaux), Cornevin (de Lyon), Galtier (de Lyon), Laulanié (de Toulouse).

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour une place de professeur suppléant, près l'École de médecine de Marseille, vient de se terminer devant la Faculté de médecine de Montpellier, par la nomination de M. le docteur Laplane.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 76. — SAMEDI 6 JUILLET 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 6 JUILLET 1889. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La peptonurie.

Par M. le docteur Paul RAYMOND, ancien interne des hôpitaux.

I

Depuis les travaux de Hoppe Seyler, de Rossel, de Würtz, de Gautier, de Henninger, etc., on considère les peptones comme une hydratation des matières albuminoïdes. C'est Lehmann qui a donné le nom de peptones aux produits ultimes de la digestion gastrique, que Mialhe avait le premier étudiés, en 1852, sous le nom d'albuminose. Les principes albuminoïdes introduits dans l'estomac y subissent donc une hydratation qui les transforme en peptones (1). Ces peptones sont par suite multiples ; il y a une albumine peptone, une fibrine, une caséine, une myosine peptone, etc. Toutes ces peptones diffèrent entre elles et se différencient des matières albuminoïdes par le pouvoir rotatoire. Si Lehmann avait cru devoir reconnaître ces diverses variétés de peptone suivant les différentes matières albuminoïdes qui leur donnaient naissance, d'autres auteurs, Meissner notamment, se plaçant au point de vue chimique, reconnurent, à leur tour, d'autres variétés, la parapeptone, la métapeptone, la dyspeptone, etc. Il est possible qu'en chimie pure il y ait des différences entre toutes ces peptones et pourtant elles ne sont rien moins que prouvées ; il est possible qu'on trouve également des différences dans le pouvoir rotatoire de ces diverses espèces de peptones, mais ces différences sont, en vérité, bien minimes et, au point de vue clinique, le seul auquel nous nous placions ici, on peut, on doit en faire abstraction.

Ce qu'il faut retenir, c'est que toutes les matières albuminoïdes, en s'hydratant, donnent naissance à des produits qui, certes, diffèrent bien un peu entre eux, mais au même titre que différaient les uns des autres les principes dont ils dérivent ; que ces peptones sont bien un produit d'hydratation des albuminoïdes, puisqu'on peut, par exemple, retransformer la peptone en syntonine, en la traitant par l'oxhydride acétique à 80 degrés (Henninger) ou en la chauffant à 140 degrés (Hofmeister), et qu'enfin, il y a surtout à considérer, dans les diverses variétés de peptones, bien plutôt des degrés d'hydratation que des produits véritablement différents.

(1) HENNINGER. *Nature et rôle physiologique des peptones*, 1878.

Les peptones présentent un certain nombre de caractères et, pour rester sur le terrain clinique, en voici deux importants : 1° elles sont essentiellement dialysables et leur pouvoir endosmotique est même considérable (Funke) ; 2° lorsqu'on traite par le sulfate de cuivre, en présence d'un alcali, une solution qui contient des peptones, on voit celle-ci se colorer en violet. De ces deux principes dérivent la notion de la peptonurie et le procédé principal qu'on emploie pour la déceler.

De ces peptones, les unes sont solubles, assimilables, les autres insolubles et non assimilables. On a donné à ces dernières le nom de propeptone d'hémialbumose (Kühne), c'est un intermédiaire, comme le nom l'indique, entre l'albumine et les peptones vraies. La plupart des réactions de l'albumine sont applicables à la propeptone, mais, fait important, non seulement la chaleur ne précipite pas cette dernière, mais elle dissout même ses précipités obtenus par les divers réactifs.

Il y a donc une grande distinction à établir dans les peptones : les peptones solubles, les peptones insolubles ou propeptones. Or, cette distinction se retrouve en clinique, chacune de ces variétés pouvant passer dans l'urine, d'où la peptonurie et la propeptonurie. Toutefois les notions que nous possédons sur cette dernière sont tellement obscures, que nous ne nous occuperons que de la peptonurie.

Les peptones peuvent donc se trouver en dissolution dans l'urine et elles s'y trouvent au même titre que l'albumine dans toutes ses variétés. Il y a quelques années encore on ne recherchait dans l'urine que l'albumine coagulable par la chaleur, l'albumine sérine ; nous savons aujourd'hui que l'urine peut renfermer, en outre, de la globuline, de la peptone, toutes albuminoïdes dont la présence est décelée par des réactifs spéciaux. Or, l'importance de ce fait est majeure : un sujet peut perdre en effet des principes albuminoïdes autres que la sérine, et ce sont ces pertes qu'il importe de démasquer pour avoir l'explication d'un grand nombre de problèmes pathologiques.

De cela encore il résulte que, si la peptonurie peut exister isolément, elle peut aussi coïncider avec l'albuminurie dans ses autres variétés. La peptone se distinguera de l'al-

bumine en ce qu'elle ne sera pas précipitée par la chaleur, l'acide nitrique, le ferrocyanure de potassium. Ajoutons enfin qu'à l'état normal, il n'y a pas de peptonémie. Sauf peut-être, d'après Drosdorff, le sang de la veine porte qui, au moment de la digestion, contiendrait des traces de peptone, le sang de la circulation générale n'en contient qu'à l'état pathologique. Il survient alors une peptonémie dont la conséquence est la peptonurie que nous allons examiner.

Nous ne parlons pas ici, bien entendu, de la peptonémie et de la peptonurie passagères, expérimentales, que l'on obtient en injectant des peptones dans les veines ou dans le tissu cellulaire : elles disparaissent en vingt-quatre heures (Plosz et Gyergyai, Hofmeister, Smidt Mulheim.

Disons cependant que Smidt Mulheim pense qu'il existe toujours de petites quantités de peptones aussi bien dans le sang de la grande circulation que dans le sang de la veine porte, au moment de la digestion (1). Cela donnerait raison à l'opinion de MM. Harley et Mathieu, d'après laquelle l'urine normale contient toujours des peptones, contrairement à ce que pensent Leube et Stokvis.

C'est dire à nouveau que nous ne sommes encore qu'imparfaitement fixés sur la physiologie des peptones. Ce qu'on peut dire c'est que, dans la presque totalité des cas, il n'y a pas traces de peptones dans le sang de la circulation générale, qu'il n'y a peptonémie (non constamment) qu'au moment de la digestion, lorsque, par suite de l'apport excessif de peptones, leur transformation en albumine assimilable se trouve retardée ; que par suite, sauf peut-être la peptonurie consécutive à cette peptonémie transitoire, la peptonurie physiologique n'existe pas et qu'enfin la transformation des peptones en albumine assimilable est extrêmement rapide. Il semble qu'il faille admettre avec Hofmeister que c'est dans l'épaisseur même de la muqueuse du tube digestif que se fait cette transformation, puisque, très nombreuses dans l'intestin, les peptones existent en quantité à peine appréciable dans le sang de la veine porte. Elles augmentent dans l'intestin pendant les six premières heures après l'ingestion des aliments (Hofmeister) et elles se modifient en traversant les parois stomacales ou intestinales, repassant, comme nous le disions, à l'état d'albumine assimilable (expériences de Hofmeister confirmées par celles de Wassermann). Ce dernier auteur arrive aussi à cette conclusion que le sang normal ne contient pas de peptones.

(1) Labadie-Lagrave *Maladies des reins*, 1888, p. 180.

II

Il y a déjà longtemps que quelques cliniciens ont pensé à la possibilité du passage dans l'urine de principes albuminoïdes autres que la sérine et qu'ils ont été conduits à rechercher la nature de cette substance, la peptone, qu'ils précipitaient dans leurs expériences. C'est ainsi que Frerichs, en 1851, Christison, Eichwald semblent avoir reconnu la présence des peptones dans l'urine : néanmoins, il est difficile de dire à quelles substances ces auteurs ont eu affaire, eu égard à l'imperfection des méthodes dont ils se servaient. On pourrait adresser la même critique aux recherches de Gerhardt qui est cependant le premier auteur (1866-1871) qui s'occupe délibérément de cette question et qui montre que « l'albumine latente » n'est autre que la peptone étudiée par Meissner. Gerhardt recherche les peptones dans la diphthérie, la pneumonie, la fièvre typhoïde, l'intoxication phosphorée, etc. Son élève Obermüller, à Würzbourg, en 1873, les recherche dans le mal de Bright. Bientôt Sénator en 1874, Petri à Berlin en 1876, Riess, etc. continuent ces recherches aussi bien dans les maladies générales que dans les maladies du rein. C'est donc aux cliniciens allemands que l'on doit les premiers travaux sur la peptonurie, mais leurs recherches se ressentent de l'imperfection de la méthode expérimentale et c'est aux travaux de l'école autrichienne qu'il faut arriver pour avoir, sur la peptonurie, des notions véritablement exactes.

Avant eux, on savait qu'il y avait deux sortes d'albumine (Harley), l'une précipitable par la chaleur et l'acide nitrique, l'autre que ne décelaient pas les procédés précédents, mais que précipitait l'alcool. Gerhardt montre que celle-ci est identique à la peptone. Les travaux des auteurs qui le suivent, n'ont guère trait qu'à la partie clinique de cette peptonurie.

Avec les travaux de Maixner à Prague, en 1879, on sort de cette période d'indécision. Maixner applique à la clinique les notions fournies par la chimie. Son mémoire sur la présence de l'albumine-peptone dans l'urine et sur les conditions de son apparition, est basé sur 56 observations, comprenant 25 maladies différentes. Il recherche la peptone chez des malades dont l'urine ne contient pas d'albumine, et il la trouve constamment, comme ses devanciers d'ailleurs, dans la pneumonie et l'intoxication phosphorée.

Hofmeister, à Prague, en 1880, perfectionne encore les procédés de séparation des peptones, et il étudie plus spécialement la peptone du pus : il montre que les globules du pus renferment toujours de la peptone. En 1881, von Jaksch, à Prague, étudie la peptonurie dans le rhumatisme articulaire aigu et complète les recherches de Maixner. La même année, Ludwig, à Vienne, se basant sur l'identité des leucocytes et des globules du pus, recherche la peptone dans le sang des leucémiques et l'y trouve constamment. Ces deux derniers auteurs établissent alors certaines des règles qui président à l'apparition de la peptonurie.

En 1883, Jaksch, continuant ses recherches, publie un travail sur la signification clinique de la peptonurie, basé sur près de 800 cas. Ce sont donc les noms de Maixner et de Jaksch qu'il faut mettre en tête d'une étude clinique sur la peptonurie. Grâce aux recherches chimiques de Hofmeister, ils ont pu faire une étude très complète de la peptonurie. C'est donc, somme toute, à l'école de Prague que l'on doit sinon la connaissance, tout au moins les meilleurs travaux sur la peptonurie.

Depuis, la peptonurie a été l'objet de recherches nombreuses dans divers pays.

En France, en 1884, M. Noury fait connaître dans sa thèse les travaux de l'école de Prague : il se borne à exposer l'état de la science sur ce point (1).

Mais déjà, en 1883, M. Quinquaud (2), M. le professeur G. Sée (3) avaient constaté dans certains cas de polyurie la présence de la peptone.

En 1885, Wassermann étudie la peptonurie dans les maladies osseuses et reprend quelques points de la physiologie des peptones (4).

(1) Noury. Thèse de Paris, 1884.
(2) Quinquaud. *Tribune médicale*, 1883, p. 471.
(3) G. Sée. *Semaine médicale*, 2 août 1883.
(4) Wassermann. Thèse de Paris, 1885.

En 1886, M. Georges fait, de la peptonurie et de sa pathogénie, le sujet de sa thèse de doctorat (1).

Signalons encore les recherches de M. le professeur G. Sée (peptonurie dans la dilatation de l'estomac), celles de M. le professeur Bouchard [peptonurie d'origine hépatique] (2), les travaux de Thorion sur l'influence des maladies intercurrentes à peptonurie sur le diabète (3), la revue de Chéron (4), le traité de MM. Lecorché et Talamon, celui de M. Labadie-Lagrave, etc. Mentionnons enfin tout spécialement l'importante leçon consacrée à la peptonurie par M. le professeur Jaccoud dans ses cliniques (5).

A l'étranger, c'est surtout l'école italienne qui occupe la tête du mouvement. Citons les travaux de Pietro Grocco (de Pavie), en 1883 (6), ceux de Maccabruni (7), de Lussana (8), de Mya (9), de Primavera (10), de Barone (11), etc.

Parmi les travaux récents de l'école allemande, citons encore ceux de Fishel, de Kœttnitz (12), etc. Nous reviendrons d'ailleurs sur tous ces travaux qui ne sont indiqués ici que pour donner un aperçu historique de la question.

III

Comment peut-on reconnaître la présence des peptones dans l'urine ? Une foule de procédés ont été proposés, qui présentent tous des avantages et des inconvénients. Déceler la peptone dans l'urine est ou très simple ou très difficile ; très simple, lorsque l'urine ne contient pas d'albumine, très difficile lorsqu'à la peptone se joignent d'autres matières albuminoïdes. Quant au dosage de la peptone, c'est encore une question dont on attend la solution. Il serait fastidieux de passer ici en revue tous les procédés qu'on a employés. Nous n'indiquerons que les plus simples, ceux dont nous nous sommes nous-même servi et qui nous ont paru donner les résultats les plus satisfaisants, tout en n'exigeant pas de manipulations souvent difficiles.

1° L'urine ne contient pas d'albumine, ce dont on s'est assuré en la traitant, par exemple, par le ferrocyanure de potassium et l'acide acétique, ce dernier ayant pour avantage de précipiter la mucine.

On peut alors rechercher les peptones soit par le sublimé (Bouchard), soit par une solution de tannin (mais celui-ci donne parfois un précipité dans les urines les plus normales), soit par la réaction du biuret (coloration violette qu'on obtient en traitant l'urine par une solution de sulfate de cuivre et par la potasse étendue). Toutefois pour se servir de ce procédé, il est nécessaire de décolorer l'urine ; sa couleur jaune masque, en effet, la couleur du biuret.

On peut aussi précipiter les peptones par le réactif de Tanret (iodure double de potassium et de mercure), mais il faut savoir que ce réactif très sensible précipite aussi la xanthine, la créatinine, la guanine (Méhu), les alcaloïdes et même l'acide urique. On peut toutefois obvier à ces inconvénients, par un procédé que nous indiquerons plus loin.

2° L'urine contient de l'albumine : il faut l'éliminer en totalité, avant de rechercher les peptones. C'est là que réside la véritable difficulté, car s'il reste des traces de matières albuminoïdes quelconques, les réactions des peptones leur seront applicables et les résultats seront faussés. Pour séparer l'albumine, beaucoup de procédés ont été employés. Sénator la précipitait par la chaleur et l'acide acétique, puis il précipitait la peptone par l'alcool, mais ce procédé est mauvais et la peptone ainsi obtenue est impure.

Voici les procédés dont se sont servis Maixner et Jaksch, sur les indications de Hofmeister : ils débarrassaient l'urine de toutes les matières albuminoïdes autres que la peptone, la mucine, par une solution d'acétate de plomb, l'albumine par la chaleur et l'acide nitrique ; après filtration, ils traitaient le liquide par le ferrocyanure de potassium et l'acide acétique, jusqu'à disparition complète de tout précipité.

Hofmeister a indiqué ultérieurement un procédé qui est très bon. Il ajoute 10 centimètres cubes d'une solution concentrée d'acétate de soude à chaque demi-litre d'urine, puis du perchlorure de fer jusqu'à coloration rouge sang. Il neutralise avec un alcali. Il maintient ensuite le liquide à l'ébullition jusqu'à précipitation du fer à l'état d'acétate basique et il filtre. Le liquide filtré ne doit plus contenir d'albumine.

L'albumine une fois séparée, il ne reste qu'à isoler les peptones : la plupart des procédés employés présentent des inconvénients en ce sens qu'ils précipitent souvent des matières autres que la peptone. Le procédé de Wassermann est l'un de ceux qui mettent le plus à l'abri des causes d'erreur, mais il est d'une application difficile et exige une grande habitude du laboratoire. Nous ne ferons que le signaler, renvoyant pour sa description à la thèse de l'auteur.

Voici deux procédés qui sont beaucoup plus simples et qui peuvent être considérés comme très suffisamment exacts. Nous nous sommes surtout servi du premier, qui nous semble préférable.

A. *Procédé de Hofmeister*. — L'urine étant exempte d'albumine, on l'additionne de un dixième de son volume d'acide acétique concentré et on y ajoute une solution de phosphotungstate de soude en solution acétique. On recueille sur un filtre le précipité qui se forme aussitôt, on le lave avec de l'acide sulfurique à 4 p. 100 et on le traite par de la baryte. On filtre et, dans le liquide ainsi obtenu, on recherche la peptone par la réaction du biuret, la seule vraiment caractéristique.

B. *Procédé de Georges*. — Il repose, dit-il, sur ce principe qu'en traitant l'urine par le réactif de Tanret, le précipité albumineux ioduré diffère du précipité peptonurique en ce que le premier est tout à fait insoluble à l'ébullition en solution acétique, tandis que le deuxième se dissout complètement vers 80 ou 90 degrés.

Georges précipite donc par la chaleur toute l'albumine coagulable. Il traite ensuite l'urine par l'acide acétique et le réactif de Tanret et il filtre. Il lave le précipité avec de l'eau froide chargée d'acide acétique dans les mêmes proportions que l'urine, puis avec la même eau bouillante, et il recueille cette dernière solution à part. Il suffit de neutraliser pour avoir une solution dans laquelle on recherche

(1) GEORGES. Thèse de Paris, 1886.

(2) BOUCHARD. Leçon recueillie par M. le docteur Legendre, *Union médicale*, septembre 1886.

(3) THORION. Nancy 1887.

(4) CHÉRON. *Union médicale*, 1888, p. 959.

(5) JACCOUD. *Cliniques de la Pitié*, 1886, p. 575.

(6) Pietro GIOCCO. *Annali univers. di medic.*, août 1884.

(7) MACCABRUNI. *Arch. ital. per le mal. nerv.*, Milan 1885, p. 108.

(8) LUSSANA. *Riv. venet. di Sc. med.*, Venise 1886.

(9) MYA. *Gaz. di chir.*, Torino 1886, p. 257.

(10) PRIMAVERA. *Giorn. intern. di Sc. med.*, Naples 1887, p. 41.

(11) BARONE. *Annal. di Obstetrica*, 1887, p. 202.

(12) KŒTTNITZ. *Deutsche med. Wochens.*, 1888, n° 30.

la réaction du biuret. « Parmi toutes les matières précipitées par le réactif de Tanret, il n'y a, dit-il, que lorsqu'on les a redissoutes dans l'eau distillée, que le précipité peptonurique lui donne nettement la réaction du biuret. »

Nous n'insisterons pas davantage sur ces détails chimiques, et nous renvoyons ceux qu'ils intéresseraient aux travaux de l'école de Prague (1) ou à l'excellente thèse de notre collègue M. le docteur Jeanton (2).

IV

Examinons maintenant dans quelles conditions on peut rencontrer la peptone dans l'urine.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de cette question ont recherché la peptonurie dans un grand nombre de maladies et sans but préconçu. Il faut reconnaître que si la plupart de leurs expériences sont confirmatives, il est néanmoins quelques résultats contradictoires. Sans vouloir passer ici en revue toutes les maladies dans lesquelles on a constaté la peptonurie, examinons celles dans lesquelles la présence de la peptone dans l'urine est de règle ou présente quelque intérêt.

Rappelons seulement les recherches de Gerhardt, qui constate la peptonurie dans les phlegmasies : pneumonie, diphthérie, typhus, intoxication phosphorée; celles de ses élèves qui montrent que la peptonurie peut exister dans le mal de Bright, dans diverses affections rénales, etc. L'ère des travaux cliniques importants sur la peptonurie, s'ouvre avec Maixner et von Jaksch. Les recherches de Maixner ont porté sur les maladies les plus différentes. Les résultats les plus intéressants sont fournis par ses recherches dans la pleurésie purulente : Maixner montre que dans celle-ci la peptonurie est constante, tandis qu'elle fait toujours défaut dans la pleurésie séro-fibrineuse simple, comme d'ailleurs dans tous les épanchements séreux; il montre aussi que la peptonurie est d'autant plus considérable que l'exsudat est plus riche en globules blancs. Dans la pneumonie, la peptonurie apparaît dans le stade de résolution, dure tout le temps de la résorption de l'exsudat et disparaît au moment de la guérison. Dans la bronchorrée, Maixner trouve également une peptonurie constante. Dans la tuberculose pulmonaire, certaines affections rénales, il n'obtient que des résultats négatifs.

Von Jaksch fait surtout porter ses recherches sur le rhumatisme articulaire aigu, dans lequel la peptonurie est constante. Il montre que cette peptonurie apparaît lorsque les lésions articulaires vont disparaître, que son apparition est indépendante de la marche de la température, qu'elle est d'autant plus intense que les lésions articulaires sont plus étendues et la résorption de l'épanchement plus rapide. Cette peptonurie ne persiste guère plus de deux ou trois jours après la disparition de la lésion articulaire. Jaksch étudie encore la peptonurie dans d'autres affections. Ses expériences sur la peptonurie de la pneumonie sont confirmatives de celles de Maixner : dans ces cas la peptone ne se montre qu'au moment de la résolution. Dans la phthisie pulmonaire, la peptonurie est constante. Il la trouve inconstante dans l'intoxication phosphorée, tandis que ses prédécesseurs l'y avaient trouvée constamment. Il la recherche, sans la trouver, dans le diabète et diverses maladies infectieuses, dans la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives notamment, mais il la trouve cinq fois sur cinq cas, dans la méningite cérébro-spinale épidémique. Enfin, ces auteurs la signalent dans une foule de maladies, mais tantôt la peptonurie est inconstante, tantôt les recherches n'ont porté que sur un trop petit nombre de cas pour qu'il soit possible de tirer des conclusions précises. Jaksch a rassemblé, avons-nous dit, près de 800 cas portant sur les affections les plus disparates et dans lesquels on a trouvé la peptonurie tantôt constamment, tantôt d'une façon inconstante : dans certaines affections, la peptone ne se montre jamais dans l'urine.

Avec Maixner et Jaksch la question de la peptonurie a fait un grand pas. Dans les années qui suivent leurs recherches, la période d'analyse continue aussi bien en Allemagne que dans les autres pays; mais la période de synthèse ne tardera pas à venir. C'est qu'en effet les expériences sont déjà dirigées dans un but arrêté. Jaksch a montré que la peptonurie apparaît dans tous les processus où il y a suppuration ou exsudat, et qu'elle apparaît dès que cet exsudat commence à être résorbé. Avant lui, Hofmeister avait montré que, dans un liquide purulent, il y avait d'autant plus de peptones que le liquide contenait plus d'éléments figurés, que dans du pus qu'on laissait reposer c'était le dépôt qui renfermait presque toute la peptone, la partie liquide séreuse n'en renfermant que des traces, et qu'enfin, en détruisant les globules du pus par des alcalis, le liquide renfermait plus de peptone (1). Maixner, dit Noury, en analysant l'urine d'un malade atteint de pyélo-néphrite, fut frappé de l'intensité de la réaction du biuret. Or, cette urine renfermait du pus en abondance : de là à rattacher à l'existence du pus l'origine de la peptone, il n'y avait qu'un pas.

On ne tardera donc pas à rechercher de parti pris les peptones dans tous les cas où il pourra y avoir destruction des globules du pus, hyperproduction de leucocytes, résorption de ces éléments par le sang.

Ce sont d'abord les recherches de Ludwig (de Vienne) sur la peptone des globules blancs, des leucocytémiques, puis celles de Jaksch sur l'apparition de la peptonurie dans le rhumatisme sous l'influence de la destruction par le salicylate de soude des globules blancs du liquide épanché.

En France, Wassermann, partant de ces mêmes données, pense que la peptonurie doit exister dans toutes les maladies suppuratives : il la recherche et la trouve constamment dans treize affections osseuses ayant déterminé la suppuration : ostéite, ostéomyélite, coxalgie, carie, nécrose. Il montre que dans ces affections la peptone disparaît de l'urine lorsque le foyer de suppuration est tari ou vidé, d'où il conclut avec les auteurs précédents que la peptonurie présente une relation de cause à effet avec la suppuration et l'existence d'un dépôt plastique.

La même année (1884), MM. le professeur Sée et A. Mathieu, M. le professeur Bouchard étudient la peptonurie dans la dilatation de l'estomac. On a recherché, disent MM. le professeur Sée et A. Mathieu (2), s'il ne se rencontrerait pas, dans les excreta des dilatés, quelque substance incomplètement modifiée par la digestion, et en conséquence incomplètement assimilée par l'organisme, dont la présence

(1) Hofmeister. *Prag. med. Wochens.* 1880, n° 33; — Maixner. *Prag. Viertelj.*, 1879, p. 75; — V. Jaksch. *Prag. med. Wochens.*, 1881, et *Zeitschr. f. Klin. Med.*, 1883, n° 6.

(2) Jeanton. Thèse de Paris, 1888.

(1) Hofmeister. *Zeistchr. f. Physiol chemie*, 1880, p. 268.

(2) G. Sée et A. Mathieu. *Revue de médecine*, 1884, p. 708.

indique précisément combien la transformation chimique des aliments était imparfaite. La peptone trouvée dans l'urine a peut-être à ce point de vue une signification importante. M. Bouchard montre que la peptonurie apparaît ordinairement dès le début de la dilatation stomacale, qu'elle est fréquente et plus ou moins durable. Il l'a rencontrée environ 16 fois sur 100. Ce ne serait pas seulement dans les affections du tube digestif qu'on pourrait rencontrer la peptonurie, mais encore dans quelques-unes des affections de ses annexes, dans certaines affections du foie notamment. M. Bouchard, rappelant que les premiers auteurs qui ont fait porter leurs recherches sur la peptonurie l'ont précisément rencontrée dans les maladies du foie, la signale 20 fois sur 76 malades présentant un gros foie. On sait que M. le professeur Bouchard a particulièrement étudié ce trouble fonctionnel du foie caractérisé par l'augmentation de volume de la glande hépatique et par le trouble de ses fonctions, de sa fonction glycogénique notamment. Cette tuméfaction du foie coïncide précisément, dans la plupart des cas, avec la dilatation de l'estomac. Quoi qu'il en soit, la peptonurie est fréquente dans les cas de congestion passagère du foie, accompagnée ou non de dilatation de l'estomac.

Dans le même ordre d'idées, il faut citer les recherches de M. Alison (1) qui trouve la peptonurie dans la lithiase biliaire et accorde même une importance spéciale à cette constatation pour le diagnostic des formes larvées de la lithiase biliaire.

Depuis trois ou quatre ans, les recherches sur la peptonurie se sont multipliées, surtout à l'étranger. Ce symptôme a été rencontré dans les affections les plus différentes.

Fishel l'a trouvée presque constamment dans l'urine de nouvelles accouchées. Pour Barone, elle existe aussi dans tout accouchement normal. Le premier jour de l'accouchement elle serait peu abondante; elle augmenterait le second et le troisième jour, et le quatrième jour elle atteindrait son maximum. La peptone subit alors une décroissance interrompue seulement par une légère augmentation vers le huitième ou neuvième jour. Au onzième jour on ne la trouverait plus. Elle manque si le fœtus est macéré ou bien elle n'existe qu'en très petite quantité. Trozzi a confirmé ces recherches. Ce n'est pas d'ailleurs seulement après l'accouchement qu'on rencontrerait la peptonurie : celle-ci existe aussi pendant le travail et même pendant les derniers jours de la grossesse. Récemment, Kœttnitz a continué ces recherches sur la peptonurie de la grossesse et, d'après lui, ce signe permettrait d'affirmer que le fœtus est mort. Chaque fois qu'il a trouvé la peptonurie, le fœtus était mort; il attribue donc à la constatation ou à l'absence de la peptonurie une grande valeur diagnostique et pronostique. On voit que les expériences de Kœttnitz ne concordent pas tout à fait avec celles de ses devanciers.

Citons enfin, comme elles se présentent, les recherches de l'école italienne.

Grocco Pietro étudie la peptonurie dans certaines maladies générales, l'impaludisme, le purpura, la septicémie. Les processus morbides locaux qui déterminent la peptonurie sont, d'après lui, presque exclusivement de nature inflammatoire avec tendance à la suppuration. Parmi ces processus il cite notamment les néphrites. Il a également constaté la peptonurie dans les très rares circonstances pathologiques où s'observe un développement rapide d'une néoplasie maligne.

(1) Alison. *Archives générales de médecine*, 1887.

Nous passons sur les observations ou les revues de Mya, Lussana, etc., mais nous devons mentionner le travail de Maccabruni sur la peptonurie des aliénés. Voici les conclusions de ce travail :

Les aliénés tranquilles se trouvent dans les conditions des sujets sains et ne présentent pas de peptonurie. La forme de la maladie mentale n'a aucune influence sur la fréquence de la peptonurie. Chez les aliénés agités on observe moins rarement de la peptonurie, et chez ceux qui sont affectés d'une maladie intercurrente on l'observe avec une certaine fréquence. La peptonurie coïncide souvent avec la fièvre, mais ce n'est pas là une condition indispensable. La peptonurie chez les agités fait penser à une maladie latente ou à une altération des échanges consécutive à cette vive agitation. La peptonurie, dans les maladies intercurrentes des aliénés, est relativement plus fréquente dans l'acmé de la maladie et dans la période de résolution, dans les processus inflammatoires aigus, gangréneux, tuberculeux, et dans les fièvres d'infection qui altèrent profondément les échanges moléculaires. La peptonurie manque dans la manie des pellagreux, chez les sitophobes, les épileptiques, les hystériques. Elle peut être un critérium important chez les aliénés pour mettre sur la voie d'une maladie latente, quand l'individu ne présente pas d'autre signe de la maladie.

V

La plupart des auteurs, qui avaient constaté la présence de la peptone dans l'urine, cherchaient à en donner l'explication.

Gerhardt pensait qu'on la rencontrait chez tous les sujets dont la température dépassait, pendant un certain temps, 40 degrés, et que la peptonurie présentait une certaine corrélation avec l'albuminurie ordinaire. Maixner conclut qu'elle peut être l'indice d'une maladie générale, mais aussi d'une maladie locale, et Hofmeister qu'elle est liée à une désintégration des globules du pus.

Comme le dit Noury dans sa thèse qui, nous l'avons vu, ne vise qu'à faire connaître en France les travaux de l'école de Prague, la peptonurie se montre dans deux groupes d'affections bien distinctes : affections locales, affections générales.

Dans les affections locales elle est liée à la résorption d'un exsudat riche en éléments cellulaires. Dans ces cas les conditions qui influent sur l'apparition, la marche, l'abondance et la durée de la peptonurie sont en rapport, les unes avec l'exsudat lui-même (abondance, richesse en globules, désorganisation et résorption plus ou moins rapide de ces mêmes globules, etc.), les autres avec l'état des parois qui les renferment (étendue de la paroi, perméabilité, vascularité, compression par l'épanchement, ancienneté de l'affection) conditions qui font que l'exsudat est résorbé ou non.

Dans les affections générales, la peptonurie semblerait se rattacher à une désorganisation de la masse des leucocytes. La peptonurie n'a donc aucun rapport avec l'hyperthermie, non plus d'ailleurs qu'avec l'albuminurie avec laquelle elle peut coïncider, mais comme simple coexistence de deux processus bien distincts.

La peptonurie apparaît lorsque l'exsudat commence à être résorbé, cesse lorsque cet exsudat a disparu. Elle

manque dans les différents processus non suppuratifs.

La peptonurie d'ordre pyogénique est fondée (Hofmeister, von Jaksch), mais elle ne rend pas compte de tous les faits.

Hofmeister avait déjà montré que les globules blancs fixaient la peptone. Ludwig, nous l'avons vu, pense que le sang des leucémiques est très riche en peptone. Jaksch montre que, dans le scorbut, le sang est chargé de détritus de globules blancs, et de la destruction de ces derniers résulte la peptonémie, puis la peptonurie. De même dans l'intoxication phosphorée, il pense qu'il s'agit encore d'une destruction des globules blancs par dégénérescence graisseuse.

C'est la peptonurie hématogène. Tandis que la première s'explique par la destruction des leucocytes d'un foyer purulent de nouvelle formation, la seconde s'explique par la destruction des globules blancs normaux du sang. Peut-être pourrait-on rattacher à cette classe la peptonurie de l'anémie pernicieuse, celle des fièvres éruptives, et surtout celle des maladies infectieuses. Georges se demande même si, dans les processus infectieux, il n'y a pas un ferment figuré qui se fixe sur le leucocyte et y joue le rôle de « digesteur », puisque, dit-il, on rencontre la peptonurie dans la plupart des maladies infectieuses. Il faut lui rattacher certainement la peptonurie d'origine toxique.

En dehors de la peptonurie pyogénique, de la peptonurie hématogène, il a fallu, pour expliquer tous les faits, admettre des peptonuries de tout autre ordre.

Pour expliquer la peptonurie rencontrée dans le cancer de l'estomac, dans la fièvre typhoïde, Maixner a admis que les peptones qui, à l'état normal, sont déshydratées, transformées au moment de leur passage à travers la muqueuse intestinale saine, sont absorbées par cette muqueuse ulcérée et qu'elles pénètrent en nature dans le sang, d'où peptonurie consécutive. La peptonurie pourra donc se montrer chaque fois qu'en un point de l'estomac ou du tube digestif, l'épithélium faisant défaut, les peptones seront directement résorbées (affections catarrhales ou ulcéreuses du tube digestif, par exemple). C'est la peptonurie entérogène. A cette variété se rattache vraisemblablement la peptonurie de la dilatation de l'estomac.

A côté d'elle se place la peptonurie hépatique de M. le professeur Bouchard. A l'état normal, le foie arrête et transforme les peptones qui sont en liberté dans le sang, comme il arrête et transforme tous les produits toxiques de l'économie. (Les peptones sont en effet très toxiques, 1gr 69 de peptone suffit pour tuer 1 kilogramme d'animal, d'après M. Bouchard.)

Si, pour une raison quelconque, les fonctions du foie sont suspendues, le sang pourra se surcharger de peptones. C'est ce qui se produirait dans les cas d'altérations graisseuses du foie, dans les processus fébriles, dans tous les troubles fonctionnels du foie. Or, il est possible que la peptonurie, liée à la dilatation de l'estomac, soit sous la dépendance d'un de ces troubles fonctionnels. Si l'on songe, en effet, que, dans un quart des cas de dilatation stomacale, M. Bouchard a trouvé un foie gros, tuméfié, fonctionnant mal, qui est bien mieux connu en clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique, on doit convenir que cette hypothèse n'a rien que de très vraisemblable. Dans ces cas, le foie laisse passer les peptones. Néanmoins, M. Bouchard est loin de conclure que tous les cas de peptonurie dans la dilatation de l'estomac doivent s'expliquer par la congestion passagère du foie. En effet, il existe un aussi grand nombre de cas dans lesquels, le foie n'étant pas tuméfié, il y a pourtant peptonurie : force est donc d'admettre que la peptonurie, dans ces cas, tient à un trouble des fonctions digestives, mais dont le mécanisme n'est pas encore élucidé.

On a encore considéré d'autres variétés de peptonurie : la peptonurie histogène, par exemple, qui se produirait chaque fois que des éléments nouveaux se forment en grand nombre et se détruisent. C'est dans le cancer, dans les sarcomes, qu'on trouverait cette peptonurie. Il semble, en effet, qu'une formation rapide de cellules jeunes s'accompagne de production de peptones contenues dans ces cellules, mais il faut que ces cellules se détruisent pour que les peptones soient mises en liberté et passent dans l'urine.

Ajoutons, enfin, la peptonurie puerpérale et la peptonurie rénale. La peptonurie puerpérale serait sous la dépendance, d'après Trozzi, d'un trouble de la nutrition générale. Elle serait liée à l'évolution utérine, mais il faut bien dire que, si la peptonurie a été signalée, comme nous le disions plus haut, à la fin de la grossesse ou au moment de l'accouchement, l'interprétation de ce fait reste obscure, et qu'il faut attendre, pour être fixé sur son compte, des recherches nouvelles.

Quant à la peptonurie rénale, elle mérite qu'on s'y arrête : elle a été, en effet, le sujet de nombreuses discussions. Sénator, Petri, les premiers, avaient signalé la peptone dans l'urine des malades atteints de néphrite aiguë ou chronique : plus tard, nous l'avons vu, les élèves de Gerhardt, puis Maixner recherchent la peptonurie dans les diverses affections rénales. Pohl prétend qu'on ne la rencontre pas si l'urine est acide. Sénator pense qu'elle est excrétée en même temps que l'albumine. D'après Pacanowski, si l'urine devient ammoniacale, on voit diminuer les peptones dans cette urine albumineuse. D'après M. Bouchard, la peptone manque souvent, si la quantité d'albumine est considérable. Pour Grocco, la peptonurie est un fait morbide totalement indépendant de l'albuminurie. Mya pense que, dans une urine albumineuse, les peptones se produisent par l'action sur l'albumine d'un ferment urinaire. Pour M. Lecorché, il est très difficile de rechercher les peptones dans une urine fortement albumineuse. Enfin, d'après Fenomenow, la peptone se forme dans la vessie, lorsque les urines albumineuses et acides renferment des cellules épithéliales desquamées, des leucocytes, des hématies : si l'urine devient neutre, la production de peptone s'arrête. Il semble, en résumé, que la peptonurie rénale soit surtout une peptonurie vésicale : une urine albumineuse ne contient de la peptone qu'à condition d'être acide et, si elle est très albumineuse, il y a beaucoup de chances pour qu'elle ne renferme que peu ou pas de peptone. Contrairement à ce que pensait Sénator, il ne semble pas que la peptone soit sécrétée en même temps que l'albumine. D'après M. Bouchard, lorsque la peptonurie existe en même temps que l'albuminurie, elle dépend comme cette dernière d'une même cause qui lui est commune. « Chez quels malades voit-on d'ordinaire cette association? Dans les maladies infectieuses, les fièvres, dans certaines maladies du foie; dans ces cas, on peut expliquer la peptonurie par des exsudats, des abcès, des épanchements et la peptonurie peut apparaître lors de la destruction des leucocytes accumulés dans les lésions. Dans ces maladies, l'albuminurie est aussi presque constante. Elle peut résulter d'une néphrite infectieuse, d'un trouble de la nutrition, d'une lésion du foie, de troubles circulatoires. La peptonurie et l'albuminurie

peuvent se rencontrer ensemble, mais elles peuvent être dues à des processus indépendants sans qu'il soit nécessaire d'invoquer la transformation de l'albumine en peptone, soit dans les voies d'excrétion, soit dans des vases où on a recueilli l'urine. Rien ne démontre donc la peptonurie rénale (1). » C'est aussi à cette conclusion qu'arrive M. Jeanton dans sa thèse (2). La peptonurie qui apparaît dans les maladies brightiques, dit M. Jaccoud, est subordonnée à l'état du sang et non à l'état des reins (3).

VI

En résumé, on a cherché à expliquer la peptonurie par des mécanismes nombreux et différant complètement les uns des autres. Toutes ces divisions sont purement artificielles, d'ailleurs, et on pourrait les multiplier encore sans aucun profit. Ce qu'on peut dire, c'est que la peptonurie se produit dans des circonstances diverses, que les conditions qui en déterminent l'apparition sont multiples et qu'on peut aujourd'hui les grouper sous quelques chefs, les uns bien établis, les autres encore sujets à caution.

La peptonurie se montre :

1° Lorsqu'il y a dans l'organisme, à la suite d'une hyperproduction de globules blancs, destruction de ces globules. Il faut, en effet, qu'il y ait destruction globulaire, pour que la peptonurie apparaisse. Dans la leucémie, par exemple, les leucocytes sont très nombreux, mais il n'y a pas peptonurie.

Comme exemple, on peut citer la peptonurie qui survient à la suite de la résorption d'un exsudat, de la pleurésie purulente, de la pneumonie, des cavernes des phthisiques, de la bronchorrée, du pyo-pneumothorax, des maladies osseuses suppuratives, du rhumatisme articulaire aigu (destruction des globules blancs par le salicylate de soude), etc. Dans tous ces cas, la peptonurie apparaîtra pourvu que les vaisseaux soient perméables et que la résorption se fasse.

2° Lorsqu'il y a destruction des leucocytes normaux du sang pour une raison quelconque. Exemple : scorbut, intoxication phosphorée, maladies infectieuses.

L'explication de ce fait est tout entière dans cette notion que les globules blancs contiennent de la peptone et que, lorsqu'ils se détruisent, la matière protéique est mise en liberté et s'élimine par l'urine.

3° Lorsque les peptones se forment dans l'économie en trop grande quantité et que les globules blancs du sang, ne pouvant plus les fixer, les laissent échapper. Exemple : peptonémie transitoire de la digestion par hyperproduction de peptones dans le tube digestif (cette transformation exagérée des albuminoïdes en peptones n'est, nous l'avons dit, rien moins que prouvée); néoformation cellulaire rapide et excessive (cancer, sarcome), désintégration des cellules agglomérées; apport brusque d'une grande quantité de peptones dans le sang.

4° Lorsque les peptones ne peuvent plus se transformer en albumine assimilable en traversant les parois intestinales, ou lorsque, charriées par le sang, elles ne sont plus détruites en traversant le foie. Exemple : peptonurie dans les affections de l'estomac, dans les ulcérations du tube digestif, dans les troubles fonctionnels du foie (peptonuries entérogène de Maixner, hépatique de M. Bouchard).

En dehors de ces circonstances pathogéniques, la peptonurie apparaît encore dans des conditions qui, dans l'état actuel de la science, nous échappent absolument; la peptonurie liée à la grossesse, par exemple, et, si tant est qu'elle soit réelle, la peptonurie liée à l'albuminurie.

Dans toutes ces conditions, dans d'autres peut-être encore que l'avenir nous apprendra, car, on le voit, cette question de la peptonurie est encore neuve et à l'étude, dans ces conditions, disons-nous, les peptones passent dans l'urine. Mais, fait inexpliqué, ce n'est pas constamment que la peptonurie se montre, ce n'est pas dans tous les cas d'une même maladie donnée qu'on la constate. D'après M. Georges (1), la peptonurie est même beaucoup plus rare qu'on ne le croit généralement, même dans les maladies où on la considérait comme habituelle. Pourquoi ? Il y a là encore un fait qui nous échappe. D'après le même auteur, il faut savoir aussi que, lorsque les peptones se trouvent dans l'urine, elles n'y sont souvent qu'en petite quantité et qu'on en trouve un peu plus dans les urines de la nuit que dans celles du jour.

De tout ceci, on peut conclure que des recherches sont encore nécessaires pour que nous soyons complètement édifiés sur la peptonurie, sa fréquence, son abondance, ses conditions de développement, sa durée, pour que nous sachions surtout pour quelles raisons elle ne se rencontre pas constamment dans les mêmes maladies, etc. Ces recherches doivent être entreprises à la lumière des notions chimiques actuelles, afin de se mettre à l'abri des causes d'erreur que nous signalions chez les premiers auteurs qui se sont occupés de cette question.

Disons cependant, que si l'on ne trouve pas toujours des peptones dans les cas où il devrait en exister, cela peut tenir à ce fait, comme le dit très bien Wassermann, que les peptones ne sont pas absorbées, car la diffusibilité des peptones, tout en étant supérieure à celle des albuminoïdes, peut être entravée si le liquide extérieur dans la dialyse est légèrement alcalin ou acide (Wittick, Henninger).

Cela peut tenir aussi à ce qu'on recherche la peptonurie à un moment où elle ne doit pas exister. On sait, en effet, que dans tous les exsudats purulents, c'est au moment de la résorption qu'il faut rechercher la peptone dans l'urine, que celle-ci n'en contient plus bientôt après la disparition du pus ou la guérison du foyer à peptones.

Dans la fièvre typhoïde, dans la scarlatine, c'est au moment de la défervescence de la maladie, de la convalescence que Pacanowski a trouvé la peptonurie.

Dans la pneumonie, c'est un peu avant la défervescence que commence l'élimination, le maximum se trouvant au moment de la crise et dans les jours suivants.

Dans la pleurésie purulente, si la pression thoracique est trop considérable, la résorption se fait mal et le maximum de la peptonurie ne sera atteint que lorsque l'absorption se fera mieux.

Dans le cancer de l'estomac, il y a aussi dans la peptonurie des variations qui tiennent aux dimensions de l'ulcération, aux vomissements, etc. En un mot, il y a là encore un grand nombre de conditions qui doivent être précisées, si l'on veut avoir, dans la recherche de la peptonurie, des résultats exacts et qui puissent servir.

---

(1) Legendre. Loc. cit., p. 591.
(2) Jeanton. Loc. cit., p. 132.
(3) Jaccoud. Loc. cit., p. 583.

(1) Georges. Loc. cit., p. 86.

VII

On a discuté, en effet, la valeur de la peptonurie. Les uns l'ont considérée comme un symptôme intéressant à étudier au point de vue scientifique, mais sans aucune application pratique possible; les autres, au contraire, lui ont concédé une valeur diagnostique et même pronostique sur laquelle il importe d'être fixé.

Il est certain qu'il existe des cas dans lesquels des indications diagnostiques précises ont été tirées de la constatation même de la peptonurie. Von Jaksch insiste sur ce fait que la peptonurie constatée dans un cas de méningite doit faire penser à la méningite cérébro-spinale épidémique et faire éliminer la méningite tuberculeuse, celle-ci ne s'accompagnant jamais de peptonurie.

Dans les cas de suppurations profondes, on pourra déduire de la présence ou de l'absence des peptones dans l'urine des considérations importantes, surtout lorsque les symptômes habituels feront défaut ou lorsque ces suppurations surviendront chez des sujets qui ne pourront les accuser, chez des aliénés, par exemple. Nous avons signalé les recherches de Maccabruni sur ce sujet et il est facile de voir qu'il y a là une application aussi intéressante qu'importante de la notion de la peptonurie.

Von Jaksch rapporte un fait dans lequel on put, en trouvant des peptones dans l'urine, diagnostiquer la rupture d'un kyste de l'ovaire. D'autres exemples sont signalés dans lesquels la peptonurie a pu faire penser à un foyer purulent, à une néoformation cellulaire de mauvaise nature, etc.

Quelle est la valeur de la peptonurie pour différencier un exsudat simple d'un exsudat purulent? On avait cru un moment pouvoir faire grand fonds de la peptonurie pour connaître de la nature d'un épanchement pleural, par exemple. On pensait que la peptonurie ne se montrait que dans les cas de pleurésie purulente, mais il semble établi que la peptonurie ne peut être invoquée comme un signe différentiel entre un exsudat simple et un exsudat purulent. Elle peut être tout au plus considérée comme un symptôme de probabilité.

Dans les processus pathologiques locaux, la peptonurie doit faire penser à une affection inflammatoire probablement suppurative.

Voilà, certes, quelques exemples qui montrent bien qu'il y a plus qu'un intérêt scientifique qui s'attache à cette question de la peptonurie. Mais nous pensons qu'elle peut acquérir une véritable importance dans un certain nombre de cas : en premier lieu, lorsqu'on aura fixé, d'une façon positive, quelles sont les conditions dans lesquelles se montre la peptonurie, quelles sont celles dans lesquelles elle fait défaut. Pour prendre un exemple, nous savons, aujourd'hui, que c'est immédiatement avant la défervescence que commence la peptonurie dans la pneumonie; nous savons que, dans la fièvre typhoïde, dans la scarlatine, la peptonurie est un des premiers signes de la convalescence ; il n'est pas besoin d'insister pour montrer l'importance pronostique que peut prendre dans certains cas une telle notion. Cette importance ne sera pas moindre, lorsque nous saurons quels sont les sujets qui, atteints d'une maladie dans laquelle la peptonurie est de règle, ne présentent pourtant pas de peptones dans leurs urines.

Nous pensons aussi que, chez un malade qui se dénourrit, la recherche des peptones dans l'urine pourra donner de précieuses indications. Cette recherche même s'impose à l'heure présente. Nous savons, en effet, que ce n'est pas seulement sous la forme d'albumine sérine que peut se faire la déperdition de l'organisme en matières albuminoïdes; ce peut être aussi en peptones. Or, un malade qui est atteint de peptonurie n'assimile pas : il perd des principes nutritifs. Nous ne savons pas à la vérité pourquoi ces principes nutritifs au lieu d'être utilisés sont excrétés, mais pourquoi ne le saurions-nous pas dans un avenir rapproché? Ce que nous savons déjà, c'est que cette déperdition seule peut donner lieu à des troubles graves dans le fonctionnement de l'organisme. Nous reviendrons sur ce point dans un instant.

Dans tous les cas de déchéance de l'économie que nous ne savons expliquer, il sera donc prudent d'examiner l'urine au point de vue de la possibilité de la peptonurie. C'est qu'en effet, celle-ci ne résulte pas seulement de l'irruption brusque dans le sang d'une quantité plus ou moins considérable de leucocytes chargés de peptones, comme cela se voit, par exemple, dans la résorption d'un exsudat purulent; elle est aussi la conséquence d'un vice de répartition de ces principes protéiques, vice de répartition dont nous ignorons, il est vrai, le mécanisme, mais qui n'en est pas moins réel, le diabète peptonurique en témoigne de reste.

N'oublions pas, enfin, que cette question de la peptonurie est encore à l'étude : il serait téméraire de préjuger, dès aujourd'hui, son avenir, mais nous croyons pourtant que c'est là une recherche qui a sa place marquée en clinique et qu'elle donnera le plus souvent au praticien des renseignements utiles. C'est en nous plaçant à ce point de vue que nous avons cherché à indiquer quelques-uns des points sur lesquels devaient porter les recherches ultérieures pour permettre de tirer, de la peptonurie, des indications qui puissent servir au diagnostic et au pronostic.

Ces indications ont été d'ailleurs déjà signalées : elles ont conduit à l'étude d'une forme spéciale de polyurie, la polyurie peptonurique, affection sérieuse, consomptive, évoluant comme les autres variétés de diabète, ainsi que l'a fort bien montré M. Quinquaud qui, étudiant le premier cette maladie, lui a donné le nom de diabète peptonurique.

Ce type morbide se caractérise par l'amaigrissement, la polyurie, la polydipsie et peut aller jusqu'à la cachexie. Les urines sont de faible densité, abondantes, ne précipitant pas par la chaleur, ni par l'acide nitrique; elles dévient à gauche le plan de polarisation et tous les réactifs montrent qu'elles renferment une grande quantité de peptones. Les malades ressemblent beaucoup à des polyuriques simples. La maladie survient accidentellement sans qu'on puisse toujours en retrouver la cause : on note des émotions vives, le refroidissement brusque, comme étiologie possible. Il y a là un défaut d'assimilation qui en fait une maladie générale, une vraie dystrophie, dont la cause paraît être d'origine nerveuse. Ainsi donc, en dehors des peptonuries secondaires, consécutives, il faudrait reconnaître une peptonurie primitive associée à la polyurie.

A la même époque (août 1883), M. le professeur G. Sée, nous l'avons dit, consacrait une clinique à l'étude d'un malade atteint de polyurie peptonurique et présentant les mêmes symptômes que les malades de M. Quinquaud.

Indépendamment de ce diabète peptonurique, en quelque sorte primitif, il existerait, d'après M. Quinquaud qui en

rapporte un exemple, un diabète peptonurique secondaire, en ce sens qu'il succède au diabète vrai, glycosurique. La glycosurie commence et la peptonurie finit, seule ou associée à la glycosurie.

Dans sa clinique déjà citée, M. le professeur Jaccoud fait ressortir l'importance de cette constatation. Il a montré, on le sait, la gravité que revêtait le diabète sucré, lorsque l'azoturie venait compliquer la glycosurie. Elle annonce la période d'amaigrissement, la phase ultime du diabète. Or, il est possible que la peptonurie, traduisant la même déperdition en matières azotées, ait la même signification pronostique. C'est encore là une question que les recherches ultérieures devront élucider : c'est encore un point qui montre l'importance que peut prendre, dans certains cas, la recherche des peptones dans l'urine.

Terminons enfin cet aperçu des rapports de la peptonurie avec les différents diabètes, en mentionnant l'influence que peuvent avoir les maladies intercurrentes à peptonurie sur le diabète sucré. Lorsqu'une urine contient de la peptone, dit M. Thorion (loc. cit.), celle-ci retarde ou empêche même la réduction de la liqueur de Barreswill par la glucose. Il peut ne se former qu'un précipité vert qui reste en suspension dans la masse du liquide. Il peut donc arriver, chez des malades atteints en même temps de peptonurie, que la glycosurie soit méconnue totalement si elle est peu prononcée ou que la quantité de sucre trouvée dans les urines soit beaucoup moindre qu'elle ne l'est en réalité. Le fait s'est produit certainement et là peut-être est l'explication de l'influence sur le diabète qu'on a cru pouvoir attribuer à d'autres affections (scarlatine, pneumonie, fièvre gastrique, par exemple, diminuant ou supprimant momentanément la glycosurie). On sait, en effet, combien est fréquente dans ces maladies la peptonurie. M. Thorion pense donc que la diminution ou la suppression de la glucose qui paraissent se faire sous l'influence de certaines maladies, sont la plupart du temps, sinon toujours, factices et tiennent à l'apparition de la peptone dans les urines. Il faudra donc procéder à l'élimination préalable de cette peptone dans l'examen d'une urine sucrée, si l'on ne veut pas attendre plusieurs heures que la réaction puisse se produire dans le tube d'essai et cela sous la condition que la quantité de glucose soit environ deux fois plus forte que celle de peptone contenue dans l'urine.

N. B. — La rédaction de cette Revue était déjà terminée, lorsqu'a été soutenue la thèse du docteur Isaakidès (1). L'auteur s'occupe plutôt de la propeptonurie dont il rapporte une observation, résumant seulement les travaux sur la peptonurie. Il pense que la signification clinique de la peptonurie et de la propeptonurie est la même : nous demandons à faire quelques réserves sur cette opinion. Il pourrait bien se faire que la présence de la propeptone dans l'urine ne fût pas toujours pathologique. En outre, les notions que nous possédons sur la propeptonurie sont, comme nous le disions en commençant, beaucoup trop sommaires, pour qu'il soit permis, d'ores et déjà, de « confondre dans une même étude ces deux phénomènes qui se tiennent de si près ». C'est là encore une affirmation que nous ne pouvons accepter.

(1) Isaakidès, *Contribution à l'étude de la peptonurie et de la propeptonurie*, 15 mai 1889.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies du cœur, étiologie et clinique (1), par le professeur G. Sée.

Le présent volume fait partie du Manuel publié par MM. G. Sée et Labadie-Lagrave, sous le titre de Médecine clinique : il en constitue le tome VII. Il est exclusivement consacré à l'étiologie et à la clinique des maladies du cœur. Le second volume comprendra le pronostic, le diagnostic et le traitement.

Depuis une quinzaine d'années d'ici, l'histoire des maladies du cœur s'est beaucoup modifiée. La découverte de l'auscultation avait amené à ranger surtout les divers types des cardiopathies d'après l'insuffisance ou le rétrécissement de tel ou tel orifice auriculo-ventriculaire, aortique ou pulmonaire. Ce souci de la lésion orificielle dominait la clinique des maladies du cœur : au lit du malade, il fallait toujours reconnaître quel orifice était atteint. Cette localisation quand même était souvent forcée.

D'autre part, sous l'impulsion de Bouillaud, c'est au rhumatisme articulaire aigu et à l'endocardite que l'on rapportait la plupart, sinon la totalité des affections du cœur et de son enveloppe séreuse.

Des travaux nombreux ont donné une place importante à la lésion du myocarde, oublié depuis Corvisart, et surtout aux artères qui règlent la nutrition du cœur. Le rétrécissement des artères nourricières, soit au niveau de leur émergence, soit sur le parcours du tronc des coronaires, soit par suite de l'artérite au niveau des artérioles, est de nature à entraver singulièrement l'intégrité et le fonctionnement des ventricules. La sclérose périvasculaire, les dégénérescences cellulaires peuvent être et sont souvent la conséquence de ces modifications dans l'état anatomique des artères. Et ces modifications ne sont pas le privilège du cœur, elles portent également sur le système circulatoire des reins, du cerveau, du foie, etc. Il y a donc de nombreuses cardiopathies indépendantes des lésions orificielles et de l'endocardite, liées ou non aux manifestations plus ou moins généralisées de l'artério-sclérose.

Ce n'est pas tout. Les recherches récentes sur l'étiologie des maladies infectieuses, les découvertes faites en microbiologie ont retenti de leur côté sur l'étude des cardiopathies. L'intervention des microbes a été démontrée dans les lésions attribuées à l'endocardite. Du coup, on a beaucoup mieux compris la nature et l'origine des endocardites, des endocardies, dit M. le professeur G. Sée. Le rhumatisme n'y a rien perdu, mais on a rangé près de lui bon nombre de maladies infectieuses, dont les agents pathogènes avaient pu venir s'implanter sur quelque point de l'endocarde, surtout des valvules, et y déterminer des lésions à tendance régressive ou progressive.

L'intervention dans la pathogénie des maladies du cœur de cet élément parasitaire, l'avènement des cardiopathies non orificielles, la prépondérance du rôle pathologique du muscle et de ses artères nourricières, la concomitance des lésions des coronaires et des artérioles qui en dérivent avec des lésions du système artériel dans son entier ou dans tel ou tel de ses départements : ce sont là les points cardinaux de la pathologie cardiaque telle qu'on doit maintenant la concevoir.

M. le professeur G. Sée s'est surtout inspiré de cette évolution et de ce remaniement dans son nouveau Traité des maladies du cœur.

Il distingue des types cliniques différents, d'autant plus légitimes qu'ils correspondent le plus souvent à de véritables types anatomo-pathologiques. Il suffit de les passer en revue pour avoir une idée très précise de l'ordonnance générale de son livre et de l'esprit qui a présidé à sa conception et à son élaboration.

Le premier type comprend les *endocardies*, c'est-à-dire les

(1) In-8°. Tome Ier. Prix : 12 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

déterminations anatomo-pathologiques et les manifestations symptomatiques produites par la localisation de l'élément infectieux sur l'endocarde.

Le deuxième type est le *type valvulaire*. Il s'agit des conséquences fonctionnelles des lésions orificielles et valvulaires. Ici deux possibilités : ou bien l'appareil valvulaire est faussé, l'orifice rétréci ou la valve d'occlusion insuffisante, et cependant il n'y a pas de trouble dans l'hydraulique circulatoire ; la compensation est suffisante pour qu'il n'y ait ni stase sanguine, ni turgescence veineuse, ni œdème ; l'auscultation seule révèle des souffles symptomatiques ; — ou bien, au contraire, apparaissent des phénomènes communs aux diverses lésions cardiaques, orificielles ou musculaires qui se présentent à l'observation avec des groupements différents ou des prédominances particulières. L'étude de ces phénomènes est donc la préface naturelle de l'étude des diverses cardiopathies.

On rencontre ainsi la dyspnée, l'asthme cardiaque, les variations du pouls et de la pression sanguine, les souffles, les modifications de la matité précordiale et du choc du cœur, les signes extra-cardiaques des lésions valvulaires, les déterminations rénales d'origine cardiopathique, l'œdème, la cyanose, les thromboses, les embolies, les troubles de la circulation cérébrale, faciale et oculaire. Tout cela, c'est le domaine commun des grandes lésions valvulaires.

L'étude de ces grandes lésions elles-mêmes vient immédiatement après : l'insuffisance mitrale, le rétrécissement mitral simple, l'insuffisance aortique, le rétrécissement de l'orifice aortique, le rétrécissement de l'orifice pulmonaire.

Les trois types suivants correspondent à des cas dans lesquels la lésion artérielle est le fait prédominant : l'artérite, la sclérose, l'athérome plus ou moins généralisés, avec, parfois, localisation prédominante du côté des artères coronaires, *artério-sclérose coronaire*. L'étude de l'angine de poitrine (type coronaire angineux) se place naturellement ici, puisque l'angine de poitrine vraie reconnaît avant tout, pour condition pathogénique, un rétrécissement du système artériel du cœur.

Les dégénérescences diverses du myocarde, souvent liées à des lésions coronaires, viennent immédiatement après : c'est le *type dégénératif*.

Il arrive souvent que l'*hypertrophie* ou la *dilatation* prennent un développement considérable et donnent aux cardiopathies une véritable individualité clinique. C'est ce qui engage l'auteur à établir un type hypertrophique et hypercavitaire, bien qu'on retrouve là encore nombre de faits rencontrés déjà à propos des lésions artérielles. Il faut dire aussi qu'avec l'hypertrophie, on englobe des possibilités anatomo-pathologiques ou cliniques qui n'ont pu trouver place dans les cadres précédents : l'hypertrophie de croissance, l'hypertrophie simple, par travail musculaire exagéré, l'hypertrophie gravidique, etc.

Une large place devait être donnée aux irrégularités du fonctionnement du cœur, le plus souvent indépendantes de toute lésion matérielle, liées cependant parfois à un substratum nécroptiquement appréciable ; ainsi l'accélération ou le ralentissement des battements du cœur, leur irrégularité, les palpitations, les cardiodynies. La tachycardie étant le phénomène principal, le plus constant de la maladie de Basedow, le goître exophthalmique est placé ici. Tout cela constitue le type nervo-musculaire.

Il ne reste plus que les lésions du péricarde et les anévrysmes de la crosse aortique pour avoir passé en revue les diverses modalités des cardiopathies.

Le cadre ainsi tracé est très séduisant. Cette énumération raisonnée, comme tous les programmes logiques, est en quelque sorte le tableau philosophique de la pathologie cardiaque ; il est basé sur les données fournies par les études les plus récentes.

Nous n'essaierons pas d'entrer plus avant dans l'analyse de cet ouvrage.

On sait combien M. G. Sée est soucieux d'éclairer la clinique et l'anatomo-pathologie par les recherches de la pathologie expérimentale, et combien il a pris à cœur de concilier les méthodes et les découvertes modernes avec les enseignements des grandes écoles cliniques. Cette double préoccupation se fait sentir d'un bout à l'autre de ce nouveau travail.

On retrouvera dans ce livre l'originalité de conception et d'exposition qui donnent à ses écrits un cachet indiscutable de personnalité.

Albert Mathieu.

THÉRAPEUTIQUE

De la transpiration fétide des pieds.

Par M. le docteur Legoux, médecin de l'hôpital d'Albert.

A côté des formules publiées dans la *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 681, on peut avec avantage ordonner des badigeonnages, opérés deux fois par jour, avec une plume ou un pinceau trempé dans la solution suivante :

Glycérine.	10 grammes.
Perchlorure de fer liquide . . .	30 —
Essence de bergamote	30 gouttes.

Bien faire passer cette solution dans les espaces interdigitaux. Après quelques jours, suspendre entièrement le traitement, pour y revenir s'il y a lieu. Ici, la glycérine joue seulement le rôle d'atténuant, en présence du perchlorure de fer dont l'emploi seul serait douloureux.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

226. M. Esguerra. Contribution à l'étude de la fièvre de Magdalena. — 227. M. Hauser. Nouvelles considérations sur le vertige de Ménière, et en particulier sur le mode de traitement de ce syndrome. — 228. M. Cleisy. Recherche des lois qui président à la création des sexes. — 229. M. Boutard. De la tuberculose nasale. — 230. M. Balaban. Traitement de l'ataxie locomotrice progressive par la suspension. — 231. M. Lamarque. Principales indications et contreindications de quelques stations minérales et climatériques françaises dans le traitement curatif et prophylactique de la tuberculose pulmonaire. — 232. M. Thivet. Contribution à l'étude de la folie chez les vieillards. — 233. M. Davillé. Chorée et rhumatisme. — 234. M. Casabianca. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du poumon, et particulièrement de leur traitement. — 235. M. Ryckewaert. Plaies par ratissage. — 236. M. Desmartin. Évolution infantile des dents hérédo-syphilitiques. — 237. M. Gardie. Non-développement hérédo-syphilitique des cordons antéro-latéraux de la moelle. — 238. M. Robert. De l'acné décalvante. — 239. M. Gourdin-Servenière. De la lithiase biliaire dans l'enfance. — 240. M. Dameuve. Contribution à l'étude des mouvements de l'estomac chez l'homme. — 241. M. Marini. Essai sur le traitement des cirrhoses. — 242. M. Pichevin. Des abus de la castration chez la femme. — 243. M. Adam de Beaumais. Étude sur l'étranglement herniaire par pincement latéral de l'intestin. — 244. M. Guillon. De la blépharoplastie à Pont. — 245. M. Pruvost. De la stéatose artérielle généralisée. — 246. M. Gaume. Étude sur le purpura rhumatoïde névropathique. — 247. M. Brunet. Recherches sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique. — 248. M. Chesseret. Contribution à l'étude des pleurésies métapneumoniques et plus particulièrement de leur variété séro-fibrineuse. — 249. M. Abet. Le Chimaphila umbellatta (herbe à pisser); son action diurétique. — 250. M. Amat. La caféine; action tonique et excitante des injections sous-cutanées. — 251. M. Marchal. Contribution à l'étude de la désassimilation de l'azote. — 252. M. Dumont. Des tumeurs malignes du rein chez l'enfant. — 253. M. Laine. Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la rate.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision du 30 juin 1889, le ministre de la Guerre a fixé, au lundi 7 octobre 1889, l'ouverture, à l'École du Val-de-Grâce, d'un concours pour deux emplois de répétiteur à l'École de service militaire de Lyon.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées :

1° Médecine opératoire et accouchements;

2° Matière médicale, thérapeutique, hygiène et médecine légale.

Le concours aura lieu dans les conditions et conformément aux dispositions de la décision ministérielle du 26 décembre 1888 (voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 7).

Les médecins-majors de deuxième classe, qui désireraient concourir pour ces emplois, en feront la demande par la voie hiérarchique au ministère de la Guerre (7e division). Ces demandes devront parvenir au ministère avant le 15 septembre 1889, au plus tard ; elles seront accompagnées de l'avis motivé de tous les chefs hiérarchiques des candidats, y compris celui du directeur du service de santé du corps d'armée auquel ils appartiennent.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 juillet 1889, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Bordeaux est déclarée vacante.

— M. le docteur Javal est nommé membre du conseil supérieur de statistique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bodeau, médecin aide-major de première classe.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, par sir Henri Thompson, professeur au « Royal College of Surgeons ». Traduites par le docteur Robert Jamin, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 628 pages avec 121 fig. — Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Manuel des travaux pratiques d'histologie, histologie des éléments, des tissus, des systèmes, des organes, par Ch. Rémy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef des travaux histologiques. 1 vol. petit in-8° avec 399 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. BROUARDEL.

De la putréfaction (1).

II

La putréfaction se produit également dans les différents viscères. Dans les autopsies d'adultes, on trouve souvent les poumons remplis de grosses bulles de gaz. On en trouve aussi chez les nouveau-nés, mais lorsque j'ai eu affaire à des enfants mort-nés n'ayant pas respiré, je n'ai pas pu découvrir une seule bulle de gaz. Je voudrais que ces expériences fussent confirmées par d'autres; quant à moi, malgré les épreuves multiples auxquelles j'ai soumis les petits cadavres qui m'ont été envoyés de la Maternité, jamais je n'ai observé la putréfaction gazeuse chez un mort-né : au bout d'un mois le poumon ne présentait pas une seule bulle de gaz.

Lorsque la putréfaction envahit le sang, elle évolue en deux périodes : dans la première, elle s'attache aux globules sanguins, tandis que la matière colorante transsude au dehors du vaisseau et s'étend dans tout le corps; dans la seconde période, cette matière colorante est collectée dans les cavités séreuses et transsude de là à travers la peau en formant des phlyctènes. Cette transsudation dans les séreuses commence au moment de la production des gaz, mais elle augmente singulièrement pendant la période ammoniacale.

Quels sont les produits que vous trouverez alors dans le corps ? Les muscles, sorte de cambouis infect, forment une substance assez comparable au savon vert. Lorsqu'il est oxygéné, le tissu musculaire subit une modification particulière analogue à la saponification et, de substance quaternaire, il devient ternaire. Ce corps gras a été décrit par Chevreul sous le nom de margarate d'ammoniaque ; c'est une matière onctueuse, désagréable au toucher, qui se transformera plus tard en margarate de chaux, substance binaire. Cette transformation en savon ammoniacal se fait lentement, mais dans un espace de temps très différent suivant les cas. Il résulte des recherches de Chevreul qu'il faut en moyenne vingt ans sous la terre et un an dans l'eau. Dans certaines fosses d'aisances, il suffit quelquefois de six semaines pour qu'un enfant nouveau-né soit saponifié.

A côté de ces divers produits de la putréfaction, il en existe d'autres dont la connaissance est récente, mais qui ont une grande importance au point de vue médico-légal, je veux parler de ces alcaloïdes qu'on appelle des ptomaïnes. La connaissance chimique en est due à M. Armand Gautier, mais, la première fois que la question a été soulevée en médecine légale, c'était par Selmi (de Bologne) à propos d'un général italien empoisonné par la delphinine. Depuis lors, avec un de mes premiers collaborateurs que je regrette beaucoup d'avoir perdu, M. Boutmy, nous avons essayé de voir comment se produisaient les ptomaïnes et quelle était leur action. D'autres sont encore venus après nous. Nous avons retrouvé dernièrement cette question à propos des alcools qui engendrent des produits de fermentation qu'il faut compter pour une large part dans les accidents de l'alcoolisme.

La première fois que j'ai eu l'occasion de rencontrer ces poisons, c'était chez une femme, revendeuse à la Halle. Il lui était resté pour compte une oie farcie et elle avait invité douze personnes à la manger. Tous les invités furent malades et, seule, la propriétaire de l'oie succomba. A l'époque où je fus chargé de cette autopsie, il faut dire que la question était obscurcie par ce vieux préjugé qu'on répétait encore depuis J.-J. Rousseau qui en est l'auteur, à savoir que s'il y a des empoisonnements c'est la faute des casseroles de cuivre. Tous les peuples de l'antiquité mangeaient dans des vases de cuivre, conservaient leurs vins dans des vases de cuivre et ils ne s'en portaient pas plus mal.

Dans les organes de cette femme, je pus isoler une substance excessivement voisine de la conicine, mais qui n'appartenait à aucun des alcaloïdes végétaux. Pourquoi cette femme était-elle morte ? Parce qu'elle avait de petits reins rétractés ; or, ceux qui n'éliminent pas facilement les poisons introduits dans l'économie succombent, tandis que les autres résistent.

Injectée à une grenouille, cette substance a déterminé un empoisonnement analogue à celui de la strychnine.

Une fois cette question soulevée, on nous a demandé comment il se faisait que personne ne se soit plaint du mauvais goût de cette oie. Le fait n'a rien d'étonnant, car il est très commun, dans les casernes et dans les hôpitaux, de voir des accidents succéder à la consommation de viande

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 677.

gâtée, mais on ne s'en aperçoit ordinairement que lorsque les accidents sont survenus.

C'est toujours au moment où la viande se gâte que les alcaloïdes l'envahissent. Brieger en a pourtant isolé un qu'il a appelé « neurine », qui se produit avec une telle rapidité au moment de la mort que trois ou quatre jours après on n'en retrouve plus la trace : il donnerait naissance à des accidents convulsifs. Au contraire, les alcaloïdes qui lui succèdent chronologiquement donnent naissance à des accidents anesthésiques : en les injectant à une grenouille, on la plonge dans un état d'ivresse complète. En résumé, on peut dire que, 6 fois sur 10, les alcaloïdes des cadavres sont toxiques.

La difficulté, à l'autopsie, vient de ce qu'il ne s'agit pas de trouver 2 ou 3 grammes d'un alcaloïde végétal, puisque l'atropine tue à 1 milligramme. Dans ces conditions, vous admettrez que le médecin légiste soit très embarrassé, d'autant plus que les alcaloïdes végétaux et animaux ont presque les mêmes caractères. J'ai essayé pendant longtemps de faire faire la distinction au moyen de l'appareil de Marey qui rend les modifications musculaires absolument caractéristiques. Mais ce qui m'a fait renoncer à suivre cette voie, c'est que, lorsqu'il y a un mélange d'alcaloïdes animaux à des alcaloïdes végétaux, la secousse musculaire se trouve modifiée au point de vue du tracé myographique.

J'arrive maintenant à une question très intéressante parce qu'elle est la clef de différents phénomènes : comment se forment les alcaloïdes; faut-il l'intervention de microbes? Voici une première expérience. Pendant le grand hiver de 1879, un cadavre resta à la Morgue pendant six semaines sans dégeler. A ce moment, il ne présentait pas d'alcaloïdes. Survient le dégel : au bout de huit jours ses deux cuisses contenaient une grande quantité d'alcaloïdes. La congélation avait donc empêché toute fermentation.

Y a-t-il des alcaloïdes avant la mort? Malheureusement oui. Nous avons été, la première fois que nous avons constaté ce fait, extrêmement étonné. Une femme va trouver une sage-femme en lui demandant un avortement rapide. L'opération est suivie d'une hémorrhagie assez considérable, la malade avait une température élevée le soir et le lendemain matin elle mourait, vingt-huit heures après l'avortement. Or, il y avait une quantité d'alcaloïdes tellement considérable que j'ai pu en retirer plus de 7 ou 8 grammes.

Mais ce qui prouve encore mieux qu'il peut se produire pendant la vie des alcaloïdes, c'est l'expérience de M. Pouchet. Il recherchait des alcaloïdes dans des déjections de cholériques pour en décrire les caractères. A dix heures du matin, il remet à Vulpian une note destinée à être lue le soir à l'Académie des sciences. En rentrant chez lui il est pris de crampes, il a la pupile dilatée, il n'avait pas uriné depuis la veille, bientôt surviennent les vomissements et la diarrhée, en un mot tous les accidents du choléra. Au moment de la convalescence, il y a eu augmentation des urines avec albumine et sucre ; le tableau a été complet.

Un des meilleurs caractères des alcaloïdes, c'est qu'on les retrouve presque toujours dans les maladies à ferments et à altérations du sang. Dans ce cas, les globules, au lieu de s'empiler comme des pièces de cent sous, apparaissent comme gluants et leur capacité pour l'oxygène est diminuée.

Par conséquent, il existe un premier groupe d'alcaloïdes pendant la vie et un second après la mort. Peut-il s'en produire un certain nombre en dehors de toute fermentation? M. Gautier dit en avoir trouvé dans l'urine. Pour ma part, j'en suis certain et je me propose de faire des recherches dans ce sens avec M. Nocard (d'Alfort), bien convaincu que, dans certaines conditions particulières de surmenage, il se fait des produits qui ne s'éliminent pas et qui empoisonnent brutalement les animaux.

Les alcaloïdes sont extrêmement avides d'oxygène et se détruisent sous son action. En prenant comme réactif un papier photographique imprégné de bromure d'argent, il suffit de tremper une plume d'oie dans l'alcaloïde et de toucher le papier pour que la réduction se fasse immédiatement. Malgré la critique qu'on peut en faire, je vous recommande ce moyen.

Il est souvent très difficile dans une expertise d'affirmer en présence de quel alcaloïde on se trouve, car plusieurs alcaloïdes végétaux et animaux et plusieurs dérivés de la houille offrent les mêmes réactions! Ici, plus que jamais, il faut être prudent et savoir attendre avant de se prononcer.

Je termine par une comparaison. Il existe des alcaloïdes analogues chez tous les champignons même comestibles, Ils ne sont pas nuisibles pendant un certain laps de temps, mais il deviennent toxiques à mesure que les champignons deviennent avancés. Il est très possible que, sous l'influence de certaines réactions, les alcaloïdes du corps humain soient modifiés de la même façon.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Du typhus hépatique bénin ou maladie de Weil.

(Leçon clinique recueillie par M. le docteur Leflaive, ancien interne des hôpitaux.)

Vous avez remarqué à la salle Chauffard ce jeune homme, qui a aujourd'hui les allures d'un convalescent, et qui semble avoir eu un ictère catarrhal. Il a été atteint d'une affection à particularités très spéciales, rares même, puisque c'est le premier cas qu'il m'a été donné d'observer.

Lorsque ce malade nous est arrivé le 18 décembre, il était déjà souffrant depuis une dizaine de jours, sans qu'il eût fait d'excès alcoolique; il avait été pris brusquement d'un violent mal de tête avec fièvre et frissons ; au bout de cinq ou six jours la céphalalgie s'était accrue et il était survenu un accablement extrême ; il n'avait ni vomissements ni diarrhée.

Au moment de son entrée, il avait le facies coloré, la langue sale mais humide; son aspect était très adynamique et il se plaignait surtout de mal de tête. Sa fièvre était vive, puisque son pouls était aux environs de 110 pulsations à la minute, et sa température à 39°5. Nous constations encore aux conjonctives une teinte jaunâtre marquant le débu d'un ictère. Le malade accusait une sensation de pesanteur épigastrique, mais on ne trouvait pas les signes abdominaux habituels de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire le ballonnement et les taches rosées lenticulaires ; la fosse iliaque droite était cependant douloureuse à la pression. Les limites de la rate n'ont pu être déterminées avec une précision suffisante. Ajoutons enfin qu'un herpès très confluent se voyait sur le front et autour des deux oreilles.

Au premier abord ce malade paraissait atteint de fièvre typhoïde ; mais il faut remarquer qu'en pareil cas, l'herpès est une rareté et que l'ictère n'est pas, en général, un

symptôme précoce. Si la maladie donnait lieu à une apparence typhoïde, ce n'était pourtant pas une fièvre typhoïde franche. J'ai pensé un instant à la pneumonie du sommet, dont les symptômes pulmonaires sont parfois très obscurs, mais j'ai fini par m'arrêter à l'idée d'embarras gastrique, avec symptômes bilieux très marqués, à ce qu'on appelait autrefois la fièvre bilieuse.

Le traitement a consisté en un vomitif. Mais le 19, au lieu d'une amélioration, nous trouvions une accentuation de l'ictère. La température n'était plus que de 39 degrés, mais les symptômes généraux étaient les mêmes, et l'abattement était aussi prononcé. De nouvelles vésicules herpétiques s'étaient développées sur la face, et il en était apparu aux membres supérieurs, vers les coudes. L'urine était foncée, très sédimenteuse, et contenait de la bile; les garde-robes n'étaient pas décolorées; toutefois, il y avait de la constipation.

Le 20 décembre, la température était descendue un peu au-dessous de 38 degrés; l'état général était plus grave, l'herpès s'était étendu; il y avait eu une épistaxis. Le foie était un peu gros et douloureux à la pression. Ce qui dominait toujours la scène, c'était la céphalée, qui avait persisté malgré l'application de quelques sangsues; cette persistance nous montrait qu'elle était plutôt d'origine toxique que congestive.

Le 21 et le 22, la fièvre reparut, s'accompagnant d'une aggravation de tous les symptômes : ictère, épistaxis, etc. En même temps le pouls se ralentissait et tombait à 70. L'urine, que nous n'avons malheureusement pas fait mesurer avec précision, était devenue fort peu abondante. L'état était tel que je craignais beaucoup d'avoir affaire à un cas d'ictère grave. J'appelle tout particulièrement votre attention sur cette rémission suivie de recrudescence de la fièvre, avec accentuation des phénomènes typhoïdes.

Le 23, nous trouvons le malade très amélioré. La nuit il avait été pris d'une transpiration très abondante et, en outre, il avait beaucoup uriné. La diurèse continua les jours suivants; la température fit retour à la normale; la céphalalgie disparut de suite et la convalescence s'établit très rapidement.

La courbe thermique présente une première ascension, une fausse défervescence, une réascension et enfin une chute vraie. Nous avons observé une première période de signes de maladie typhoïde pendant quelques jours, puis un ictère avec poussée d'herpès, une défervescence sans disparition des symptômes graves, et enfin une nouvelle poussée de fièvre avec hémorrhagies, à la suite de laquelle est survenue la guérison.

Avons-nous eu affaire à un ictère catarrhal? Il y en a de graves, mais ils sont essentiellement différents de ce que nous avons vu. L'ictère débute lentement, après plusieurs jours de prodromes gastro-intestinaux; le foie n'est pas augmenté de volume, tandis que, chez notre malade, il était manifestement congestionné et douloureux. Enfin, l'intensité des phénomènes généraux et la céphalée montrent bien qu'il ne s'est pas agi d'un ictère catarrhal même grave, et la convalescence rapide le prouve encore.

Était-ce un ictère grave, une atrophie jaune aiguë du foie? La fièvre, la prostration, les épistaxis se voient dans l'un et l'autre cas. Mais il existe entre les deux tableaux cliniques de notables différences : le début de l'ictère grave est presque toujours insidieux, bénin; puis, après quelques jours, la scène change brusquement; les hémorrhagies se montrent plus marquées et plus variées que dans le fait que nous observé; on constate des phénomènes cérébraux graves, tels que délire, carphologie, et la mort survient enfin, soit dans l'hyperthermie, soit dans l'hypothermie; la céphalée n'est que peu prononcée. Notre malade, au contraire, n'a jamais eu de délire; il n'a jamais eu la langue sèche, et surtout son foie n'a jamais présenté de diminution de volume, ce qui aurait indiqué la rapide destruction du parenchyme; l'ictère ne s'est montré qu'au bout de quelques jours et non dès le début; enfin, nous avons vu une rémission suivie de recrudescence, ce qui ne s'observe pas dans l'ictère grave.

M. Leudet (de Rouen) a décrit, sous le nom de congestion alcoolique du foie avec ictère, des accidents tenant le milieu entre l'ictère simple et l'ictère grave, et capables d'aboutir à la mort. Ils surviennent à la suite d'excès; l'ictère est peu marqué et il y a hépatite véritable. Ce n'est donc pas cela que nous avons observé.

Je ne fais que vous mentionner, au point de vue du diagnostic, la fièvre typhoïde avec ictère et l'endocardite ulcéreuse, dont les signes spéciaux manquaient complètement. En Allemagne, on aurait pu penser à une fièvre récurrente bilieuse, maladie inconnue en France.

Ce cas ne rentre donc pas dans les cadres classiques; il se rapporte à ce qu'on a décrit, en France, sous le nom de typhus hépatique bénin, et en Allemagne, sous celui de maladie de Weil. Cet auteur n'en a cependant pas donné le premier la description. Quelques-uns des faits donnés comme ictères graves curables paraissent se rapporter à cette affection, par exemple l'épidémie de Gaillon, décrite par Carville père (1864). On en trouverait d'autres dans la thèse de Grellety Boswell, sur les ictères pseudo-graves (1873).

La première observation bien étudiée, en France, date de 1886, et a été rapportée par M. le docteur Albert Mathieu. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-trois ans qui, en été, boit de la bière avec excès; quelques jours plus tard, il vient à l'hôpital avec un état typhoïde, une grosse rate, une température de 40 degrés, mais pas de diarrhée. Au bout de quatre jours apparaissent un ictère, des épistaxis et des vomissements bilieux. La prostration devient extrême; les épistaxis nécessitent le tamponnement; des taches pourprées se montrent aux jambes, et, pendant cette aggravation des symptômes, la température s'abaisse pour remonter ensuite. L'urine devient fort peu abondante au moment où les accidents sont le plus graves; sa quantité s'accroît beaucoup au moment de la guérison.

Presque en même temps Weil publiait sur le même sujet un intéressant mémoire comprenant quatre observations. Plusieurs cas ont été encore signalés en Allemagne, surtout par des médecins militaires; Kirchener, entre autres, en a observé une petite épidémie à Breslau. En somme, le total de ces faits publiés se monte bien à trente ou trente-cinq.

On peut décrire dans cette maladie trois périodes :

1° *Prodromique* ou *pré-ictérique*, dont le début se fait généralement d'une façon brusque avec ou sans frissons, parfois cependant d'une manière un peu plus traînante (Weil). Presque jamais on ne constate de troubles gastro-intestinaux initiaux; il existe une céphalalgie gravative très intense, causant l'insomnie, de la courbature, peu de rachialgie; la langue est celle d'un embarras gastrique; la diarrhée fait presque toujours défaut, quoiqu'on puisse trouver dans la fosse iliaque droite la douleur à la pression avec ou sans gargouillement. La température s'élève brus-

quement, et on peut noter 40 degrés presque dès le premier jour. Cela dure quatre ou cinq jours, à la fin desquels surviennent souvent des vésicules d'herpès.

2° *Ictérique*. L'ictère, peu prononcé d'abord, se fonce progressivement. Les urines deviennent rares, rouges, très sédimenteuses, albumineuses; à ce dernier point de vue notre malade constituait une infraction à la règle. Parfois le cours de la bile est intercepté, et les selles sont décolorées, mais il n'en est pas toujours ainsi; on voit ce symptôme varier d'un jour à l'autre, ce qui indique l'existence d'un obstacle médiocre dans les voies biliaires.

A ce moment, le pouls se ralentit progressivement jusqu'au chiffre de 80, tandis que la température peut devenir inférieure à 37 degrés. Mais, pendant cette défervescence, l'état général grave subsiste; la céphalée est toujours intense, et l'abattement extrême. C'est à cette phase qu'apparaissent les complications hémorrhagiques, dont la plus importante est l'épistaxis, assez abondante pour inquiéter. On a aussi noté les pétéchies et le purpura aux membres inférieurs. On a signalé l'hémoptysie; mais ne serait-ce pas du sang provenant des fosses nasales, rejeté par expuition? Les hémorrhagies intestinales et les hématémèses n'ont pas été observées.

Après deux ou trois jours de rémission la fièvre reparaît; l'ictère devient encore plus foncé; les hémorrhagies redoublent, et l'urine est moins abondante que jamais.

3° *De défervescence*. Cette période qui survient tout à coup, est marquée par une forte diurèse qui accompagne la disparition de la céphalée et de la fièvre. Remarquez en passant que la diurèse avait déjà été signalée autrefois dans les cas d'ictère grave terminés par guérison. L'ictère ne disparaît pas aussi vite que les autres symptômes, ce qui s'explique aisément par la profonde imprégnation des tissus.

La durée totale de la maladie est de trois à quatre semaines. Elle ne donne lieu à aucune grave complication cérébrale ou pulmonaire. L'herpès en est un symptôme inconstant.

Nature. — Il paraît évident que cette maladie est de nature infectieuse. M. A. Mathieu, sans se croire en droit d'éliminer définitivement l'hypothèse d'une localisation anomale du poison typhique, avait admis qu'il s'agissait en tout cas de l'action prédominante sur le foie d'un agent pathogène infectieux.

En Allemagne on a cru y voir quelque analogie avec la fièvre récurrente, mais on a cherché en vain le spirille d'Obermeyer. On peut, du reste, se demander si elle est nécessairement l'effet d'un microbe pathogène spécial, et s'il ne pourrait pas y avoir simplement action d'un poison chimique, d'une ptomaïne. Je crois qu'il y a des ictères graves d'origine intestinale; j'en ai observé un cas mortel, paraissant dû à l'ingestion d'une langouste avariée; en Allemagne, ont été rapportés des faits semblables dus à l'usage de charcuterie altérée. Par analogie, on pourrait émettre une hypothèse de ce genre pour la maladie de Weil.

Bien que le garçon dont je vous ai entretenus ne soit pas un alcoolique avéré, il a fait des excès de boisson assez fréquents pour mettre ses voies digestives dans un certain état de vulnérabilité; beaucoup de ces malades sont des alcooliques. La plupart des observations ont été recueillies dans la saison chaude qui prédispose aux fermentations rapides. D'autre part, dans une statistique allemande de 13 cas, 9 se rapportaient à des bouchers.

Cette affection serait d'un pronostic bénin, si les difficultés qu'il y a en clinique à la séparer de l'ictère grave, ne rendaient ce pronostic hésitant.

Traitement. — Je crois qu'il y a utilité à administrer au début un éméto-catartique, sorte de coup de balai du tube digestif. Dans la première période j'emploierais le régime lacté et la quinine qui est un tonique et un antifermentescible. L'ictère une fois apparu, le calomel à dose réfractée est indiqué à la fois comme laxatif, comme chlolagogue et comme antiseptique; le lait doit être préféré aux bouillons et autres aliments donnant aisément des peptones et des ptomaïnes. Les hémorrhagies seront combattues par la médication acide (eau de Rabel). Enfin, pendant la convalescence, on fera usage des toniques ordinaires.

OPÉRATION DE WLADIMIROFF-MICKULICZ

Par M. le docteur A. Ricard,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris.

La Société de chirurgie vient de s'occuper d'une opération nouvelle. Par un malheureux usage, qui tend aujourd'hui à prévaloir, on l'a désignée du nom des deux chirurgiens qui l'ont préconisée les premiers et on l'a appelée : opération de Wladimiroff-Mickulicz.

En quoi consiste cette opération ? Quel est le but qu'elle se propose? Par quel procédé y arrive-t-elle ? Telles sont les questions que nous allons passer en revue. Ceci fait, et connaissant l'acte opératoire en lui-même, nous aurons à nous demander dans quels cas ce nouveau procédé est applicable, et quels sont les résultats qu'il fournit ? En d'autres termes, nous poserons les indications et contre-indications.

L'opération de Wladimiroff-Mickulicz est à proprement parler une résection partielle du tarse et de la partie inférieure des os de la jambe. Elle a pour but de retrancher l'arrière-pied malade ou déformé, et de souder l'avant-pied supposé sain à la partie inférieure du tibia et du péroné, préalablement avivés par une section transversale à la scie. La juxtaposition des os doit se faire de telle façon que le pied soit situé exactement dans l'axe même de la jambe et que le malade marche, dans la suite, sur l'extrémité de ses orteils.

Tel est, à grands traits, l'ensemble de l'opération. Examinons quelques points de sa technique.

Les premiers opérateurs arrivaient au but d'une façon fort simple, mais par trop radicale.

Une incision longitudinale était faite derrière chacune des malléoles tibiale et péronière ; cette incision se recourbait sous la malléole, devenait horizontale sur le dos du pied, et se prolongeait, dans une étendue variable, suivant l'étendue même des os à réséquer, mais, en général, elle s'arrêtait sur une ligne transversale passant à peu près au niveau de l'interligne médio-tarsien de Chopart.

Les deux extrémités de ces incisions étaient réunies par deux incisions transversales faites à fond, l'une en arrière et en haut jusqu'au tibia et au péroné ; l'autre en bas, sous la plante, atteignait les os du tarse.

Les parties molles antérieures comprises entre les deux incisions longitudinales, étaient soulevées, décollées, détachées des os. Il était alors facile de réséquer, d'un seul morceau, toute la partie quadrilatère comprise entre les quatre incisions postéro-latérales. On enlevait de la sorte toutes les parties molles postérieures et tout le squelette qui y correspondait. La portion restante du pied n'adhérait plus à la jambe que par une languette de parties molles, plus longue que large, et renfermant, entre autres organes, le nerf tibial antérieur, le nerf musculo-cutané et l'artère tibiale antérieure. C'étaient là les seuls organes destinés à innerver et à donner la vie à l'avant-pied conservé. On

comprend que, dans ces conditions, la vitalité du pied soit singulièrement compromise, que la consolidation soit souvent défectueuse, que des troubles trophiques notables puissent venir troubler les fonctions du membre et compromettre le résultat.

La résection des parties molles postérieures rend l'opération certainement plus rapide et plus facile, mais elle compromet le résultat définitif, elle doit donc être rejetée. C'est pour cette raison que M. Berger recommande de modifier l'acte opératoire en bornant les incisions à une *seule incision externe* rétro-malléolaire, descendant jusqu'au bord du pied et complétée là par un deuxième trait, perpendiculaire au premier et allant du tendon d'Achille à la tubérosité du cinquième métatarsien. L'incision prend alors la forme d'un T irrégulier et renversé.

L'écartement des lèvres de la plaie est suffisant pour permettre à une main exercée de décortiquer la portion osseuse qu'il s'agit de réséquer.

La résection faite, l'avant-pied est amené dans l'axe de la jambe et rapproché du tibia, contre lequel il est mis en contact intime. Quelques chirurgiens assurent ce contact par un ou deux points de suture avec du gros catgut. Le membre est ensuite maintenu par un appareil plâtré. Mais, si les parties molles ont été complètement respectées, après la résection des os, elles se trouvent exubérantes et forment un repli circulaire, volumineux, et qui, peut-être, plus tard, pourra gêner l'application d'un soulier et rendre la marche pénible. Le reproche est exact, en effet, dans les premières semaines qui suivent l'opération ; mais, peu à peu, ce bourrelet s'affaisse et ne cause qu'une difformité peu visible, facile à dissimuler dans une chaussure spéciale et, d'ailleurs, absolument indolente.

Les résultats thérapeutiques obtenus ont fait entrer cette intervention dans le cadre des bonnes opérations chirurgicales. Les malades opérés ont pu marcher, fournir de longues courses, monter à l'échelle, etc. Mais, dans d'autres cas, le résultat a été défectueux : la solidité insuffisante, la marche douloureuse ou impossible et une récidive rapide ont parfois rendu inutile la résection de Wladimiroff.

Dans quels cas convient-il donc d'appliquer cette résection ostéoplastique ?

Si nous suivons la division classique, nous rappellerons que les résections peuvent être orthopédiques, c'est-à-dire destinées à remédier à des difformités, qu'elles peuvent s'adresser à des cas traumatiques ou pathologiques. Toutefois, on peut dire que l'amputation de Wladimiroff-Mickulicz ne s'adresse guère aux difformités du pied qui réclament des opérations plus parcimonieuses, telles que l'ablation de l'astragale, la tarsectomie antérieure ou postérieure partielle, etc.

Dans les cas traumatiques, il ne saurait être question du procédé nouveau, que si le traumatisme a nettement localisé son action à la partie talonnière ; en respectant la région antérieure du cou de pied, les cas traumatiques ne fournissent, en somme, que des indications exceptionnelles. D'ailleurs le chirurgien, prévenu qu'il a à sa disposition cette nouvelle méthode opératoire, en saisira de suite l'indication.

C'est principalement dans les lésions pathologiques que la résection du tarse trouve son emploi, et, là encore, dans un nombre restreint de cas.

En effet, l'opération nouvelle doit être comparée à la résection tibio-tarsienne totale, à l'opération ostéoplastique tibio-calcanéenne de Pirogoff, de Le Fort, enfin à l'amputation de la jambe.

Il n'est pas besoin d'un bien long examen pour affirmer que toutes les fois que l'amputation de Pirogoff ou de Le Fort est exécutable, elle est infiniment préférable à l'opération de Mickulicz, et comme acte opératoire et comme résultat thérapeutique. Il en est de même de la résection tibio-tarsienne. Toutes les fois donc que ces opérations pourront être exécutées, *en dépassant les limites du mal*, elles devront l'être de préférence à la résection du tarse. Mais si les lésions sont trop considérables, à ce moment, la question se pose entre les procédés de conservation représentés par l'opération de Wladimiroff et le sacrifice *du membre*.

L'indication opératoire, étant donné le siége des lésions à la partie supérieure du tarse, se tire donc presque tout entière de leur étendue. Lésion limitée : opération partielle telle que la résection tibio-tarsienne ou l'opération de Le Fort ; lésion très étendue, remontant dans la jambe, ou gagnant l'avant-pied ; amputation de jambe. L'amputation de Wladimiroff-Mickulicz ne s'adresse donc qu'aux cas intermédiaires, sans qu'il soit possible de préciser davantage.

Quels sont ces cas ? Presque tous sont fournis par les lésions tuberculeuses du pied. Les néoplasmes, en effet, réclament, là comme ailleurs, une opération large, et la résection partielle serait une faute, comme l'ont d'ailleurs prouvé quelques malheureuses tentatives.

Dans la tuberculose de l'arrière-pied (astragale et calcanéum), lorsque les moyens de douceur ont échoué, le chirurgien ne se trouve qu'entre deux alternatives : le sacrifice total du pied et de la partie inférieure de la jambe, ou une des opérations partielles auxquelles appartient l'opération de Wladimiroff-Mickulicz.

Chacun sait aujourd'hui combien il faut se mettre en garde contre les opérations partielles, dans les cas de tuberculose du pied. La récidive rapide est si fréquente, que l'amputation totale du pied était récemment encore posée comme règle dans les cas d'échecs des méthodes de douceur. C'était l'avis presque unanime des chirurgiens.

Mais, à côté d s récidives fréquentes, on a, depuis, observé des succès manifestes dus à des opérations conservatrices, succès permettant la marche dans de bonnes conditions, avec un résultat esthétique presque parfait, et une disparition complète du mal. Il fallut alors en revenir de cet anathème porté contre les opérations partielles pour lésion tuberculeuse du pied. M. Ollier a déjà, à maintes reprises, réagi contre l'opinion générale et vanté les bénéfices des opérations conservatrices.

Si la récidive a été observée si fréquemment, c'est que le chirurgien n'a pas su proportionner l'étendue de l'opération à l'étendue de la lésion, c'est qu'il a appliqué à tort une opération partielle à un cas justiciable d'une opération totale. Les succès obtenus, quoique rares, sont suffisants pour légitimer les tentatives de conservation.

Mais est-il possible de dire d'avance, et par l'examen seul du malade, à quels cas il convient d'appliquer le procédé de Wladimiroff-Mickulicz ? A notre avis, cela est toujours ou presque toujours impossible. Certes, il y a des cas nets où la localisation minime des lésions indique manifestement qu'il suffit d'une abrasion partielle. Il y a d'autres cas où les lésions sont telles que le doute n'est pas permis, et qu'il faut tout sacrifier ; mais, quand il y a doute, le chirurgien ne peut connaître d'avance l'étendue du sacrifice qu'il doit demander au malade. Ce n'est que, *les lésions mises à nu*, qu'il pourra se décider pour telle ou telle opération, choisir la résection tibio-tarsienne, se borner à l'extirpation de l'astragale, aller jusqu'à l'opération de Mickulicz, ou même jusqu'à l'amputation de jambe.

Le plan opératoire est donc le suivant : En présence d'un malade atteint de lésion tuberculeuse du cou de pied, nécessitant une intervention, celle-ci devra commencer par une longue incision externe permettant d'explorer les lésions et de se décider, séance tenante, pour le procédé opératoire le meilleur.

Il est de toute évidence, que le malade prévenu doit se résigner à l'amputation, si l'opération conservatrice a été reconnue impossible.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juillet 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

COMMUNICATIONS

Salpingite double; courants continus; péritonite suppurée. — **M. TERRIER**, appelé auprès d'une malade chez laquelle on avait diagnostiqué « des fibromes », se prononça pour une

double salpingite, institua un traitement médical et prévint la malade qu'en cas d'insuccès de ce traitement, il faudrait avoir recours à une opération.

Cette malade crut pouvoir se soumettre au traitement électrique; le résultat fut une péritonite aiguë très intense qui, heureusement, ne fut pas suivie de mort. Les salpingites ont augmenté de volume et on constate une plaque indurée de péritonite.

L'emploi de l'électricité doit être associé aux règles de l'antisepsie; utile quand le diagnostic est bien établi, il devient dangereux dans le cas contraire.

Adénite suppurée pelvienne sous-péritonéale. — M. TERRIER, pour montrer les difficultés du diagnostic des affections péri-utérines, rapporte l'observation suivante : Une femme de vingt et un ans, réglée à douze ans, vit survenir, sans grossesse ni fausse couche, des douleurs au niveau des deux fosses iliaques. Dans les six derniers mois, menstruation irrégulière, métrorrhagies peu abondantes, poussées de péritonite assez intense.

Par le palper abdominal, on constate une très légère tuméfaction profonde dans la fosse iliaque gauche; vives douleurs à la pression; douleurs même spontanées.

Par le toucher vaginal, l'utérus semble immobilisé par une masse dure, bosselée, faisant saillie dans le cul-de-sac latéral gauche; à droite, petite tumeur de même consistance.

M. Terrier conclut à une double salpingite et pratique, en janvier 1888, la laparotomie.

Le ventre ouvert, l'opérateur rencontre de nombreuses adhérences de l'épiploon avec la paroi abdominale et les parties profondes : ces adhérences, dont quelques-unes existaient au niveau de l'S iliaque, reporté très en avant, sont liées et sectionnées. Mais on ne peut reconnaître l'utérus et ses annexes; en arrière du péritoine on découvre une masse dure. Une incision, pratiquée sur la séreuse au niveau du méso-colon, fait reconnaître une tumeur ganglionnaire lobulée du volume du poing. M. Terrier fait l'énucléation, nettoie la poche dans laquelle un ganglion s'était vidé pendant l'extraction et termine l'opération en drainant et suturant la plaie.

L'opération fut suivie de la formation d'une petite fistule stercorale, guérie définitivement au bout d'un certain temps.

M. POZZI a, dans son mémoire sur la laparotomie sous-péritonéale, rapporté un fait semblable.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a opéré deux malades, dont les observations ont quelques analogies avec celles qu'on vient de citer.

Chez l'une, malgré les accidents qui éveillaient l'idée d'une salpingite, M. Lucas-Championnière pencha pour une tumeur ganglionnaire, fit une incision cutanée, décolla le péritoine, et fit l'extraction d'une bouillie véritablement ganglionnaire. La malade guérit de l'opération, mais, dans les premiers temps, l'amélioration ne fut que légère; toutefois on espère la guérison complète.

Chez la seconde malade, les accidents, sans présenter le tableau typique, étaient ceux de la salpingite. M. Lucas-Championnière fendit le ventre, rencontra de très nombreuses adhérences de l'épiploon et des anses intestinales, détacha le tablier épiploïque et détruisit avec prudence les adhérences de l'intestin. Il reconnut alors, en arrière des annexes d'un côté, une masse dure, profonde, de nature ganglionnaire, qu'il respecta à cause de la friabilité des parois intestinales.

Malgré cette opération incomplète, la tumeur a fondu et la marche est très facile.

M. TERRIER. Le fait de M. Pozzi ne peut être comparé à celui qu'il vient de rapporter qu'au point de vue de la pathogénie de l'affection. Le second cas de M. Lucas-Championnière se rapproche de celui de M. Terrier et aurait pu peut-être être traité de la même façon, quoique la conduite différente et prudente de l'opérateur eût été suivie de succès. Sans entrer dans le débat des laparotomies, M. Terrier se prononce pour la laparotomie complète, qui facilite les recherches et met sous les yeux tout l'utérus et ses annexes.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne pensait pas avoir affaire, chez sa première malade, à une collection purulente, mais alors même que le diagnostic d'un foyer purulent serait évident, il y aurait encore avantage à agir de la même façon. Cette intervention fait obtenir une réparation plus rapide que l'ouverture de la cavité péritonéale. Si les lésions périphériques étaient multiples et les accidents mal déterminés, il y aurait avantage à choisir la laparotomie intra-péritonéale.

M. POZZI maintient sa comparaison entre sa malade et celle de M. Terrier, au point de vue de la lésion et de la difficulté du diagnostic.

Abcès du cerveau, paralysie, trépanation, mort. — M. TERRILLON est appelé auprès d'un enfant de douze ans. Cet enfant, après quelques jours de malaise et de douleurs dans la tête, présentait une tuméfaction de la région temporale gauche. Délire, monoplégie brachiale à gauche; paralysie faciale sans paralysie de l'orbiculaire, aphasie incomplète. Une petite incision de l'abcès n'amène aucun changement; l'enfant est sans connaissance; une incision met à nu la surface de la région temporale. Le lendemain, couronne de trépan sur le point correspondant à la base de la circonvolution frontale. La rondelle osseuse enlevée, la dure-mère apparait rouge, épaissie, mais sans pus; avec l'appareil Dieulafoy, trois ponctions sont pratiquées à une profondeur de 2 centimètres; à la troisième ponction, on obtient l'écoulement d'une forte cuillerée à café de pus. Certain de l'existence du foyer purulent, l'opérateur pratique une incision profonde, nettoie la cavité et applique un pansement antiseptique. Dès le jour même, les phénomènes de paralysie diminuent, quand, trois jours après, l'enfant succombe probablement à des accidents d'encéphalite, car l'autopsie n'a pas été pratiquée.

M. TH. ANGER a trépané un homme de vingt-huit ans, atteint de monoplégie brachiale, de paralysie légère de la jambe et de paralysie faciale gauche. Ces accidents étaient survenus à la suite de phénomènes éclamptiques et d'un abcès de la région mastoïdienne, ouvert antérieurement et resté fistuleux. Le pus (une cuillerée) n'a été rencontré qu'à une certaine profondeur; nettoyage antiseptique de la cavité, accès de convulsions, mort en quarante-huit heures.

Un autre malade, à la suite d'une chute, a des accès épileptiformes et meurt. A l'autopsie, en avant de la dure-mère, M. Anger trouve un hématome considérable qu'une trépanation aurait pu faire disparaître.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE pense que, devant la précision des diagnostics en pareils cas, il ne faut pas hésiter à inciser immédiatement et largement la dure-mère; les réparations se font d'autant mieux et d'autant plus rapidement que les plaies sont plus étendues et les sujets plus jeunes.

M. TERRILLON, malgré le diagnostic presque certain, n'a pas cru devoir renoncer à la ponction exploratrice. Il annonce qu'il présentera un enfant auquel il a enlevé la moitié du crâne.

Plaie par arme à feu. — M. KIRMISSON recevait, il y a quelques jours, dans son service, un homme de vingt-six ans, qui s'était tiré quatre coups de revolver, dont l'un dans l'oreille droite; une balle était logée dans le rocher. Épanchement sanguin considérable de la région temporale; au niveau du conduit auditif externe, plaie mâchée et irrégulière. En quelques jours, cicatrisation des plaies, mais paralysie faciale et écoulement sanieux par le conduit auditif. M. Kirmisson veut tenter l'extraction de la balle. Le stylet de Nélaton ne donne aucun résultat; les pinces échouent; on détache alors le pavillon de l'oreille dans sa moitié supérieure et on applique une couronne de trépan sur l'apophyse mastoïde : alors, avec la gouge et le maillet, on enlève une portion du projectile signalé par l'appareil de Trouvé. La seconde portion est ensuite enlevée par le petit canal creusé pour la dégager.

Cette opération, longue, n'a donné lieu à aucun accident, la paralysie s'est modifiée, l'écoulement de l'oreille seul a longtemps persisté.

M. CHAUVEL pense que, lorsque le blessé ne présente aucun accident, on doit s'abstenir de toute intervention. Une complication, et en particulier la méningo-encéphalite, exige au contraire l'action du chirurgien. Quant à l'appareil de Trouvé, qui ne fournit parfois aucun renseignement, il ne faut s'en servir que comme d'un adjuvant pour le diagnostic, sans lui accorder plus de valeur qu'il ne mérite.

M. REYNIER partage la manière de voir de M. Chauvel. Il a observé trois cas de blessure d'oreille par balles de revolver. Dans les deux premiers cas, tout s'est passé comme dans le fait de M. Kirmisson; le troisième malade conserve sa balle depuis quatre ou cinq ans, sans en être gêné; il n'y a pas lieu de la rechercher.

M. KIRMISSON considère la méningo-encéphalite comme une contre-indication. Au contraire, s'il n'y a pas d'accidents pressants, il est pour l'intervention.

Restauration de la cavité buccale. — **M. HORTELOUP** signale un procédé de restauration de la cavité buccale, employé par M. Leprévost (du Havre), après la résection du maxillaire supérieur. Il s'agissait d'un polype naso-pharyngien. M. Leprévost détache la muqueuse vestibulaire à son union avec les gencives, la taille régulièrement et la suture à la muqueuse palatine du côté opposé. Ainsi se trouve reconstituée la voûte palatine, sans décoller la muqueuse palatine comme dans le procédé de Langenbeck.

M. POZZI, sans poser une question de priorité, rappelle qu'il y a douze ans, il a mis ce procédé en pratique dans le service de M. Verneuil. Depuis, il s'en est servi souvent, avec avantage, pour l'ablation du maxillaire inférieur.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour le clinicat médical vient de se terminer par les nominations suivantes :

M. Pignol, pour l'Hôtel-Dieu; M. Marfan, pour Necker, et M. Guinon, pour la Salpêtrière.

Nos lecteurs, qui n'ont pas oublié les excellentes Revues générales publiées dans la *Gazette des hôpitaux*, par MM. Pignol, Marfan et Guinon, s'uniront à nous pour féliciter nos nouveaux chefs de clinique.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour deux places de médecin adjoint vient de se terminer par la nomination de MM. Auché et Mesnard.

Le concours pour deux places de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de MM. Sengensse et Lamarque.

— *Hospice général de Tours.* — Un concours pour une place de médecin adjoint à l'hôpital civil de Tours s'ouvrira le lundi 21 octobre 1889, à l'hospice général de Tours. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. l'économe de l'hospice général.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Hallopeau est nommé préparateur adjoint du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Alard, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Lamy est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Locquette, des fonctions d'aide-préparateur de physique.

M. François est nommé aide-préparateur du laboratoire des cliniques (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Gouret, docteur ès sciences, est nommé sous-directeur de la station zoologique maritime.

— M. le docteur Carion, médecin adjoint au lycée de Charleville, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur d'Hôtel, décédé.

— M. le docteur Bonefé est nommé médecin adjoint du lycée de Rodez, en remplacement de M. le docteur Nègre, démissionnaire.

— MM. les docteurs V. Ollier (de Vals), di Lorenzo (de Naples), Vidal (d'Hyères), Borel (de Chabreuil) et Morice (de Néris), viennent d'être élus membres correspondants de la Société de médecine de Lyon.

— Hier dimanche a eu lieu, à Auxerre, l'inauguration de la statue de Paul Bert. M. le professeur Dastres a prononcé un discours au nom de la Faculté des sciences de Paris et M. le docteur Dumontpallier a pris la parole au nom de la Société de biologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Décujis (d'Antony), Dujardin (d'Armentières), Pichard (de Rémalard), Rambaud (de Saint-Vivien), Reibel, ancien médecin en chef des hôpitaux de Strasbourg.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel technique et pratique d'anthropométrie cranio-céphalique (méthode, instrumentation à l'usage de la clinique; de l'anthropologie criminelle), par le professeur M. BENEDIKT, traduit et remanié, avec le concours de l'auteur, par le docteur KÉRAVAL, ouvrage précédé d'une préface de M. le professeur CHARCOT. 1 vol. in-8° avec 26 figures intercalées dans le texte et 1 planche. — Prix : 5 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

L'atonie intestinale et ses complications, par le docteur Ch. MALIBRAN, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-18. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 78. — JEUDI 11 JUILLET 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 11 JUILLET 1889. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Deux élections à deux places de membres correspondants nationaux, une rectification de M. Brouardel et deux notes : l'une sur l'hygiène alimentaire des nourrissons; l'autre sur le traitement du décollement de la rétine; tel est le bilan de la journée.

Signalons toutefois les décisions prises par l'Académie au sujet des candidats correspondants ; nous les reproduisons au compte rendu.

HOTEL-DIEU. — M. CASTEX.

Tumeurs mélaniques de la joue.

La malade dont j'ai aujourd'hui à vous parler, avant l'opération que M. le professeur Richet va lui faire subir, est atteinte de tumeurs mélaniques de la joue gauche. La plus grande de ces tumeurs, nettement noire, est absolument caractéristique et nous présente tout l'aspect d'un fragment de truffe. C'est là un cas relativement rare et, pour le dire tout de suite, d'un pronostic fort grave.

Dans l'histoire de cette femme nous ne trouvons pas le moindre dossier morbide ; ses antécédents héréditaires sont absolument nuls; les divers membres de sa famille sont très bien portants et aucun d'eux n'est atteint de la plus petite tumeur. Elle-même s'est toujours très bien portée. Elle a soixante ans et exerce le métier de journalière.

C'est au mois d'avril de l'année dernière qu'elle s'est aperçue, pour la première fois, de l'existence sur la joue du côté gauche d'une petite tumeur rougeâtre. Assez effrayée, elle se rend à l'Hôtel-Dieu, entre dans le service de M. Tillaux qui, au bout de quelques jours, lui enlève ladite tumeur. Peu après, la plaie étant cicatrisée, elle rentre chez elle. Mais, au mois de novembre suivant, le mal avait récidivé et, au lieu d'une tumeur elle en constatait deux. Cependant, ce n'est que six mois plus tard qu'elle se décidait à venir de nouveau à l'hôpital et qu'elle entrait dans le service de M. le professeur Richet.

Voici maintenant l'état dans lequel elle se trouvait à son arrivée et se trouve encore aujourd'hui. On constate sur la joue du côté gauche deux tumeurs : la première, de forme conique, mesurant de 3 à 4 centimètres de hauteur, située à la partie supérieure de la joue, en arrière de l'os malaire, et dont le sommet est formé par une masse arrondie aussi noire qu'une truffe; la seconde, grosse comme une petite noisette dépouillée de sa coque, aussi noire que la précédente, est située également sur la joue mais un peu en dehors et au-dessous de la commissure labiale du côté gauche.

Ces deux tumeurs sont mobiles sur les parties profondes ; elles sont logées dans la joue et comme implantées sur la peau. La première s'étend sur l'apophyse zygomatique, sur laquelle elle se moule, et sa base semble creusée par l'os.

De plus, si l'on examine minutieusement la figure, on découvre encore, un peu au-dessous de la paupière inférieure de l'œil gauche et surtout sur son bord adhérent, un petit point noir comme un grain de tabac, et de même nature que les deux tumeurs que nous venons de décrire.

Enfin, en étudiant les téguments du tronc, on aperçoit à peu près au centre du dos une quatrième petite tache, également noire, et assez semblable à ce qu'on appelle vulgairement un grain de beauté.

En résumé, cette femme présente un exemple de mélanose des plus nets. Il n'y a aucun ganglion dégénéré et pas la moindre trace de cachexie. La malade a conservé l'intégrité de ses forces, elle a un très bon appétit, elle n'a nullement maigri jusqu'à ce jour. L'examen des urines et du sang n'a rien révélé de particulier. Elle ne tousse pas et l'expectoration est nulle.

Bref, le diagnostic ne saurait être douteux, surtout en présence d'une récidive assez rapide : il s'agit de sarcomes mélaniques ; car les tumeurs mélaniques sont presque toujours des sarcomes.

Dans les cas de tumeurs mélaniques, le sang, d'après Virchow et d'après les travaux présentés à ce sujet par M. Nepveu, en 1872, à la Société de biologie, le sang, dis-je, contient deux sortes d'éléments morbides, soit des sortes de blocs erratiques noirs, soit de petites granulations noirâtres, moins volumineuses que les blocs. Cette substance

noirâtre étudiée par Robin, qui lui a donné le nom de mélanine, est formée par de petites granulations arrondies de 1 à 10 millièmes de millimètre; elle est analogue à celle que l'on trouve dans la choroïde des individus sains, surtout chez les sujets bruns, ainsi que dans les couches profondes de l'épiderme, où elle constitue le pigment cutané. On l'aperçoit surtout dans le scrotum et sur le mamelon; notamment chez les femmes grosses ou qui allaitent leur enfant.

Robin a montré que tantôt cette substance forme des amas qui constituent à eux seuls des tumeurs; le fait est très rare, j'en connais deux cas qui appartiennent à M. Landrieux et à M. Lancereaux, ce sont des mélanomes; tantôt elle donne lieu à la formation de tumeurs mélaniques (épithéliomas, carcinomes et surtout sarcomes). Depuis dix-huit mois, j'ai eu l'occasion d'en observer deux cas dans le service de M. le professeur Richet. Leur siège de prédilection est le pied (gros orteil ou talon) ou, comme chez notre malade, la face.

Il s'agit donc ici d'un sarcome mélanique, c'est-à-dire du pire des cancers. Faut-il alors opérer? La question a été très discutée: Dupuytren déclarait qu'il ne fallait pas opérer le cancer noir; Billroth distingue ces sarcomes en deux classes, ceux que l'on peut opérer et ceux auxquels on ne doit pas toucher. Les tumeurs que notre malade nous présente sont de celles qui me paraissent autoriser une intervention chirurgicale, d'abord parce qu'elles sont extrêmement bien circonscrites, ensuite parce que l'état général, satisfaisant, met la malade dans de bonnes conditions opératoires.

Doit-on recourir au bistouri? La chose est possible, mais le thermocautère est préférable, en raison du siège de ces tumeurs, c'est-à-dire de la face dont la grande vascularisation facilite les hémorrhagies, en raison aussi de ce qu'il modifie les tissus.

J'ajoute que les deux points noirs du dos et de la paupière inférieure ont une grande importance au point de vue du pronostic et du diagnostic, car ils nous éclairent sur la nature même des tumeurs principales. Ces points noirs restent quelquefois stationnaires, mais d'autres fois aussi ils grandissent tout à coup et passent, à leur tour, à l'état de tumeurs. Enfin, elles récidivent facilement et assez rapidement. Un travail présenté à l'Académie, il y a quelques années, montrait, sur 46 cas, 46 récidives. Cependant, nous devons à la vérité que quelques opérations ont été suivies d'une longue survie, voire même de guérison, M. Pamard père (d'Avignon) a cité trois ou quatre faits de guérison complète; une thèse de M. Simon (année 1881) relate également plusieurs cas de guérison.

En résumé, je crois pouvoir conclure, en terminant, que :

1° Les tumeurs compliquées de mélanose sont graves;

2° Chaque fois que l'on est en présence d'une tumeur maligne, on doit rechercher avec soin s'il n'existe pas quelque point noir pouvant éclairer le diagnostic;

3° Toutes les fois que les viscères sont sains et que le sang et les urines ne présentent aucune particularité morbide, mais sont indemnes, on peut opérer;

4° On doit toujours surveiller les signes dits grains de beauté, en ce qu'ils sont quelquefois le point de départ de tumeurs mélaniques.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Potain.

Cirrhose hypertrophique et lithiase biliaire.

(Leçon recueillie par M. L. Fayès.)

Un homme de vingt-neuf ans est entré dans notre service, il y a quelques jours. Ce malade avoue des excès de boissons alcooliques, rhum, genièvre, etc., pendant son séjour aux colonies et dans les pays chauds. Son père est mort d'un cancer. Il porte quelques ganglions dans les régions inguinales et un seul dans la région du cou. Petite tumeur de forme allongée au niveau de l'épigastre. Enfin, ce malade présente les plus grandes difficultés de diagnostic.

Malgré ces difficultés, on peut affirmer qu'on se trouve en présence d'une cirrhose hypertrophique compliquée de lithiase biliaire, et cela, après avoir éliminé tour à tour la longue série des maladies dans lesquelles on peut rencontrer les deux symptômes qui dominent chez notre malade, c'est-à-dire l'ictère et le gros foie. On rencontre, en effet, les mêmes symptômes dans le cancer, le kyste hydatique, le diabète, la pleurésie et la péritonite diaphragmatiques, la leucémie, la lithiase biliaire, la syphilis, la cirrhose paludéenne, la cirrhose hypertrophique, etc.

L'origine de la maladie peut s'expliquer ainsi : le séjour prolongé du jeune homme dans les pays chauds a prédisposé son foie à la prolifération, à l'hypertrophie; l'abus de l'alcool a fait le reste, c'est-à-dire engendré la cirrhose hypertrophique.

Puis les calculs sont venus produire l'obstruction des voies biliaires, et la distension de la vésicule, qui vient former au creux épigastrique une petite tumeur qui pourrait faire croire à un néoplasme, si l'on ignorait le déplacement assez fréquent de cette vésicule.

Après avoir établi les différences anatomiques et cliniques qui existent entre la cirrhose hypertrophique et la cirrhose atrophique, il nous reste à faire l'étiologie de ces cirrhoses différentes qui se rapportent toutes, en général, à l'influence de l'alcool (20 fois sur 35), malgré la différence qui existe entre les lésions anatomiques de ces deux cirrhoses.

Pourquoi l'alcool produit-il tantôt une atrophie, tantôt une hypertrophie du foie? On ne sait pas encore exactement la cause de cette bizarrerie.

Enfin, le diagnostic étant bien établi, nous formulons le traitement de notre malade.

Il consistera à combattre d'abord la lithiase biliaire et sera assez simple. On facilitera l'évacuation des calculs par des lavages (boissons et lavements). Nous donnons la préférence à l'éther, 10, 15 ou 20 gouttes par jour, dans une infusion de boldo, pour éviter les spasmes si douloureux qui retiennent les calculs dans les voies biliaires.

Nous proscrivons, dans ce cas, les eaux alcalines qui seraient très nuisibles à ces malades, dont les vaisseaux sont altérés par l'ictère persistant; elles favoriseraient la fâcheuse tendance des ictériques aux hémorrhagies.

Il faut, dans ces circonstances, recourir aux eaux légèrement calcaires et, dans ce cas, nous donnons la préférence à l'eau de Contrexéville, dont on peut faire prendre, sans crainte, de une à deux bouteilles chaque jour, pendant la durée de cette maladie.

Il conviendra de traiter ensuite la cirrhose dont la marche, chez ce malade, semble heureusement très lente, ce qui

permet d'espérer que la médication mercurielle, associée à quelques douches, enrayera le travail phlegmasique.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (1).

(Leçons recueillies par M. LAPERVENCHE, interne des hôpitaux.)

XX

Nous pourrions encore vous citer nombre d'exemples pour vous montrer le manuel ainsi que les avantages du morcellement et du pincement combinés. Nous préférons nous en tenir à ceux que nous vous avons cités. Ils suffiront, nous l'espérons, pour entraîner la conviction de ceux qui ne nous ont pas vu, comme vous, les mettre en pratique, et pour nous autoriser à conclure :

1° Que le morcellement est une méthode qui permet d'enlever les tumeurs par portions, du centre à la périphérie;

2° Qu'il doit être combiné à l'hémostasie préventive, temporaire ou définitive des vaisseaux afférents et efférents;

3° Qu'il diminue la durée des opérations en permettant de bien voir les vaisseaux, de les pincer et de supprimer la plupart des ligatures;

4° Qu'il en diminue le danger en réduisant rapidement le volume des tumeurs et en donnant ainsi le moyen de ménager les organes importants qui les entourent;

5° Qu'il exige des instruments et un manuel opératoire spéciaux que nous ne cessons de perfectionner;

6° Que ces instruments et ce manuel, bien qu'ayant pour l'ensemble des opérations la plus grande analogie, varient nécessairement un peu suivant que les tumeurs sont bénignes ou malignes, petites ou grandes, superficielles ou profondes, liquides ou solides;

7° Que si les tumeurs sont petites et superficielles (kystes, abcès, lipomes, adénomes, sarcomes, cancers), le bistouri, les ciseaux, les pinces hémostatiques ordinaires suffisent pour permettre leur transfixion, leur morcellement, leur dissection, et pour éviter toute hémorrhagie immédiate ou secondaire sans qu'il y ait besoin de laisser de ligatures perdues;

8° Si les tumeurs sont peu étendues et situées dans l'épaisseur de couches membraneuses, comme celles qui recouvrent ou entourent les orifices normaux (lèvres, paupières, vulve, anus), les mêmes instruments suffisent à la condition d'avoir des pinces petites, à mors droits ou courbes, assez élastiques pour ne pas contondre inutilement les tissus par excès de pression;

9° Si les tumeurs sont un peu plus volumineuses, un peu plus profondes, comme celles de la langue, des reins, de l'utérus, il faut des ciseaux, des bistouris et des pinces à mors plus longs, droits ou courbes. Les mors des pinces seront forts, dentés, s'il s'agit de tumeurs comme celles de la langue, à cause de la friabilité du tissu de l'organe qui en favorise le glissement et l'échappement, ou fenêtrés, lisses, dentés, s'il s'agit de tumeurs comme celles du corps de l'utérus. Pour ces dernières les pinces à demeure remplaceront avantageusement les ligatures;

10° Si les tumeurs sont vastes ou très profondes, comme celles des viscères splanchniques, d'autres procédés sont nécessaires;

11° Pour celles qui sont liquides, pédiculées, non adhérentes, comme les kystes ovariques, la ponction avec le trocart et le broiement des loges secondaires au moyen de la main introduite dans la loge principale, permettent d'en diminuer le volume, en même temps que le pincement bilatéral du pédicule avec des pinces à mors courbes et sa ligature permettent de les détacher sans crainte d'hémorrhagie immédiate ou secondaire;

12° Pour celles qui sont liquides, uniloculaires, adhérentes sur une portion de leur étendue à des organes délicats dont la dissection serait dangereuse, l'excision par morcellement de la partie superficielle avec les ciseaux ou le bistouri, après l'avoir saisie avec des pinces à mors courbes, en T, en cœur, etc., et la suture des lèvres de la portion restante à celles de la plaie pariétale, le drainage et les injections antiseptiques (traitement par suppuration), suffisent pour obtenir une guérison moins prompte, mais durable (kystes du rein, du mésentère, de l'ovaire, de l'utérus, de la rate, du foie, etc.);

13° Pour celles qui sont solides, d'autres instruments sont nécessaires;

14° Si la tumeur est petite, molle, pourvue d'un pédicule facile à lier, le bistouri, les ciseaux et les pinces hémostatiques ordinaires suffisent pour conduire l'opération à bonne fin; des pinces à demeure ou des ligatures perdues placées sur le pédicule assurent ensuite l'hémostase;

15° Si elle occupe des organes à structure délicate, comme l'intestin, la ligature élastique est préférable aux pinces à mors souples, même enveloppés de caoutchouc, pour faire l'hémostasie préventive;

16° Si elle est implantée par une surface large, résistante, difficilement accessible, comme les grandes tumeurs fibreuses du bassin, il convient de se munir d'un nombre suffisant de pinces ordinaires et de pinces à mors très longs, droits ou courbes, au besoin dentés, pour assurer l'hémostasie et le morcellement;

17° Si la tumeur est dure, résistante, comme les polypes naso-pharyngiens, la pince-scie est nécessaire pour la couper, la morceler et la détacher;

18° Enfin, si elle est osseuse, comme celle du squelette, la pince emporte-pièce et le polytritome sont indispensables pour la circonscrire et l'enlever par morcellement.

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 686.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. KIRCHBERG.

Observations de pneumonies traitées par l'association de l'ergotine, du quinquina et des révulsifs (1).

II

OBS. III (*recueillie avec le concours de M. Landois, interne du service*). — M... (Édouard-Théophile), marin, entré à la salle 9, est couché au n° 5, le 12 octobre 1887. Antécédents de famille. Son père est âgé de soixante-dix-huit ans et se porte bien. Sa mère est morte, selon l'expression du malade, d'un coup de sang. Deux sœurs et trois frères sont bien portants.

Antécédents personnels. Nous avons affaire à un alcoolisé (cinq litres de vin par jour et six ou sept petits verres en moyenne). Il est de plus syphilitique. Il a eu un chancre, en 1874, et des acci-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 662.

dents secondaires depuis cette époque. Il a eu, en janvier dernier, une rétention d'urine qui a nécessité six jours de traitement. Il a depuis une incontinence.

Cet homme est malade depuis le 7 de ce mois. Il a éprouvé un violent frisson suivi de chaleur. Délire intense la nuit. Asthénie. Oppression. Toux. Douleur vive au côté gauche s'exaspérant à la pression, céphalalgie.

Le soir de son entrée à l'hôpital, M. Landois le trouve couvert d'une sueur froide et visqueuse. L'anxiété est extrême, la dyspnée considérable. Pouls filiforme et fréquent. Voix brève et saccadée, teint animé, lèvres violettes, température axillaire à 39°9. L'expectoration fournit à l'examen quelques crachats ambrés. La douleur est violente à gauche en dehors du mamelon, avec maximum d'intensité siégeant dans le dixième espace intercostal. Les fonctions digestives sont altérées. L'anorexie est complète. La langue est sèche, la soif ardente, l'haleine fétide. Pas de vomissements, mais une constipation qui dure depuis quatre jours et qui a résisté à un purgatif administré la veille de son admission à l'Hôtel-Dieu. Incontinence d'urine.

L'auscultation révèle un grand nombre de râles sous-crépitants fins, disséminés aux deux côtés de la poitrine et prédominant à la base des deux poumons ; un vésicatoire n° 4 est prescrit à gauche.

Potion au rhum, 30 grammes ; à l'ergotine, 3 grammes ; à l'extrait de quinquina, 3 grammes et 120 grammes de véhicule.

Le 13, au matin, l'état général est meilleur. La douleur du côté gauche a diminué. L'oppression est moins forte, la fièvre a baissé, le pouls est à 84 et la température à 37°2 ; la nuit a été bonne, sans délire.

A la percussion, nous trouvons de la submatité à gauche et une matité complète à droite. Les vibrations thoraciques sont conservées des deux côtés ; à droite, elles sont plus accentuées.

En arrière, on trouve des deux côtés un mélange de râles crépitants, sous-crépitants, sibilants et ronflants constituant le vrai bruit de tempête des auteurs et masquant un bruit de souffle qui se perçoit par instants et difficilement. Ces phénomènes prédominent à droite. Les crachats sont caractéristiques de la pneumonie mais peu abondants. Rien au cœur. Le malade est toujours constipé, les urines sont alcalines, très chargées de carbonates qui font effervescence par l'addition de quelques gouttes d'acide azotique. Pas de trace d'albumine. Nous prescrivons une potion avec 4 grammes d'ergotine et d'extrait mou de quinquina Calisaya, 30 gouttes de teinture de digitale et 120 grammes de véhicule. Un lavement émollient, du lait, du bouillon et trois rations de vin.

Le 13, au soir, M... se trouve un peu soulagé, deux évacuations copieuses ont eu lieu, la céphalalgie a disparu. Température 38 degrés.

Le 14, au matin, le malade n'a pas eu de délire mais une insomnie complète ; les râles ont diminué d'abondance et laissent mieux percevoir le souffle ; les crachats sont en plus grande abondance, présentent une teinte rougeâtre et sont très visqueux. Vésicatoire n° 4 à droite. Continuation de la potion.

Le 15, la nuit a été très bonne. Le malade a dormi. A l'auscultation nous trouvons encore des râles sibilants, ronflants et sous-crépitants et une respiration soufflante des deux côtés : ces symptômes prédominent à droite et en arrière des deux côtés. Le malade se sent moins oppressé et est allé à la garde-robe. Même prescription.

Le 17, amélioration notable ; le souffle a diminué ainsi que les râles, l'expectoration ne fournit plus que des crachats muqueux, la température est à 38°8 le pouls à 72. M... demande à manger. Un potage est ajouté à ses liquides alimentaires.

Le 20, le pouls est à 68, la température à 36°5. La digitale est supprimée de la potion, l'ergotine est réduite à 2 grammes et l'alimentation, qui a été augmentée depuis le 17, l'est encore davantage.

Le 24, la persistance de quelques râles décide la prescription d'un vésicatoire n° 3. Les jours suivants, la potion est supprimée, l'alimentation augmentée et le malade sort guéri de sa double pneumonie dans les premiers jours de novembre.

Obs. IV (*recueillie avec le concours de M. Guimbretière, interne du service*). — Marie V..., domestique, est malade depuis huit jours. Elle a éprouvé, avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, de la céphalalgie, de la toux, un point de côté et de la diarrhée.

Le 6 juin, jour de son entrée dans le service, elle se plaint d'un point de côté siégeant au-dessous du sein gauche, elle a un peu d'oppression. Ses crachats jaunâtres, visqueux, sont rouillés par places. L'examen de la poitrine fournit les renseignements suivants : matité à la base du côte gauche en avant et en arrière, souffle tubaire et râle crépitant. Vibrations augmentées à la palpation. Le côté droit est sain. La malade accuse une diarrhée, modérée cependant.

La température est à 39°4, le pouls à 120.

On lui applique un vésicatoire n° 3 au côté gauche, et je lui prescris une potion gommeuse avec 3 grammes d'ergotine, lait et bouillon.

Le lendemain 7, persistance des phénomènes stéthoscopiques et plessimétriques, fièvre aussi intense. L'ergotine est portée à 5 grammes et 20 gouttes de teinture de digitale sont ajoutées à la potion.

Le 8, température à 38 degrés le matin, persistance des râles. Continuation de la potion, vésicatoire n° 3 au côté gauche. Le soir, la température s'élève à 39°2.

Le 10, température à 37°8 le matin et 39°2 le soir. Pas de changement notable dans l'auscultation et la percussion. Continuation des mêmes prescriptions.

Le 12, la température est à 38°8 le matin, 38°8 le soir. On remarque une diminution du souffle, les râles crépitants persistent quoique moins abondants. La diarrhée est terminée ; mêmes prescriptions.

Le 14, température 36°6 le matin, 37°2 le soir. Le souffle a complètement disparu et est remplacé par du râle sous-crépitant, le râle crépitant a disparu. Suppression de la digitale, abaissement de la dose d'ergotine à 2 grammes. Potages ajoutés à l'alimentation.

Le 16, température à 36°4, suppression de la potion, augmentation de l'alimentation.

Le 18, l'auscultation et la percussion ne dénotent plus rien d'anomal. Le pouls est calme, la température à 36 degrés, l'appétit est bon ; la malade est alimentée de plus en plus et sort guérie quelques jours après.

Obs. V (*prise avec le concours de M. Guimbretière, interne du service*). — A... (Achille), âgé de vingt-cinq ans, chaudronnier, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 5 mai 1888.

Cet homme déclare que, dans son enfance, il était sujet aux convulsions. En 1883, habitant Rochefort, il y a contracté des fièvres intermittentes.

Dans la nuit du 30 avril au 1er mai, il fut pris de vomissements répétés à la suite de l'ingurgitation d'une grande quantité d'eau froide. Le 1er mai, il avait de l'inappétence, de la céphalalgie, de l'oppression et de la fièvre qui n'a pas été précédée de frisson bien net. Cet état dure sans amélioration jusqu'au 5 mai, jour où le malade se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Cet homme se plaint de douleur à la région précordiale, la douleur est exaspérée par la toux qui est fréquente, l'oppression est considérable ; le crachoir contient des crachats rouillés, disséminés au milieu de crachats muqueux. L'inspection, la palpation, l'auscultation et la percussion de la région cardiaque ne dénotent rien d'anomal du côté du cœur. Le poumon droit est sain. On constate de la matité en arrière à la base du côté gauche, les vibrations thoraciques sont exagérées. L'auscultation révèle des râles sous-crépitants à la base du poumon gauche.

Le malade a de la diarrhée depuis plusieurs jours, la température est à 39°3, le pouls petit et dépressible. Sulfate de quinine 1 gramme. Vésicatoire n° 3 à gauche de la poitrine. Potion de Todd.

6 mai, le pouls est à 96, la température à 38°2 le matin. Vingt-quatre respirations à la minute. Le pouls est petit et dépressible, rien au cœur. Des râles crépitants s'entendent dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche. Potion avec 4 grammes d'ergotine et d'extrait de quinquina Calisaya. Le soir, la température s'élève à 39 degrés, l'oppression est un peu plus forte que le matin.

Le 7, au matin, la température est à 39°7, le pouls à 88, 24 respirations. Le râle crépitant n'a pas diminué, le malade a un peu moins de diarrhée; même potion.

Le soir, la température est à 39 degrés, le pouls 100. A... a eu une légère épistaxis.

Le 8, l'examen minutieux de la surface cutanée ne dénote pas de taches rosées lenticulaires; la langue est sale, le malade a vomi sa potion, la région cæcale ne présente pas le phénomène du gargouillement; du reste, la diarrhée va toujours en diminuant. Des râles crépitants s'entendent sans aucun mélange de souffle, les crachats présentent encore des caractères pneumoniques. On remarque une teinte subictérique des conjonctives. La percussion ne dénote rien de saillant du côté du foie, qui ne déborde pas les fausses côtes et n'est pas douloureux.

Les urines, que nous avions trouvées albumineuses, depuis le 6, continuent à l'être et présentent, en outre, une teinte verdâtre quand on les traite par l'acide nitrique.

Le quinquina est supprimé de la potion, mais l'ergotine est continuée à la dose de 4 grammes; deux litres de lait.

Le soir, la température est à 39°5 et le pouls à 100.

Le 9, la température est à 38°8, le pouls est à 100, la respiration à 20. Les sclérotiques sont encore un peu jaunâtres. Le râle crépitant est moins étendu, mais on entend parfois un peu de souffle à gauche. Le malade n'a pas eu de vomissements mais il se sent plus faible. Vésicatoire à gauche. Trois litres de lait, 4 grammes d'ergotine, une ration de vin.

Le 10, température le matin 37°2, pouls 84, respiration 18. Pas de souffle, râles sous-crépitants à grosses bulles, crachats jaunâtres. Le soir, température à 39°1.

Le 11, température à 37 degrés. Pouls à 80. Respiration 16. Les râles sous-crépitants diminuent, les conjonctives sont encore un peu jaunâtres, mais cette coloration a diminué. A... commence une alimentation légère qui est bien supportée.

Le 13, la température est à 37 degrés, le pouls à 64. La teinte ictérique diminue ainsi que les râles sous-crépitants; l'ergotine, dont la dose a été abaissée ces jours-ci, n'est plus prescrite qu'à la dose de 1 gramme; la ration alimentaire est graduellement augmentée.

Le 17, les râles ont complètement disparu, l'ergotine est supprimée et, le 19, le malade se trouvant assez bien demande son exeat; à sa sortie, l'examen des urines ne présentait rien d'anomal.

Obs. VI (*recueillie avec le concours de M. Guimbretière, interne du service*).—P... (Jacques), âgé de quarante-huit ans, manœuvre, a eu une attaque de delirium tremens, en 1884. Il a eu cette même année une attaque de choléra; il travaillait, dit-il, sur la fosse à décharger un navire, quand cette maladie l'a frappé.

Cet homme, doué d'une constitution robuste, est malade depuis sept ou huit jours. L'affection a débuté par de la fièvre, un point de côté à droite et de la toux. Puis, il a eu de la céphalalgie et des vomissements.

Le 16 juin, le malade tousse beaucoup, les crachats sont jaunâtres, visqueux, quelques-uns sont rouillés, la fièvre est forte. Le cœur ne présente rien d'anomal. A la percussion, nous trouvons de la matité à droite, une légère exagération des vibrations thoraciques. L'auscultation révèle du souffle à droite. Le côté gauche est indemne. Nous constatons un tremblement alcoolique excessif et une oppression extrême.

Vésicatoire n° 4 à droite. Potion gommeuse avec 4 grammes d'ergotine et autant d'extrait mou de quinquina Calisaya. Bouillon, lait, quatre rations de vin.

Le 17, la fièvre est peu prononcée, la respiration est moins pénible. On entend des râles crépitants à la base du poumon droit, même prescription.

Le 18, l'oppression a augmenté, mêmes phénomènes stéthoscopiques et plessimétriques; fièvre intense, mais, chez ce sujet, le thermomètre ne peut être appliqué, le pouls exactement compté à cause de l'agitation alcoolique.

Nous prescrivons un nouveau vésicatoire n° 4, à droite, et la dose d'ergotine est portée à 5 grammes.

Le 19, l'état général paraît amélioré, mais l'état local est le même, le souffle est toujours très accentué, la fièvre est intense. Outre sa potion ordinaire, le malade prend 1 gramme d'analgésine.

Le 20, P... a depuis la nuit dernière une violente attaque de delirium tremens, il est impossible de l'ausculter et de le percuter. 1 gramme de musc est ajouté à la potion à l'ergotine. Suppression de l'analgésine.

Le 21, le malade est un peu plus calme, mais le 22 se manifeste une nouvelle et violente attaque de delirium tremens qui continue le 23; cependant, ce jour, l'examen de la poitrine n'est pas complètement impossible. L'état plessimétrique et stéthoscopique nous paraît peu modifié. Continuation du musc, de l'ergotine et, bien entendu, des quatre rations de vin; de plus, lait et bouillon.

Le 24, nous constatons un peu moins de délire; la dose de musc est diminuée de moitié.

Le 26, délire moins intense. L'expectoration est abondante. Le souffle est moins intense. Râles sous-crépitants à droite, moins de fièvre.

Le 28, amélioration notable, beaucoup moins de délire, disparition du souffle; encore quelques râles sous-crépitants.

Le 29, disparition du délire, des râles et de la fièvre; suppression de la potion; alimentation légère qui est graduellement augmentée les jours suivants.

Pendant sa convalescence, le malade a eu quelques furoncles à l'aisselle droite et des douleurs rhumatismales à une jambe, douleurs qui ont rapidement cédé au salicylate de soude.

Il a quitté l'hôpital complètement guéri, le 23 juillet.

Ces faits joints à un cas de pneumonie grave terminé par la guérison, dont j'ai donné communication à notre Société de médecine, le 7 octobre 1887, me portent à penser que l'ergotine, jointe au quinquina, peut nous rendre des services dans les cas de pneumonie à forme adynamique, ou de pneumonie survenant chez des sujets de constitution délicate ou de constitution forte, mais momentanément affaiblis par des privations ou des fatigues; enfin chez des sujets de constitution forte, mais déprimés par l'alcoolisme comme nous l'avons vu chez un de nos malades. Lorsque, chez de tels sujets, le pouls est très fréquent, la température élevée et la muqueuse digestive indemne d'inflammation notable, je joins avec avantage à ces deux moyens la teinture de digitale, que je repousse, au contraire, quand il y a de l'intolérance gastrique. J'ai l'habitude d'aider ces moyens de l'action des révulsifs.

J'avoue que, si je n'avais à la disposition de mon appréciation que les quelques faits que je viens de relater, je n'oserais encore tirer une conclusion; mais auparavant, dans un certain nombre de cas de pneumonie, j'avais employé les mêmes moyens avec la même fortune; seulement les observations n'ont pas été prises.

Ces faits eux-mêmes n'avaient pas été les premiers contre lesquels j'avais pensé à l'association de l'ergotine, de l'extrait mou de quinquina Calisaya et des révulsifs contre l'inflammation du poumon. C'est d'abord contre la forme pectorale de la fièvre typhoïde, que j'ai eu recours à cette triple association. Ici, les faits heureux s'élèvent à peu près

à une vingtaine depuis plusieurs années. Là encore, les observations n'ont pas été prises, parce qu'à ce moment, je me demandais si les résultats que j'obtenais n'étaient pas dus à une coïncidence, à une série de malades à résistance organique vigoureusement constituée. La multiplicité des cas heureux m'a décidé à prendre les quelques observations que je viens de faire connaître.

Mais est-ce à dire que ces moyens réussissent presque toujours dans les pneumonies adynamiques? En éloignant même les cas malheureux dans lesquels les malades viennent à nous ou nous appellent quand la position est désespérée, peut-on croire que cette médication, même dans les conditions en apparence les meilleures, n'aura pas, elle aussi, ses revers et peut-être de nombreux revers? Il faudrait, pour oser l'espérer, bien peu connaître le mirage trompeur de la thérapeutique qui, trop souvent, s'évanouit si vite à l'arrivée brutale de faits nouveaux et malheureux.

ANATOMIE

Sur l'hyaloïde et la zone de Zinn.

Par M. Edmond HACHE.

De recherches faites au laboratoire d'histologie du Collège de France, il résulte les faits suivants :

La limitante interne de la rétine n'existe plus à partir de l'orra-serrata ;

L'hyaloïde ne présente aucune modification d'épaisseur, de structure ou de texture au niveau de la région ciliaire ; elle ne subit aucune division et n'entre pas en rapport avec la cristalloïde, mais se réfléchit au niveau du sommet des procès ciliaires pour se continuer sur leur bord libre, doublant ainsi toute la portion ciliaire de la rétine ; elle apparaît donc comme une membrane hyaline très mince séparant le corps vitré d'origine mésodermique de la rétine (ectodermique), rappelant, comme disposition et comme rôle, la lame vitrée de la choroïde et la basale du derme ;

La zone de Zinn appartient, en réalité, au corps vitré ;

Les canaux de J.-L. Petit et de Hannover sont des produits artificiels dus à l'écartement des parties constituantes de la zone de Zinn. (*Journ. des conn. méd.*)

ACTION THÉRAPEUTIQUE DE LA CORONILLE

DANS LES AFFECTIONS CARDIAQUES.

Par MM. les docteurs SPILLMANN, professeur de clinique médicale, et HAUSHALTER, chef de clinique à la Faculté de Nancy.

Conclusions. — La coronille (*Coronilla scorpioides, L.*) peut être considérée comme un médicament cardiaque, capable de modifier dans un sens favorable un certain nombre de symptômes résultant d'un défaut d'énergie du myocarde. Les effets utiles, quand ils se produisent, suivent rapidement l'administration du médicament, mais cessent en grande partie dès qu'on vient à le supprimer. Les effets consistent dans un accroissement d'amplitude du pouls, une augmentation de la diurèse, une diminution des œdèmes, un amendement de la dyspnée. La coronille perd son action dans les cas où la digitale est devenue inefficace, c'est-à-dire dans les cas où le muscle cardiaque est profondément dégénéré. Dans tous les cas où la coronille est efficace, la digitale l'est également. L'administration de la coronille est suivie, dans quelques cas, de vomissements et de diarrhée.

La coronille s'emploie à l'état d'extrait alcoolique ou de coronilline.

La coronilline se donne, en potion, à la dose de 40 à 60 centigrammes.

L'extrait de coronille se prescrit sous forme pilulaire ou en cachet, ou le plus souvent en potion, à la dose de 50 centigrammes à 1gr50. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juillet 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Berger et Terrillon ; — 2° Le rapport annuel sur le service de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, en 1887-1888 ; — 3° Une note manuscrite sur l'analyse des eaux de Saint-Gervais, par le docteur Deligny.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la troisième division :

1° Pour la première place, sur 34 votants, majorité 18 :

M. Peuch obtient . . . . 31 voix.
M. Signol . . . . 1 —
Bulletins blancs 2

En conséquence, M. Peuch est proclamé membre correspondant national ;

2° Pour la deuxième place, sur 40 votants, majorité 21 :

M. Signol obtient . . . . 39 voix.
Bulletin blanc 1

En conséquence, M. Signol est proclamé membre correspondant national.

COMMUNICATION

Intoxication arsenicale. — M. BROUARDEL, en réponse à une observation qui lui a été faite par M. Gautier, déclare qu'il n'a pu trouver le mémoire dans lequel M. Papillon aurait signalé la présence de l'arsenic dans les os.

M. Papillon a bien consacré deux mémoires à la substitution du sulfate de magnésie et de la strontiane au phosphate des os, mais il ne parle pas de l'arsenic.

Skolozouboff, de son côté, ne dit rien des symptômes bronchiques, de la succession des accidents par périodes, ni de la localisation de l'arsenic dans les os.

LECTURES

Gastro-entérite des enfants du premier âge — M. COHEN lit un mémoire dans lequel il attribue la gastro-entérite des enfants du premier âge, bien plus à la mauvaise hygiène de leur alimentation, qu'à l'usage du biberon.

Traitement du décollement de la rétine. — M. GALEZOWSKI expose un procédé qui lui a donné, sur cinq cas, quatre résultats satisfaisants.

L'œil une fois fixé et anesthésié par la cocaïne, on introduit dans la sclérotique, à la limite du cercle ciliaire, une aiguille courbe munie d'un fil très fin de catgut. On pousse l'aiguille d'avant en arrière, aussi loin que possible, à travers la membrane décollée, de façon à ce qu'elle atteigne la limite du décollement.

Après avoir attiré le globe oculaire aussi haut que possible, on fait sortir la pointe de l'aiguille, on la retire, et on noue le fil de catgut à la surface de la sclérotique, en ayant soin de couper les deux bouts qui dépassent le nœud.

Ceci fait, on comprime l'œil et on le laisse ainsi pendant dix à quinze jours, renouvelant le pansement tous les jours, afin de vérifier s'il ne survient pas d'accidents inflammatoires.

Une condition du succès, c'est que l'anse du fil embrasse le plus grand lambeau possible de la rétine décollée.

COMITÉ SECRET

M. LE PRÉSIDENT donne lecture des conclusions votées en comité secret :

1° Les médecins, chirurgiens, etc., résidant à Paris, ne peuvent prétendre au titre de correspondants de l'Académie;

2° Les médecins, exerçant temporairement en province et qui résident à Paris, ne peuvent être correspondants.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 juillet 1889, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Chambé, Lévy, Milon et Renard; — MM. les médecins principaux de deuxième classe Bresson, Servent, Barthélemy, Weill, Lenoir et Lemardeley; — MM. les médecins-majors de première classe Landrin et Utz; — M. le pharmacien-major de première classe Perron.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Douat, Lelorrain, Catteau, Billet, Emmerique, Fournié, Castaing et Charvot; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Georges, Vuillemin, Kleinpetter, Philippe, Hussenet, Larroque, Cros, Lafille, Roblot et Girardin; — MM. les pharmaciens-majors de première classe Bousson, Morel et Massie.

— Par décret, en date du 8 juillet 1889, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Bouloumié, secrétaire général de « l'Union des femmes de France ».

Au grade de chevalier. — M. le docteur Gautier, chargé du service de santé du fort l'Écluse.

— Par décret, en date du 9 juillet 1889, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Barthélemy, directeur du service de santé, à Brest.

Au grade d'officier. — M. le médecin en chef de la marine Jobard; M. le médecin principal de la marine Merlaux dit Ponty.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Reynaud, Auvray, Gallay, Pfihl, Cauvet, Le Landais et Kuenemann; — M. le pharmacien de première classe de la marine Gaudaubert; — M. Combes, ancien chirurgien de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 juillet 1889, la chaire de botanique de la Faculté des sciences de Caen est déclarée vacante.

— Le jury du concours du clinicat chirurgical et obstétrical est arrêté comme il suit : MM. Verneuil, Trélat, Guyon, Duplay, Panas, Tarnier et Pinard.

Les candidats sont : MM. Varnier, Potocki, Tissier, Fournel, Demelin, Olivier, Lepage et Boissard.

— Un concours pour quinze indemnités de 1200 francs à concéder aux étudiants des écoles de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon, s'ouvrira dans ces trois ports le lundi 16 septembre 1889.

— Un concours public est ouvert par la Ville de Paris sur ce sujet : « De l'organisation des bureaux de bienfaisance et du service médical et pharmaceutique pour le traitement des indigents. »

Les manuscrits devront être adressés, avant le 1er novembre 1889, à l'Administration de l'assistance publique, 3, avenue Victoria.

L'auteur du manuscrit classé premier recevra une récompense de 1000 francs. Son manuscrit sera imprimé par les soins du Conseil municipal. — L'auteur du manuscrit classé deuxième recevra une somme de 500 francs.

Le jury se composera de : 1° six membres désignés par le Conseil municipal; — 2° trois membres élus par les concurrents; — 3° le directeur de l'Assistance publique; — 4° un médecin des hôpitaux désigné par le Conseil.

Le concours sera organisé par les soins de l'Assistance publique.

— M. Dumesnil, médecin de deuxième classe de la marine, est nommé prosecteur de l'École de médecine navale de Brest.

— A la demande de M. le docteur Desprès, le Conseil municipal de Paris a décidé qu'à l'avenir, lorsqu'une personne sera blessée au voisinage d'un hôpital, le directeur de cet établissement sera autorisé à prêter un brancard pour le transport du blessé.

— M. le docteur Patrigeon (de Chablis) vient de recevoir le premier prix agronomique de la Société des agriculteurs de France.

— L'École de médecine de Marseille vient de perdre un de ses élèves, M. Vilimiesi, dans des circonstances bien cruelles. Le malheureux jeune homme, en descendant d'un tramway, est tombé et a été écrasé.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les troubles mentaux des vieillards.

Par M. le docteur ROUILLARD,
Chef de clinique des maladies mentales, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne.

Le titre de cette Revue générale devait primitivement être : « De la démence sénile. » Il y avantage, je crois, à élargir le cadre, et à passer en revue, non seulement la démence sénile et les autres états démentiels, mais aussi les différents troubles mentaux que peut présenter un vieillard. Chez celui-ci, en effet, on peut observer des désordres intellectuels de deux sortes : ou c'est une affection se développant chez un individu indemne jusqu'alors, et la maladie a pour étiologie la sénilité ou toute autre cause ; ou bien, une vésanie préexistante subit, par le fait de l'avancement en âge du sujet, une certaine transformation, une évolution qu'il est intéressant de suivre. Tous les jours, dans les hôpitaux, les hospices, les asiles d'aliénés, les maisons de retraite, on voit un vieillard délirer. Le diagnostic est bientôt fait : « C'est un sénile ! » On croit avoir tout dit en accolant à ce malade l'étiquette démence sénile ! Or, outre l'intérêt de la question, bien des points importants sont ainsi négligés, dans un diagnostic approximatif, je n'ose pas dire erroné quelquefois. Quelle que soit, en général, la gravité des troubles mentaux de la sénilité, le pronostic n'est pas toujours fatal, et des questions de la plus haute gravité, responsabilité, capacité civile et testamentaire, légalité de l'internement, etc., peuvent recevoir des solutions diverses.

I

Et d'abord une double question se pose à laquelle il importe, avant tout, de répondre. Qu'est-ce que la sénilité ? Qu'est-ce que la démence ?

Sous le nom de vieillesse ou de sénilité précoce, il faut entendre, avec M. Charpentier (1), le complexus de destruction, le processus de dissolution qui, commençant ordinairement à soixante ans, se continue jusqu'à la terminaison de la vieillesse, d'une façon lente et progressive.

La sénilité précoce, prématurée, serait l'état de ces sujets, vieux avant l'âge, tant au point de vue de l'habitus physique, que du caractère, de l'état mental. Elle pourrait se montrer à cinquante et même à quarante ans. Visage et mains ridés, peau sèche et terreuse, cheveux blanchis ou tombés, dents cariées ou disparues, affaiblissement général du système musculaire, de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire. C'est bien là, en effet, le tableau de la sénilité. Mais ce serait une erreur d'assimiler cet état de sénilité précoce, parfois susceptible de s'amender, avec la vraie sénilité qui suit une marche fatale. Comme nous le verrons plus loin, cet état peut aisément être confondu avec la nostalgie, la dépression mélancolique. A plus forte raison, je n'assimilerai pas à la vieillesse, la pseudo-sénilité de ces jeunes gens, chauves à vingt-cinq ans, et dont le genre de vie, les conceptions intellectuelles, les sentiments affectifs, sont ceux d'un vieillard. Ces restrictions faites, et l'écueil signalé, je ne puis mieux faire qu'attribuer au mot sénilité toute l'extension qu'il est possible de lui donner. « On a l'âge de ses vaisseaux, » a dit si justement M. le professeur Peter. C'est, en effet, dans les neuf dixièmes des cas, à l'athérome qu'il faut attribuer la sénilité précoce. En dehors de cette disposition pathologique, nous ne trouvons que des mélancoliques ou des cachectiques.

Quant à la démence, s'il fallait ici prendre position dans une question aussi controversée, et justifier une opinion, un volume entier ne suffirait pas, et je sortirais de mon rôle purement descriptif. La démence, dit M. Tourdes (1), est l'affaiblissement ou l'oblitération des facultés intellectuelles et affectives, accompagnée de l'affaiblissement et de l'extinction des facultés motrices.

La démence peut donc se montrer à la suite d'une foule d'états pathologiques. C'est, en pathologie mentale, le carrefour où aboutissent et se confondent les diverses variétés d'aliénation mentale. M. Ball divise cet *état-terminus* en trois groupes : les démences organiques, les démences toxiques, les démences névropathiques. Je ne décrirai que les premières, et ne signalerai les deux autres qu'au point de vue du diagnostic différentiel. Pinel (2) définissait ainsi la démence : « Succession rapide, ou plutôt alternative, non

(1) CHARPENTIER. Des troubles mentaux dans la sénilité précoce, *Annales médico-psychologiques*, 1885.

(1) TOURDES. *Dictionnaire Dechambre*, art. DÉMENCE.
(2) PINEL. *De l'aliénation mentale*, p. 180.

interrompue d'idées isolées et d'émotions légères et disparates, mouvements désordonnés et actes successifs d'extravagance, oubli complet de tout état antérieur, abolition de la faculté d'apercevoir les objets par des impressions faites sur les sens, oblitération du jugement, activité continuelle sans but et sans dessein, et nul sentiment intérieur de son existence. »

Cette description, si juste, a le tort de négliger les troubles physiques, et s'applique aussi bien à la démence sénile qu'à la démence de la paralysie générale, confusion qui existait certainement dans l'esprit de Pinel, dont les travaux sont antérieurs à la découverte de la paralysie générale. Il faut donc, faute de mieux, considérer la démence comme l'affaiblissement graduel et progressif du physique et du moral.

La démence sénile offre-t-elle des caractères distinctifs ?

II

Démence simple. — Le premier symptôme de la démence sénile est l'amnésie. « La démence la plus simple, dit Broussais, celle des vieillards, qui ne sont ni fous ni paralytiques, se déclare par une loquacité incohérente dans laquelle on remarque des répétitions qui indiquent l'affaiblissement de la mémoire. » Il ne faut pas confondre cette loquacité souvent intarissable des vieillards, avec la manie vésanique ou son degré plus faible, l'excitation maniaque. Dans la manie, la loquacité présente une incohérence plus apparente que réelle. Si l'on prend la peine d'écouter ce verbiage, on remarque une certaine logique : le maniaque, a dit M. Falret, fait des ellipses. De plus, les conceptions qui se heurtent en foule dans le cerveau du maniaque, ont trait à toutes les époques de sa vie, mais surtout aux faits récents qui ont amené son excitation, et même aux faits survenus depuis l'invasion de la maladie, depuis son internement. La mémoire, en effet, dans la manie vésanique, conserve, chose remarquable, toute son intégrité. Au contraire, le délire de l'excitation maniaque du vieillard roule sur des faits anciens, presque toujours les mêmes, redits, ressassés, rabâchés continuellement. La constatation de cet état de la mémoire suffirait à lui seul pour le diagnostic et permettrait d'affirmer une sénilité précoce, pronostic fort grave, alors que le pronostic de la manie simple est généralement favorable.

L'amnésie de la sénilité est bien le type de l'amnésie progressive. J'y ai longuement insisté ailleurs (1). La mémoire se détruit petit à petit, progressivement, et *couche par couche*. Au début ce n'est d'abord que très peu de chose. Le malade a des absences, de fréquents oublis. L'amnésie ne porte que sur les faits récents. Les événements de la veille sont effacés le lendemain, ils ne prennent pas racine, ne s'implantent pas solidement dans un terrain déjà désorganisé. La mémoire des noms, et principalement celle des noms propres, partira la première ; c'est elle, en effet, la moins tenace, car c'est elle qui évoque le moins d'idées sympathiques. Puis, la mémoire des faits, non seulement journaliers, mais des faits de l'année précédente, s'effacera. Puis l'amnésie gagnera une, deux, plusieurs années ; il ne restera que les souvenirs de l'enfance, les plus enracinés. Aussi le vieillard, cherchant un appui, appelle-t-il souvent sa mère ; c'est le souvenir le plus ancien, le plus profondément gravé, c'est le dernier à s'effacer.

Chacun voit tous les jours un grand nombre de faits de ce genre. A la fin de sa vie, Linné prenait plaisir à lire ses propres œuvres, et quand il était lancé dans cette lecture, oubliant qu'il en était l'auteur, il s'écriait : « Que c'est beau ! que je voudrais avoir écrit cela ! » On raconte un fait analogue de Newton et de la découverte du calcul différentiel. Walter Scott, vieillissant, était sujet à ces sortes d'oublis. On récita un jour devant lui un poème qui lui plut : il demanda le nom de l'auteur ; c'était un chant de son *Pirate*. Un vieillard, étant avec sa femme, s'imaginait être chez une dame à qui il consacrait autrefois toutes ses soirées, et il lui répétait constamment : « Madame, je ne puis rester plus longtemps ; il faut que je revienne près de ma femme et de mes enfants » (Louyer-Villermay).

Ces quelques exemples donnent une idée du profond trouble mnémonique des vieillards. Mais si l'on scrute cette amnésie, on voit que la faculté de conserver et de reproduire les images n'est pas seule atteinte. L'attention surtout fait défaut ; si les faits ne sont pas reproduits c'est, en grande partie, parce qu'ils ne sont pas perçus. L'atrophie de la substance grise explique surabondamment ce phénomène. Et c'est ici l'inverse de ce qui se produit dans l'amnésie transitoire, par traumatisme, à la suite de maladies aiguës, d'alcoolisme aigu, etc., où les souvenirs peuvent être retrouvés après guérison. L'amnésie sénile est, au contraire, irrémédiable.

Si l'amnésie détruit les mots, comme les idées et les faits, ce serait cependant une erreur de confondre, chose facile au premier abord, le langage d'un dément sénile avec celui d'un aphasique. Chez l'un, c'est un trouble moteur, chez l'autre, c'est un trouble purement intellectuel. Mais si la mémoire psychique se détruit, la mémoire organique résiste plus longtemps, et l'automatisme cérébral permet d'accomplir des actes en apparence compliqués, mais qu'une habitude routinière rend inconscients. Ce qui explique, comme le dit M. Calmeil, que des déments séniles, incapables parfois de dire où ils se trouvent, puissent jouer aux dominos, aux dames, aux échecs, et calculer habilement les combinaisons de ces jeux difficiles.

A côté de la mémoire, les autres facultés subissent une déchéance analogue. La volonté est presque détruite. Beaucoup de vieillards ne savent ce qu'ils veulent, sont dans l'impossibilité de prendre une décision, et ne trouvent pas la force de vouloir. Leurs désirs ne durent qu'un instant, car il suffit de susciter une autre idée, pour leur faire perdre de vue celle qui déterminait le vouloir et provoquait le désir. Il faut bien se garder de confondre cette véritable *aboulie*, avec celle de certains états névropathiques, heureusement groupés par M. Ball, sous le nom de *frontières de la folie*. Il est une affection fort commune dans le monde, dans la classe aisée, qui est caractérisée par l'aboulie, c'est la mélancolie avec conscience, qui affecte de préférence les femmes rhumatisantes, à la ménopause. Nous en avons en ce moment, à la clinique de Sainte-Anne, un bel exemple. C'est une femme âgée de soixante-neuf ans, qui présente tous les symptômes de la mélancolie. Mais elle a conscience de son état et le déplore amèrement. Elle ne peut prendre la moindre détermination. Il lui est impossible de *vouloir vouloir*. Dégoûtée de la vie, elle a fait, en un mois, plus de cinq tentatives de suicide, par divers procédés ; quoique désireuse de mourir, elle n'a pu mener à terme aucune de

(1) Rouillard. Thèse de Paris, 1885.

ces entreprises, elle n'a pu soutenir assez longtemps l'effort de sa volonté. Malgré son grand âge, sa maladie n'est pas le fait de la vieillesse, car c'est sa troisième récidive, et les autres facultés, notamment la mémoire, sont d'une intégrité rare. Aussi le pronostic est-il favorable (1).

Les facultés morales et affectives ne sont pas moins atteintes. Le vieillard se fait remarquer par une émotivité exagérée. Il a peur de tout, et ses terreurs sont de préférence nocturnes. Comme un enfant, on ne peut le laisser seul, ni sans lumière. Il pousse des cris, pleure et s'excite jusqu'à ce qu'on soit arrivé. En même temps, il se désolera et aura de véritables accès de désespoir, pour des futilités, telles que la mort ou la maladie d'un chat, ou s'émotionnera outre mesure en parlant de ceux qu'il a perdus, et dont il a courageusement supporté la perte vingt ou trente ans auparavant. Cette sensiblerie exagérée, que la famille prend pour la marque d'un bon cœur, n'est qu'une manifestation de la démence, car le vieillard en même temps ne se laisse pas émouvoir par des malheurs véritables. L'instinct de la conservation, et tout ce qui s'y rattache, s'efface de plus en plus. On a pu voir un dément regarder avec indifférence les progrès d'un incendie qu'il venait d'allumer imprudemment et ne pas chercher à s'y soustraire, quoique le feu l'eût déjà atteint.

L'affaiblissement général faisant des progrès constants, les facultés, selon l'expression de Mandsley, sont ensevelies sous une *ruine d'oubli*. La déchéance physique fait elle-même de rapides progrès, l'amaigrissement ou même l'atrophie font disparaître les masses musculaires, les fonctions digestives sont profondément troublées, le malade devient gâteux et tombe dans la cachexie. Cet état, comme le dit M. Ball, crée une véritable opportunité morbide, et l'hémorrhagie cérébrale, les eschares, une pneumonie, etc., terminent la scène.

Tel est le tableau de la démence sénile simple. Mais elle peut s'accompagner de différents troubles psychiques, complications que je vais rapidement énumérer.

III

Démence sénile délirante. — Par opposition à la démence sénile simple, que je viens de décrire, je donnerai le nom de démence sénile délirante aux cas, si nombreux, dans lesquels le premier état est compliqué de délire, d'hallucinations, qui poussent fréquemment le vieillard à commettre des actes ridicules, délictueux ou criminels, et font que, d'un simple dément, le malade devient un fou. Quelles que soient les manifestations si variées du délire, on trouve toujours un substratum immuable dans l'état mental de ces sujets, un fond de démence, qui différencie cette affection de la plupart des autres maladies mentales. Il en résulte qu'au point de vue du pronostic, la maladie présente un pronostic restreint : je veux dire que si la démence sénile délirante est améliorable et même curable, on ne peut cependant espérer mieux que de la voir se transformer en démence sénile simple. Le délire peut disparaître, le fond de démence reste.

A. *Idées de persécution.* — Les idées de persécution (qu'il faut bien se garder ici surtout de confondre avec le délire des persécutions de Lasègue) sont certainement le trouble le plus fréquemment observé : sans aucun doute, il n'est que l'exagération de ce sentiment de défiance qu'ont fait naître dans l'esprit du vieillard les mille déceptions de la vie. Aussi est-il plus difficile qu'on ne pense de se rendre un compte exact de ces idées de persécution. Elles ont souvent pour base un fait réel, et l'on ne peut toujours y distinguer le vrai du faux. Cela surtout dans la population ouvrière et rurale, où le vieillard, ne pouvant plus travailler, est considéré comme une charge, un fardeau porté avec peine, et dont on voudrait se voir allégé. De là des vexations quotidiennes, le pain et les soins donnés comme à regret et avec ennui. Le vieillard ne tarde pas à se rendre compte des sentiments qu'on nourrit à son égard, et, l'imagination travaillant, il arrive à coordonner certains faits, à amplifier les autres, à en inventer d'imaginaires, et ainsi édifie un véritable délire.

Ces réserves faites, nous dirons que les idées de persécutions présentent dans la démence sénile quelques caractères particuliers. Tout d'abord, elles sont multiples. Ce n'est pas telle ou telle personne que le malade choisit comme persécuteur. C'est le plus souvent vague et indéterminé. On le regarde de travers, on lui en veut, on chuchote en sa présence, on ourdit des complots, on veut l'empoisonner, on veut le faire mourir à petit feu, etc., etc. Ou bien, ce sont les francs-maçons, les jésuites, la police, qui le guettent, d'où une claustration forcée et une horreur invincible de sortir. Ces idées de persécution sont aussi mobiles. Elles se portent aujourd'hui sur telle personne de l'entourage, et demain sur telle autre. Tantôt le persécuteur est un homme connu autrefois (nous savons la vivacité des souvenirs anciens chez le vieillard) et peut-être mort depuis longtemps, tantôt un personnage politique que le malade n'a jamais vu, tantôt même un être chéri, femme, fils ou fille, dont l'affection et le dévouement sont mal payés de retour. Mais si ces idées de persécutions sont mobiles, elles sont en même temps fugaces, ne s'implantent pas dans ce cerveau dont les cellules sont atrophiées et dissociées. Et le vieillard qui, le matin, a accusé sa fille de l'empoisonner, trouve dans son émotivité spéciale des accents de tendresse touchante et la couvre de caresses. On croirait, au premier abord, trouver dans ces idées de persécutions, tous les éléments du délire, de la maladie de Lasègue, mais elles en sont très éloignées. Elles ne sont pas coordonnées, elles sont multiples, mobiles et fugaces, et le vieillard n'arrive pas à la période de systématisation, son délire ne se cristallise pas, selon l'heureuse expression de M. Falret. C'est une complication de la démence sénile, ce n'est pas une maladie surajoutée.

Ces idées peuvent être alimentées par des *hallucinations* ou les reconnaître pour causes. Et ces hallucinations présentent les mêmes caractères que je viens de citer pour les idées de persécution. Elles peuvent affecter tel ou tel sens ou tous les sens à la fois. Les hallucinations de l'ouïe sont fréquentes, surtout chez les vieillards atteints de surdité. Ce sont des voix partant de gauche, de droite, du plafond et du plancher, des chants, des cris, etc. Mais, contrairement à ce qui arrive dans le délire des persécutions, les hallucinations de l'ouïe n'ont pas toujours le caractère injurieux. Ce sont le plus souvent des conversations sans importance qui sont entendues, parfois cependant des propos orduriers. Les hallucinations du goût et de l'odorat s'observent plus souvent. D'où les idées d'empoisonnement, qui font croire au malade qu'on a mis de l'arsenic dans ses mets pour hâter sa suc-

(1) Cette femme est aujourd'hui guérie.

cession, d'où l'odeur infecte qu'il croit répandue dans la chambre et dans le lit. L'origine de ces troubles est certainement dans le mauvais état du tube digestif. Il faut convenir cependant que, comme pour les autres sens, ces hallucinations ne sont pas toujours désagréables. J'ai vu une démente sénile casser en hiver de petites branches dans le jardin et les flairer avec plaisir, disant que c'étaient des roses. Les hallucinations de la sensibilité générale sont très fréquentes aussi. Les malades se plaignent d'être brutalisés, pincés, battus, font voir des ecchymoses imaginaires, etc. Une de nos malades se plaignait tous les matins que ses voisines l'injuriaient et la battaient, venaient l'écorcher toute vive dans son lit. Or, elle avait pour voisines, dans sa salle, une hémiplégique et une paralytique générale à la dernière période. Quant aux hallucinations génitales, j'en reparlerai plus loin. Enfin, les plus communes sont, sans contredit, les hallucinations de la vue. Qu'il y ait ou non de l'alcoolisme, on constate très souvent de la zoopsie. Parfois elles sont terrifiantes, et le vieillard hurle; d'autres fois elles sont gaies, c'est une fête, des prairies verdoyantes, des oiseaux, des fleurs, etc. Le plus souvent elles sont insignifiantes et vagues. Ce sont des ombrages qui se promènent dans les rideaux du lit, comme me le disait récemment un malade. Mais ce sont surtout des personnes connues autrefois, père, mère, amis décédés, qui se présentent à la vue, d'où la facilité avec laquelle le spiritisme fait des prosélytes parmi les gens âgés. Ce sont aussi des visions célestes, Dieu, les anges, les saints du paradis, etc., tous phénomènes qui ne sont qu'une reviviscence mnémonique.

Comme toutes les autres conceptions délirantes de la vieillesse, les hallucinations sont essentiellement multiples, mobiles et fugaces, oubliées dès le lendemain. Je conviens cependant que ce n'est pas une règle absolue. J'ai vu, en effet, à Charenton, un vieillard qui se plaint tous les jours de deux serruriers qui, depuis près de trois ans, viennent régulièrement dans sa chambre desceller les barreaux de la fenêtre.

On observe un trouble encore plus commun, les *illusions* et les interprétations délirantes. La vue ayant baissé, l'ouïe étant plus dure, le vieillard voit des gens mal intentionnés, des gendarmes, interprète à faux les conversations les plus insignifiantes, les bruits de la rue, etc., et, sur ces données vagues, bâtit un véritable roman. Nous trouvons, il est vrai, ce symptôme, dans bon nombre d'autres affections mentales, notamment dans l'alcoolisme subaigu et dans le délire des persécutions. Il n'a rien de caractéristique, c'est vrai, mais il a autant de valeur que d'autres symptômes psychiques, tels que les hallucinations.

B. *Idées mélancoliques et hypochondriaques.* — Soit isolées, soit alliées aux précédentes, celles-ci sont des plus communes. Les idées mélancoliques s'expliquent, je pense, suffisamment par le sentiment de tristesse que doivent provoquer les deuils qui s'accumulent autour d'un vieillard. Les vieillards tristes, lypémaniaques, sont plus nombreux que les vieillards gais. Mais il y a plus ici. Il y a l'état physique qui est certainement le facteur étiologique le plus puissant. Je suis comme mon maître, M. le professeur Ball, intimement convaincu, que la mélancolie n'est pas une entité morbide, mais un état général auquel le physique a autant de part que le moral. Aussi cet état est-il lié le plus souvent à des maladies du tube digestif, ou des organes génito-urinaires. J'en reparlerai plus loin à propos de la folie sympathique. Ce qui est vrai des idées mélancoliques, l'est aussi des idées hypochondriaques. Les vieillards sont volontiers des malades imaginaires, plus préoccupés de leur santé que de toute autre chose. Il importe cependant de faire une distinction, importante au point de vue du pronostic, quoique souvent difficile à établir, entre les idées mélancoliques ou hypochondriaques, et le délire. Entre ces deux états, il n'y a pas que la seule intensité des conceptions délirantes pour faire cette démarcation, il y a aussi la persistance des idées et leur envahissement de l'intelligence tout entière, il y a surtout l'état physique.

Enfin, je signalerai une cause d'erreur très fréquente. Le mutisme, l'apathie, l'indifférence du vieillard aux choses du dehors, l'air désolé, navré qu'il présente, font croire souvent à un délire mélancolique. Au fond, beaucoup de vieillards ne pensent pas. La cérébration est lente, elle est restreinte; l'irrigation insuffisante du système nerveux, la raréfaction des cellules nous prouvent que la torpeur des vieillards, différant en cela de la mélancolie avec stupeur, se rapproche de l'état apathique des paralytiques généraux à forme démente, et des autres malades cérébralement infériorisés.

C. *Idées religieuses.* — Il est certain que le délire religieux, si fréquent autrefois, et qui, aux siècles passés, dominait la pathologie mentale tout entière, est relativement rare aujourd'hui. Depuis les grandes épidémies démonomaniaques du moyen âge et de la Renaissance, il s'est fait une évolution, dans les préoccupations du public, et les idées religieuses ont perdu la première place qu'elles occupaient. Cependant, c'est encore dans la démence sénile que l'on rencontre le plus souvent les préoccupations religieuses. On les y observe à tous les degrés, depuis la simple exagération d'une piété superstitieuse, jusqu'au véritable délire religieux. A leur degré le plus faible, ces idées ne reconnaîtraient pas d'autre cause que l'amnésie, déjà signalée, des faits récents et la reviviscence des souvenirs de l'enfance et des croyances inculquées à cette époque. « Là est le secret, dit M. Ball, de ces conversions suprêmes dont beaucoup d'hommes, et non des moins éminents, donnent le spectacle édifiant à la fin de leur vie. » Parvenu même à son point culminant, le délire religieux se ressent certainement de son origine, de l'éducation. C'est l'avis de M. Dupain (1). Dans la démence sénile, dit cet auteur, le délire religieux ne possède point d'autonomie propre. Il est la conséquence d'une manière d'être antérieure, dont la démence est la suite obligée. Il est, en outre, incohérent, dissocié, puéril, à la manière de l'incohérence, de la dissociation, de la puérilité de la démence. Tantôt il est intimement lié à des idées mélancoliques, hypochondriaque, ou de persécution : et le malade se croit condamné aux flammes de l'enfer, est en proie à des idées de culpabilité imaginaire, refuse de manger, le plus souvent, pour gagner le ciel en jeûnant, se croit possédé du démon, etc. Tantôt ce délire n'est qu'une variété du délire des grandeurs. On ne peut, en effet, nier le caractère ambitieux du délire d'un homme qui se croit la quatrième personne de la Sainte Trinité, ou même d'un testament comme celui-ci, cité par M. Ball et commençant par ces mots : « Entre le grand Dieu souverain, l'Éternel tout-puissant et tout sage, d'une part; — Et moi, soussigné, Isaac Vuagneux, notaire, etc... »

(1) Dupain. *Étude clinique sur le délire religieux*, 1888.

Je ne veux pas insister sur ce point. Mais l'on connaît la gravité du délire religieux en général. Malgré leur mobilité, l'apparition d'idées religieuses délirantes aggrave certainement le pronostic.

D. *Idées érotiques*. — La transition est toute naturelle pour parler des idées érotiques. En effet, si le délire érotique peut exister sans idées religieuses, il est excessivement rare que le délire religieux ne soit pas accompagné d'idées érotiques. Tout au moins y a-t-il des hallucinations du sens génital, témoin la fameuse affaire des possédées de Loudun. Chez le vieillard on peut observer et c'est là le plus souvent un prodrome de la démence sénile, comme c'est aussi un prodrome de la paralysie générale des aliénés, une grande surexcitation génésique. Les déments séniles sentent se réveiller leur ardeur érotique, poursuivent de leur assiduité des femmes ou des enfants, se livrent à des attentats à la pudeur, se complaisent dans des conversations ordurières, ou dans la lecture de livres obscènes, etc. Au début, et lorsque les faits ne se passent pas en dehors de la vie conjugale, cette verdeur donne le change au malade, et à l'entourage, qui y voit une preuve de force, alors que c'est un symptôme des plus graves. Il faut se rappeler que si, au déclin de la maladie et tombé dans le gâtisme le plus complet, le vieillard se livre à la masturbation, c'est le plus souvent au début, alors que les facultés ont conservé encore tout leur éclat, que se produit cette suractivité de la sphère génitale. Le fait est des plus importants au point de vue médico-légal.

E. *Idées de grandeur*. — C'est en 1869 seulement, que la lumière a réellement été portée sur la question de la folie des grandeurs, par le célèbre mémoire de Foville (1). On sait que les idées de grandeur peuvent se rencontrer dans la paralysie générale, dans le délire des persécutions de Lasègue, dans la débilité mentale, dans la manie et l'excitation maniaque, dans l'hystérie et l'épilepsie, dans l'alcoolisme, dans la démence apoplectique (?), enfin dans la démence sénile (il y aurait même un délire ambitieux primitif). Mais, sauf pour la paralysie générale et la maladie de Lasègue, le délire de grandeur ne présente dans aucune affection de caractères pathognomoniques. Nous le trouvons chez les vieillards moins fréquemment que les autres formes de délire. (Dans une statistique fort complète sur le délire de grandeur, mon collègue M. Pichon ne trouve que 2 cas p. 100, où il dépende de la démence sénile.) J'ai signalé tout à l'heure sa coexistence avec le délire religieux. Mais il peut être isolé, et le malade se croit millionnaire, général, ministre, etc. D'une façon générale, ces idées de grandeur affectent le type de celles de la paralysie générale qui sont, comme l'on sait, multiples, mobiles, incohérentes et contradictoires entre elles, mais à un moindre degré. Il faut avouer cependant, que l'optimisme général, la satisfaction béate de la paralysie générale sont ici fort rares. C'est qu'en effet, le dément sénile est plutôt un déprimé qu'un excité. Se lamentant sans cesse, et souvent véritable gémisseur, comme ceux qu'a décrits M. Morel, s'il a des conceptions ambitieuses, il se plaindra qu'on traite avec si peu d'égards un homme de sa qualité, et différera beaucoup du paralytique général qui prend la limonade vineuse de l'hôpital pour de l'excellent bordeaux. Au premier coup d'œil, un aliéniste exercé saisira cette différence. Ces idées de grandeur sont fugaces, mais leur apparition comporte une aggravation du pronostic.

(1) Foville. *De la folie avec prédominance du délire dégradant*, 1869.

En résumé, toutes les conceptions délirantes du vieillard se ressentent de l'état démentiel. Elles sont mobiles et fugaces, procédant par à-coups, ce qui tient évidemment à des troubles de la circulation cérébrale. Il n'y a entre elles aucune suite, aucune cohésion, et le malade n'a pas l'air convaincu de leur réalité. Il est rare de voir un dément sénile mettre sa conduite d'accord avec ses idées, et tel qui se prétend le maître de l'Univers, s'amuse avec une poupée ou éclate en sanglots sans motifs. Il ne joue pas consciencieusement son rôle comme le vrai délirant persécuté. Aussi, est-ce à dessein qu'en énumérant les différents troubles psychiques de la sénilité, je leur ai seulement donné la qualification d'*idées*, trouvant qu'il leur manquait l'ampleur du délire.

F. *Actes des déments séniles*. — Sous l'influence de ces idées délirantes, sous la pression des hallucinations, ou par le fait seul de cette excitation génitale déjà signalée, le vieillard est poussé à commettre certains crimes ou délits, dont l'importance au point de vue médico-légal n'échappe à personne. La place me manque pour les étudier tous. Je me contenterai de citer les plus fréquents.

La turbulence maniaque peut pousser le malade à l'homicide. C'est ainsi qu'un vieillard dément, qui, dans l'espace de peu de jours, avait eu des rapports avec une vingtaine de femmes, tua sa fille par jalousie (Despine). Le plus souvent l'homicide et le suicide se ressentent heureusement de la maladresse et de la faiblesse physiques, et le malheur n'est pas complètement consommé. Au point de vue des caractères de l'acte, on voit toujours qu'il est hors de proportion avec le mobile invoqué, et frappé au coin de l'insanité. L'oblitération du sens moral fait aussi que le vieillard ne cherche point à se disculper d'un acte dont il ne saisit pas la portée.

L'excitation peut pousser le malade à des excès alcooliques, à une vraie dipsomanie, quoique le fait soit rare. C'est aussi de la kleptomanie, des vols ridicules et nombreux. Certains volent toujours les mêmes objets; d'autres dérobent des objets disparates, souvent sans aucune valeur, et dans les asiles s'emparent des potions des autres malades. Ils rentrent, comme les paralytiques généraux, dans la catégorie des *ramasseurs*, et l'on trouve leurs poches bourrées de cailloux, de débris d'aliments, de monnaie, etc. Il n'est pas de symptôme plus net de la démence. C'est tantôt par méchanceté, le plus souvent par maladresse que des incendies sont allumés.

Mais de beaucoup les plus fréquents sont les viols, presque toujours incomplètement consommés, et les attentats à la pudeur. Ils ont été décrits de main de maître, notamment par Lasègue, dans sa belle étude sur les exhibitionnistes, et tout récemment par M. Ball (1). Les vieillards s'en tiennent quelquefois, heureusement, à l'érotomanie. Ils voient l'objet de leur amour ceint d'une auréole de perfection; aussi lui vouent-ils un culte; ils en parlent toujours et y rêvent la nuit. Ils abandonnent leurs parents, leurs amis, dédaignent la fortune et méprisent les convenances sociales pour se rapprocher de leur idéal. De là ces mariages disproportionnés qui remplissent de stupeur les héritiers frustrés.

(1) Ball. *La folie érotique*, 1888.

Puis, ce sont les exhibitionnistes qui vont à heure fixe, périodiquement, et presque toujours dans les mêmes lieux, exhiber platoniquement leurs organes génitaux. D'autres enfin, saisis de nymphomanie ou de satyriasis, se livrent à des attentats sur des enfants. Cette surexcitation génésique est bien des fois liée à l'état des organes génitaux, et reconnaît pour causes des éruptions cutanées, du prurit, si fréquents dans le diabète, par exemple, ou des affections chroniques de la vessie, amenant une irritation locale (Tardieu). Le point important à signaler pour tous ces faits, c'est qu'ils sont ordinairement prodromiques de la démence, et parfois ne sont accompagnés d'aucun trouble ni mental, ni physique (Tourdes). D'où les erreurs judiciaires fréquentes; d'où la nécessité pour l'expert de traîner en longueur son expertise, en attendant qu'un nouveau signe lui permette de plaider le non-lieu.

La conclusion de tout ceci est tout d'abord l'irresponsabilité du sujet, puis la légitimité de l'internement du dément sénile simple, lorsqu'il ne peut être sérieusement surveillé chez lui. Et ce, comme mesure préventive, la démence pouvant devenir délirante, et par conséquent dangereuse pour la société. C'est ainsi, d'ailleurs, que l'insuffisance notoire des hospices à Paris encombre nos services d'asiles de vieillards déments.

IV

Anatomie pathologique. — Il faut distinguer ici la démence sénile des états voisins tels que hémorrhagie cérébrale, embolie, ramollissement, tumeurs cérébrales, etc., que M. Ball envisage, au point de vue psychique, sous la rubrique *démence apoplectique*. La différence est grande entre ces deux démences. La marche de la maladie d'abord. Pour la démence sénile, comme on vient de le voir, pendant ses trois périodes (période initiale, accompagnée ou non de délire soit maniaque, soit dépressif; période moyenne ou d'état; période terminale ou cachectique), l'affaiblissement intellectuel fait des progrès continus. Il peut y avoir rémission dans cette marche lentement envahissante des symptômes, il n'y a pas régression. Dans la démence apoplectique, au contraire, on voit des gens âgés reprendre, après un ictus, l'intégrité complète de leur capital intellectuel, et remplir dans le monde des fonctions importantes. Je ne veux pas dire que la démence apoplectique ne soit point accompagnée de troubles psychiques. La chose se voit tous les jours. Je pense cependant avec Klein (1), qu'une affection, à lésion éminemment circonscrite, peut difficilement simuler les symptômes d'une affection à lésions diffuses telle que la paralysie générale et la démence sénile. Je laisse naturellement de côté l'aphasie, assez grosse question pour mériter une étude séparée. Je rappelle sans m'y arrêter la remarque si connue et si juste de M. Luys, sur le caractère et l'émotivité spéciale des hémiplégiques droits qui sont obtus, apathiques, inertes, insensibles, automatiques, et dont l'état mental contraste tant avec celui des hémiplégiques gauches, moins déments, mais toujours pleurnicheurs, mélancoliques et hypochondriaques. Je ne ferai pas ici l'anatomie pathologique de ces lésions en foyer, circonscrites.

Quant à la démence sénile, deux faits la dominent. D'une part, l'athérome artériel, sur l'importance prépondérante duquel il serait puéril de discuter, et sur lequel il est inutile d'insister davantage, et, d'autre part, l'atrophie de la substance cérébrale, et notamment de la substance grise. Mais comment mesurer cette atrophie? Le poids de l'encéphale nous donne ici la preuve de cette déchéance.

On sait que la moyenne physiologique est de 1323 grammes pour l'homme et de 1200 grammes pour la femme (de soixante à soixante-neuf ans). Or, d'après Bra (1), le poids moyen de l'encéphale dans la démence sénile (âge moyen soixante-huit ans) est de 1249 grammes pour l'homme et de 1154 grammes pour la femme. Il y a donc une diminution de poids considérable. De plus, le poids du cervelet étant, à l'encéphale chez les déments séniles :: 1 : 7, 62, tandis qu'il est chez les vieillards normaux :: 1 : 7, 89; la diminution de poids porte spécialement sur le cerveau. Ces chiffres résument toutes les recherches antérieures.

De plus, les différences de poids constatées entre les deux hémisphères, ainsi qu'entre les lobes du cerveau, ont ici une grande importance. Il y a une déséquilibration des plus accentuées. Le professeur Morselli (de Turin) dit : « Les plus grandes différences de poids sont données par les psychopathies paralytiques et hémiplégiques, auxquelles succèdent, dans l'ordre descendant, les folies séniles; mais, dans ces cas, la prépondérance d'un hémisphère sur l'autre doit être attribuée aux processus morbides d'atrophie et d'involution cérébrale. »

D'après M. Marandon de Montyel (2), à partir de soixante ans, la prédominance du lobe droit est moins fréquente : ce résultat dépend, à son avis, des folies séniles. Quant aux différents lobes, le rapport des différentes parties du cerveau entre elles indique que la perte de poids, subie dans la vieillesse par les lobes frontaux et les lobes occipitaux, n'est pas proportionnelle à la perte de poids subie par le cerveau tout entier. Pour les régions pariéto-occipitales, au contraire, le rapport au cerveau est plus faible chez les sujets les plus âgés (3).

En résumé, l'atrophie porte principalement sur le cerveau, et, dans celui-ci, sur le lobe gauche et notamment sur les régions pariéto-temporales. Mais il ne faut pas perdre de vue que ces chiffres n'ont rien d'absolu. Il y a quelques jours, en effet, à l'autopsie d'un vieillard de soixante-douze ans, dément sénile depuis dix ans, ancien infirmier, je trouvais un encéphale à artères très athéromateuses, mais pesant 1535 grammes! Je ne puis partager la manière de voir de M. Luys, qui trouve, dans la démence sénile, la diminution de poids beaucoup plus importante que l'athérome.

V

Maladies mentales se rencontrant chez les vieillards. — A. *Manie.* — C'est certainement la forme de folie la plus rare chez le vieillard (4). En effet, M. Régis (5), qui s'est livré à de sérieuses recherches sur ce point, ne trouve de malades maniaques au-dessus de l'âge de cinquante ans, que dans la proportion de 10,5 p. 100. L'accès de manie peut

(1) Klein. *Séméiologie du délire de grandeur*, 1887.

(1) Bra. *Étude sur le poids de l'encéphale dans les maladies mentales.*

(2) Marandon de Montyel. *Poids des hémisphères cérébraux chez les aliénés.*

(3) Rey. *Du poids des lobes du cerveau d'après les registres de Broca.*

(4) Goudal. *De l'aliénation mentale chez les vieillards.*

(5) Régis. *Note sur quelques cas de folie héréditaire chez les gens âgés.*

se montrer sous ses diverses formes habituelles, à ses différents degrés : agitation maniaque, excitation maniaque, manie franche, manie symptomatique ; je ne connais pas d'observation de manie suraiguë, de délire aigu, au-dessus de soixante ans.

Ces accès de manie des vieillards présentent-ils quelque chose de spécial ? Il est à noter d'abord que, dans l'espèce, il est excessivement rare d'observer ici un premier accès, en ce sens qu'on a souvent affaire à un nouvel accès de folie intermittente ou de folie circulaire, qui se continue pendant la vieillesse, mais qui a débuté dans l'âge mûr. Ou bien, c'est un cas de manie chronique, le malade restant pendant des années dans un état d'excitation permanente, et, chose curieuse, ne versant que très tardivement dans la démence. Tels sont, par exemple, les quatre cas de manie publiés par M. Régis, et que je résume brièvement : 1° un individu âgé de soixante-douze ans, qui est atteint depuis plus de trente ans de folie intermittente, et qui en est à son seizième accès ; 2° un second, âgé de cinquante-sept ans, qui a eu trois accès de manie dont le premier à vingt-quatre ans ; 3° un troisième, âgé de soixante ans, qui présentait de l'affaiblissement intellectuel, avec idées de grandeurs incohérentes, et symptômes de parésie musculaire, paraissant liés à une affection cérébrale organique en voie d'évolution ; 4° un dernier enfin, cinquante et un ans, dont l'accès a été le type de la manie congestive, ou folie paralytique. En somme, aucun cas de manie réellement simple et primitive. Quant aux caractères de la manie, ils n'ont rien de spécial. Je ne puis mieux faire pour les décrire que résumer une des observations de Goudal : L..., quatre-vingts ans, excitation maniaque ; il vante ses collections ; à son dire, il possède des tableaux et des armures d'une valeur énorme. Il a un voile de la Sainte Vierge qu'il céderait pour un million au musée du Louvre ; il est fier de sa vigueur et court dans le préau pour montrer son agilité. Il chante et déclame tour à tour. Il prétend que son fils l'a volé, dépouillé, qu'il s'est emparé de la clef de son coffre-fort, qu'il veut le faire mourir de faim, et qu'il a même essayé de le tuer. Il le fera arrêter et conduire à Mazas, etc., et à ces mots, il pleure à chaudes larmes. On trouve donc, dans la manie sénile, une multiplicité et une variété dans les conceptions délirantes (idées de grandeur, idées mélancoliques, idées de persécution), qui n'existe pas dans la manie des adultes. Il ne faut pas confondre la manie avec la mélancolie, à forme agitée, à réaction anxieuse ou gémisseuse, plus commune ici que la mélancolie à forme torpide, à dépression prédominante (Régis).

B. *Mélancolie*. — J'ai déjà insisté plus haut sur la fréquence des idées mélancoliques et hypochondriaques dans la démence sénile délirante. La lypémanie à ses différents degrés est donc l'affection la plus commune ici.

Il faut admettre, avec certains auteurs, notamment avec M. Régis et avec Skae, qui a fait de ce sujet une étude spéciale, que l'homme a comme la femme sa grande climatérique entre cinquante et soixante ans et que l'un et l'autre sont souvent pris, à ce moment, d'une folie qui revêt d'habitude la forme mélancolique. Il y a cependant quelques particularités à noter. D'abord la fréquence relative de la mélancolie avec conscience (forme essentiellement curable, mais sujette à rechutes), qui s'observe plutôt chez les femmes, les arthritiques, débutant à la ménopause, et revenant périodiquement par accès.

Puis la forme mélancolique avec stupeur. Les malades sont dans un état de prostration, simulant la démence, et tel, qu'avant les travaux de M. Baillarger, on les prenait pour des idiots. Ces différentes variétés de lypémanie sont, pour ainsi dire, le type de la folie sympathique, l'apanage de la vieillesse. La folie sympathique est liée surtout au cancer ou aux affections cardiaques, au diabète ou aux maladies de la vessie. Tout le monde connaît cet état mental des urinaires, malades chez lesquels on trouve, au plus haut degré, les tendances au suicide, trop souvent consommé. Il est à noter, dans ces cas de folie sympathique, que la démence fait souvent défaut, que les symptômes physiques s'amendent lorsque la folie apparait ; que la folie ne se développe presque jamais que chez des héréditaires ; lorsqu'un cas de folie généralisée éclate, basé sur un fond de démence, il est promptement suivi de mort ou de guérison ; cette dernière solution, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, est loin d'être rare (Goudal).

Enfin, il est un état mélancolique qu'on pourrait appeler pseudo-démentiel. C'est l'état nostalgique des gens âgés, qui, après une carrière honorablement remplie, sont mis à la retraite par les exigences des règlements administratifs, ou de ces commerçants, de ces industriels, qui, après une vie toute de travail et de privations, se retirent après fortune faite. L'ennui, le désœuvrement forcé, le changement d'habitudes poussent le sujet dans la nostalgie, avec idées de suicide, sitiophobie, démence apparente, bref tout un cortège de symptômes fort graves. Il en est de même après le décès ou simplement l'éloignement (pour cause de mariage, par exemple) d'un objet aimé, fils ou fille (Lunier, Motet). Mais ce n'est pas là de la démence sénile, car cet état peut s'amender et guérir, par le simple fait d'une occupation forcée, ou du retour de l'enfant éloigné.

C. *Délire des persécutions ou maladie de Lasègue*. — Cette maladie, essentiellement lente et chronique dans son évolution, peut se prolonger jusqu'aux dernières limites de la vieillesse. Dans chaque service d'aliénés, on trouve plusieurs persécutés dont l'état mental, depuis des années, reste stationnaire. On sait que cette maladie présente le phénomène curieux et fréquent, mais non fatal, de se transformer en mégalomanie et de verser en dernier lieu dans la démence. On peut donc rencontrer chez un vieillard, non dément encore, des idées de persécutions et des idées de grandeurs. Mais il importe de faire le diagnostic étiologique de ces conceptions délirantes. J'ai insisté plus haut sur le caractère incohérent et puéril des idées de grandeurs des déments séniles. Les idées de persécutions et de grandeurs des délirants persécutés, ont, au contraire, un cachet de systématisation, de cohésion des plus nets ; elles sont précises et limitées en nombre. La différence en est grande au point de vue pronostique. En effet, nous savons que, dans la démence sénile, ces idées peuvent s'effacer : le malade reste dément, mais inoffensif. Dans la maladie de Lasègue, au contraire, si la démence se fait attendre, malgré son âge avancé, le malade reste persécuté, et est, comme tous ses pareils, un aliéné des plus dangereux, qu'il est impossible de mettre en liberté.

D. *Hystérie. Épilepsie*. — Par le fait de l'âge, ces névroses tendent à s'effacer. Les crises s'espacent, et le délire est absent. Les vieux épileptiques deviennent plus vite déments, par le fait, et de la sénilité, et de l'ancienneté de leur mala-

die. Il va sans dire qu'il ne faut pas confondre, avec l'épilepsie ordinaire, les attaques épileptiformes, ni l'épilepsie résultant le plus souvent de tumeurs cérébrales et qui comportent un pronostic et un traitement spéciaux.

E. *Alcoolisme.* — La forme la plus fréquente est l'alcoolisme chronique. La marche fatale de l'alcoolisme vers la démence est encore précipitée par la sénilité. Le délire de l'alcoolisme chronique ressemble, à s'y méprendre, à celui de la démence sénile délirante. Même amnésie progressive, même état démentiel, même émotivité, même sensiblerie, mêmes rabâchages éternels. Embarras de la parole et tremblement dans les deux affections; fréquence, seulement beaucoup plus grande, du délire mégalomaniaque dans l'alcoolisme chronique. Aussi est-il fort difficile de faire la distinction entre ces deux maladies. J'avouerai que cette distinction importe peu, le pronostic étant le même, car on sait que l'alcoolisme chronique est bien peu susceptible de s'amender. Les autres variétés d'alcoolisme sont fort rares. En effet, M. Thivet, dans un mémoire récent (1), n'a pas, dans la maison de Charenton, où les séniles abondent, trouvé un seul cas d'alcoolisme aigu, ni d'alcoolisme subaigu. Ce n'est pas que les vieillards ne puissent faire d'excès alcooliques; mais ces excès doivent être souvent mis sur le compte de l'excitation prodromique de la paralysie générale ou de la démence sénile. Enfin, il n'est rien qui ressemble à l'ivresse comme un ictus apoplectique, ou l'étonnement cérébral succédant à une chute sur le crâne. Il faut se défier de cette cause d'erreur, trop souvent commise par le public.

F. *Paralysie générale.* — Il est hors de doute que, de nos jours, la paralysie générale fait des progrès, non seulement à cause du plus grand nombre des cas, mais surtout parce qu'elle atteint des individus jeunes. Elle atteint aussi des sujets âgés, mais d'une façon exceptionnelle. Son maximum de fréquence est de quarante à cinquante ans : « On observe encore un certain nombre de cas jusqu'à cinquante-cinq ans; puis, vers soixante ans, et surtout au delà de cet âge, ils sont de nouveau une véritable exception (2). » Sur 300 cas, observés par M. Marcé à Bicêtre, il y en avait 25 de cinquante-six à soixante ans, 3 de soixante et un à soixante-cinq ans et 4 de soixante-six à soixante-dix ans. M. Ball, citant un paralytique général de soixante-cinq ans, pense que ce chiffre peut être considéré comme une limite extrême. M. Arnaud (3), dans la statistique importante qu'il a publiée, n'a rencontré que 3 cas à soixante-trois, soixante-quatre et soixante-sept ans. M. Rey (4) a publié l'observation d'un paralytique général de soixante-douze ans. Il y a donc bien une *paralysie générale sénile* ou *tardive*. D'après M. Voisin, elle aurait une symptomatologie spéciale. Les troubles intellectuels sont cependant les mêmes que ceux de la paralysie générale classique. Ainsi, on observe des idées de satisfaction, de richesse et de grandeur empreintes d'un caractère manifeste de démence, de l'incohérence dès le début; mais surtout lorsque la maladie date déjà de quelque temps. La parole est principalement ânonnée, les troubles somatiques moins accentués. Son pronostic est excessivement grave; elle a une évolution rapide, deux ans au maximum. A l'autopsie, les adhérences entre la pie-mère et la substance corticale sont peu nombreuses. Mais la lésion principale est l'athérome de tout le système artériel. Aussi n'est-elle pas justiciable d'un traitement antiphlogistique, qui ne ferait que précipiter sa marche.

(1) Thivet. *Les maladies mentales des vieillards* (Prix Esquirol, 1889).
(2) Foville. *Dictionnaire Jaccoud*, art. Paralysie générale.
(3) Arnaud. *Recherches cliniques sur la paralysie générale*, 1888.
(4) Rey. *Annales médico-psychologiques*, 1885.

VI

En résumé, il est plus important qu'on ne croirait de distinguer la démence sénile des autres affections mentales que l'on observe chez les vieillards. Nous avons vu, en effet, que la démence sénile est peu susceptible d'amélioration et, qu'en tout cas, elle ne guérit pas. Les autres maladies intellectuelles, au contraire (paralysie générale exceptée), ont un pronostic relativement favorable, ne sont, en général, que des rechutes et ont une tendance régressive plus marquée qu'on ne croirait. Il ne faut donc pas trop se hâter, lorsqu'on est appelé à donner un certificat à fin d'interdiction. Le malade pourrait s'améliorer et attaquer à son tour le médecin en justice. Le testament d'un aliéné sénile peut avoir été fait dans un moment de lucidité et être parfaitement valide. En tout cas, lorsque le médecin est appelé comme expert pour examiner l'état mental d'un vieillard, il doit, dans son enquête, n'accepter qu'avec une grande réserve les dires des parents, guidés trop souvent par l'intérêt, et impatients de recueillir une succession qui se fait trop désirer.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La Croix-Rouge de France (1), par M. Maxime du Camp, de l'Académie française.

Il y a peu d'œuvres qui aient, dans nos cœurs de Français et de patriotes, plus de retentissement que cette œuvre admirable de la Croix-Rouge de France. On sait — et ce n'est pas à des médecins que nous avons besoin de le rappeler — quelle magnifique action a eue, pendant l'année terrible, la Croix-Rouge. C'était un début, début écrasant, mais où le dévouement a été à la hauteur des circonstances. Pendant les dix-huit années qui nous séparent de ces heures de deuil, la Croix-Rouge a continué son œuvre; elle l'a perfectionnée, et quand, à l'Esplanade des Invalides, on visite ses installations, on admire et on est pris du sentiment de reconnaissance le plus vif pour ceux qui se sont dévoués ou se dévouent à cette œuvre sublime.

C'est pour la Croix-Rouge une bonne fortune que d'avoir pour historien M. Maxime du Camp. Quand il nous raconte la guerre de Crimée et celle d'Italie, nous pouvons affirmer *de visu* que le récit, si lamentable qu'il soit, est scrupuleusement exact. Saluons donc le nom de Henry Dunant, comme nous saluerons celui de Chenu. La convention de Genève allait sortir de tant de nobles efforts, et, quand la guerre franco-allemande s'ouvre, les ressources et l'organisation de la Société française de secours aux blessés sont absolument dérisoires. Mais le comte de Flavigny et Chenu feront des miracles.

La paix signée, l'heure du repos ne sera pas arrivée. M. Maxime du Camp nous dira « Les tombes de la captivité », « Le personnel et le matériel », « Au delà des mers », « Les délégations régionales », « Le comité des dames », « Le trésor de secours ».

Toujours en avant, toujours travaillant, toujours améliorant, la Croix-Rouge de France supplie qu'on n'attende pas les heures noires pour penser à son trésor de secours. Une cotisation

(1) In-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

modeste lui permettrait de grossir un budget qu'elle dépense d'une manière si utile, si intelligente. Mais qui de nous savait que, 30 francs est la souscription d'un membre fondateur et que 6 francs par an est celle d'un membre souscripteur? « Pour les premiers, trois sous tous les deux jours; pour les seconds, un sou tous les trois jours. » Et maintenant, à nous médecins de porter à tous cette parole de salut : plus les souscriptions seront abondantes et plus nos ambulances de la Croix-Rouge nous rendront de services au jour où nous aurons à défendre le sol de la Patrie.

Scènes de la vie médicale (1), par M. Jules Cyr (de Vichy).

Qui donc a répandu le bruit que le feuilleton médical est mort? Ouvrez les « Scènes de la vie médicale » et dites s'il est un esprit plus fin, plus léger, plus gracieux, plus piquant ou plus aimable que celui que distille en ces quelques pages notre aimable confrère de Vichy.

Quand nous avons parcouru ces pages, le seul reproche que nous avons cru pouvoir adresser à l'auteur, c'est d'avoir écrit ces charmantes études pour être distribuées sous le manteau. Comme elles eussent mieux fait au rez-de-chaussée de nos journaux! Quel succès pour l'auteur et que d'heures charmantes pour le pauvre médecin fatigué de sa journée si lourde, si écrasante!

Mais prenons le livre tel qu'il se présente à nous et lisons : « Mon premier accouchement » et « Mon mariage », et « La conquête embarrassante ». Dites si « La vie médicale en petite ville » et « Le banquet Ganivet » ne sont pas des scènes absolument *vécues*. Préférez-vous des scènes traitées de *chic*, alors nous vous recommandons tout ce qui a trait au journalisme. Mais où donc M. Cyr a-t-il vu fonder, diriger ou tirer un journal?

Son livre nous a trop amusé pour nous montrer bien rigoureux sur la trop grande imagination de notre confrère et nous ne croyons pas devoir conclure autrement qu'en disant : « Lisez et riez. »

Scènes et types du monde savant (2), par M. Victor Meunier.

Dans sa préface de « La République », Edgar Quinet a écrit : « Sortons de ces cavernes. Sincérité, sincérité! seul salut des générations nouvelles. »

M. Victor Meunier inscrit ces paroles, en épigraphe, sur la première page du livre que nous présentons à nos lecteurs. On peut ainsi, dès les premiers pas, comprendre qu'on se trouve en présence d'un homme qui connaît bien son temps, a horreur du mensonge, et poursuit le mal sous toutes ses formes. Ce vigoureux lutteur que, depuis trente ans bientôt, nous suivons avec le plus vif intérêt et la plus vive sympathie, a vu bien des savants, bien des académies, et les scènes et les types abondent sous sa plume. Nous, médecins, nous en connaissons qui manquent à sa galerie; mais, en revanche, il nous fait connaître des types bien curieux et bien dignes d'être burinés par sa rude et honnête franchise.

Peut-être pourrait-on lui faire le reproche de laisser « la politique » prendre un pied dans sa discussion.

Donc, si nous en sommes au point actuel, c'est la faute à Napoléon. Il est l'auteur du mal, et son œuvre nous laissera les savants officiels. Aussi, après avoir constaté les résultats, comparé les nations, rappelé le fameux : « Quand Auguste avait bu », signalé « les vrais malfaiteurs », M. Victor Meunier conclut qu'il faut « mettre la science en république démocratique et fédérative ».

La deuxième partie du livre nous fait connaître « sous quel régime nous vivons ». Il suffit à l'auteur de nous retracer les vies de Gratiolet, d'Auguste Laurent, de Jean Thiébaud, de Silbermann, de Charles Mène, de Boutigny (d'Évreux); puis de nous parler d'un gras, d'un maigre et du cumul; des chaires de l'Institut agronomique. Une lettre à Sarcey sur les mœurs contemporaines, et nous arrivons à la troisième partie.

(1) In-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-12. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Ici, le terrain devient brûlant. L'Académie et les académiciens! Quel titre et que d'anecdotes et tristes et gaies, ne laissant, en fin de compte, que l'impression la plus douloureuse. On ne passe pas, comme M. Victor Meunier, toute sa vie dans une salle académique, — même dans l'Académie des sciences, — sans percer facilement bien des roueries, bien des intrigues, bien des scandales. Il est douteux que l'Académie des sciences couronne le livre que nous analysons.

Ce livre nous rappelle une œuvre semblable par le fond, celle que publiait, vers 1847, Isidore S. Gosse, sous le titre d'« Histoire drôlatique et philosophique des professeurs du Jardin des plantes, etc., etc. » Mais en 1847 on riait, et en 1889 on ne rit plus. Le livre de M. Meunier, excessivement agréable à lire, fait penser et ne fait pas rire, même aux dépens des *types* étudiés.

Et maintenant, l'auteur a-t-il raison de penser que la « science en république » fera disparaître les abus qu'il signale à si juste titre? Nous serions heureux de partager cette espérance, mais nous craignons bien que, si désirable que soit la réforme des institutions scientifiques, elle ne reste encore de longues années à l'état de *desideratum*. Et cela simplement parce que les hommes se ressemblent d'une manière déplorable, — toute couleur politique réservée.

L'automatisme psychologique (1), par M. Pierre Janet.

Les phénomènes de l'hypnotisme ont fourni à l'étude de l'activité mentale un puissant moyen d'expérimentation. M. Pierre Janet, professeur agrégé de philosophie au lycée du Havre, s'est servi avec succès de ces procédés, et il a exposé le résultat de ses expériences dans le livre que nous présentons à nos lecteurs.

Son ouvrage fait partie de la Bibliothèque de philosophie contemporaine; il est divisé en deux parties.

Dans la première, sous le titre d'« automatisme total », l'auteur étudie la catalepsie et le somnambulisme, et particulièrement les phénomènes de conscience, d'oubli au réveil, de mémoire alternante et de suggestion obtenus dans ces états.

Dans la seconde partie, intitulée « l'automatisme partiel », il observe la catalepsie partielle, les suggestions post-hypnotiques, les anesthésies systématiques et les existences psychologiques simultanées et successives. Enfin, il consacre deux chapitres aux différentes formes de la désagrégation psychologique : spiritisme, lecture des pensées, folie impulsive, idées fixes, hallucinations, etc., à la faiblesse et à la force morales.

Ce travail a été présenté comme thèse pour le doctorat ès lettres à la Sorbonne, et M. Pierre Janet a su montrer d'une façon magistrale les services que la psychologie expérimentale peut rendre à l'examen des facultés de l'esprit.

Le magnétisme animal (hypnotisme et suggestion), étude historique et critique (2), par M. le docteur J.-S. Morand.

Notre confrère, M. le docteur Morand, directeur et rédacteur de la « Gazette médicale de l'Algérie », a trouvé, au milieu de son labeur de publiciste, le temps d'écrire le livre qu'il nous présente sur le magnétisme animal.

Après un aperçu historique, une étude sur Mesmer et son œuvre, des recherches sur les successeurs immédiats de Mesmer, il aborde le magnétisme après l'Empire et arrive rapidement à M. Charcot et à l'école de la Salpêtrière. Avec lui, nous passons en revue les trois états développés spontanément, les états provoqués intermédiaires, les divers procédés pour produire l'hypnose et amener le réveil. Il aborde enfin la suggestion, étudie la résistance aux suggestions, expose la doctrine de l'école de Nancy, la double vie. Le moment est arrivé d'étudier le magnétisme devant les tribunaux, de retracer les dangers du magnétisme animal,

(1) In-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.
(2) In-12. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Garnier frères.

d'indiquer l'exploitation commerciale et les applications utiles du magnétisme.

Comme on le voit, c'est une étude sérieuse faite par un savant, et sa conclusion indique bien l'esprit de ce livre : « Nous sommes convaincus, dit M. Morand, qu'il y aura, dans ce monde, toujours des dupeurs et des dupes, des exploiteurs et des exploités ; mais ce nous sera une satisfaction de penser que nous avons fait de notre mieux pour en diminuer le nombre en matière de magnétisme animal. »

Les sensations internes (1), par M. le professeur H. Beaunis.

Sous le titre de : « Les sensations internes », M. le professeur Beaunis (de Nancy) vient de publier, dans la Bibliothèque scientifique internationale, un travail marqué d'une profonde originalité.

L'auteur comprend, sous le nom de sensations internes, toutes les sensations qui arrivent à la conscience par une autre voie que par les cinq sens spéciaux. Il est ainsi amené à examiner les manifestations suivantes : la sensibilité organique, c'est-à-dire la sensibilité des tissus et des organes, à l'exclusion des organes des sens ; les besoins : besoins d'activité musculaire ou psychique, des fonctions digestives, de sommeil, de repos, etc. ; les sensations fonctionnelles, respiratoires, circulatoires, sexuelles ; le sentiment de l'existence, les sensations émotionnelles, les sensations de nature indéterminée, comme le sens de l'orientation, de la pensée, de la durée, la douleur et le plaisir.

Ce travail donnera une idée du vaste champ ouvert à la psychologie physiologique. La création récente d'un laboratoire spécial à la Sorbonne, rapprochée de celle de la chaire du Collège de France, donnée à M. Th. Ribot, montre l'importance de ces études et la place qu'elles ont acquise dans l'enseignement des universités.

Dictionnaire de botanique (2), par M. H. Baillon.

Le 24e fascicule (LISE-MERI) nous donne la fin de la lettre L et le commencement de la lettre M. Un fort petit nombre d'articles ont quelque étendue (Marasme, Marsilea, Melobesia, Melosira), c'est dire le nombre considérable de renseignements que nous trouvons dans les 79 pages de ce fascicule.

La chromolithographie, jointe suivant la coutume au fascicule, nous donne une excellente reproduction du *Theobroma cacao* (branche portant un fruit mûr, — graine entière et sans son tégument extérieur, — embryon, — cotylédons isolés).

Primordialité de l'écriture dans la genèse du langage humain (3), par M. Louis Alotte.

Dans une étude très condensée sur l'origine du langage, M. Alotte prodigue les arguments les plus sérieux et des preuves indéniables en faveur de sa théorie de la substitution sensorielle. Avec lui, la question si controversée du langage primordial humain se présente sous un aspect imprévu, et l'on ne peut se dispenser de convenir qu'il sera désormais bien difficile de ne pas admettre que l'écriture a précédé la parole.

Charles Darwin (4), par Henry de Varigny, docteur ès sciences.

Dans ses livres de « Littérature populaire », la maison Hachette nous rend le service de mêler parfois quelques-unes de ces biographies qu'il est bon de répandre. Aujourd'hui, c'est la vie de Charles Darwin que nous donne M. de Varigny.

Esquissée à grands traits, cette biographie nous fait connaître, nous fait aimer un savant dont les travaux laisseront une trace lumineuse dans l'histoire scientifique de notre siècle. M. de Varigny a bien compris le service qu'il pouvait rendre à la mémoire de Darwin. Il se borne à une simple analyse, écarte la controverse et fait remarquer, avec raison, combien on a énoncé d'erreurs au sujet des théories de Darwin. « Ces erreurs tiennent surtout, dit l'auteur, à ce que l'on a voulu faire dire à Darwin des choses qu'il n'a jamais dites, et transporter ses théories sur des terrains autres que celui de la zoologie pure. »

Replacée sur son vrai terrain, l'œuvre de Darwin brille du plus vif éclat. On peut discuter, mais on admire le savant, et on remercie l'auteur d'avoir placé, en tête du volume, le portrait de Charles Darwin ; c'est une figure qui mérite la popularité.

Il serait superflu d'appuyer sur le talent littéraire de M. de Varigny, les lecteurs de la « Revue des Deux Mondes » connaissent parfaitement son talent d'écrivain si fin et si distingué.

E. L. S.

(1) In-8° cartonné. Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

(2) Un fasc. in-4°. Prix : 5 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(3) In-12. Prix : 2 francs. — Paris, F. Vieweg (E. Bouillon et E. Vieweg, successeurs), 67, rue de Richelieu.

(4) In-12. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Hachette et Cie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

33. M. Le Bot. Des fractures de l'aile du bassin. — 34. M. Martine. L'occupation militaire française des Nouvelles-Hébrides (souvenirs médicaux). — 35. M. Bousquet. Contribution à l'étude de l'étiologie de l'impétigo. — 36. M. Lorieux. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du poumon. — 37. M. Boyer. Essai sur l'étiologie et la nature de la méningite cérébro-spinale épidémique. — 38. M. Logerais. Relation sur une épidémie d'oreillons qui a sévi sur le 2e régiment d'infanterie de marine en 1889. — 39. M. Teulières. Étude sur l'hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue (quatrième amygdale). — 40. M. Larrieu. De l'orchite blennorrhagique et de son traitement par le coton iodé. — 41. M. Lamarque. L'enseignement de la clinique à Bordeaux. Statistique raisonnée du service de clinique chirurgicale de M. le professeur Demons à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, pendant l'année 1887-1888. — 42. M. Depasse. Contribution à l'étude des états congestifs et subinflammatoires du foie chez les coloniaux dans leurs rapports avec la pleurésie. — 43. M. L'Honen. Quelques observations de béribéri dans la basse Cochinchine. Considérations étiologiques et pathogéniques. — 44. M. Bouyon. Tabes et suspension.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 juillet 1889, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après désignées, savoir :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Lesbros, en remplacement de M. Gaumé, retraité ; maintenu au 80e d'infanterie. — Amat, en remplacement de M. Daguenet, retraité ; maintenu au 36e d'infanterie ; — Gremion-Menuau, en remplacement de M. Chauvin, retraité ; maintenu au 97e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe, Patre, en remplacement de M. Testeau, démissionnaire ; désigné pour le 67e d'infanterie ; — Vachez, en remplacement de M. Rayan, démissionnaire ; désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; — Poirier, en remplacement de M. Lesbros, promu ; maintenu au 110e d'infanterie ; — Pelletier, en remplacement de M. Amat, promu ; maintenu auxdits hôpitaux ; — Germaix, en remplacement de M. Gremion-Menuau, promu ; désigné pour le 132e d'infanterie.

— Par décret, en date du 6 juillet 1889, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. Wiesener (Moïse), chirurgien den-

tiste des succursales de la Légion d'honneur, et M. le docteur Bélières, médecin de la Grande-Chancellerie.

— Par décret, en date du 6 juillet 1889, M. le docteur Émile Barthès vient de recevoir la médaille militaire pour sa conduite au siège de Strasbourg et son dévouement aux blessés français dans les ambulances de l'ennemi 1870-1871. Notre confrère servait alors comme soldat.

— L'examen d'aptitude exigé : 1° des docteurs en médecine et des étudiants en médecine, pourvus de douze inscriptions, pour être admis à bénéficier, comme engagés conditionnels, des dispositions prévues par la circulaire ministérielle du 12 octobre 1886 ;

2° Des officiers de santé et des étudiants en médecine, pourvus de douze inscriptions, candidats aux emplois de médecins auxiliaires (décret du 6 avril 1888) ;

3° Des docteurs en médecine candidats au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve ou de l'armée territoriale (article 2 du décret du 10 janvier 1884), commencera le mardi 20 août, à neuf heures du matin, à l'hôpital militaire Saint-Martin.

Afin de faciliter aux candidats le moyen d'acquérir la connaissance des matières qui font l'objet de l'examen d'aptitude, des conférences auront lieu, à partir du 1er août, de deux à trois heures de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Martin.

Les candidats désireux d'assister à ces conférences devront en faire la demande en même temps qu'ils se feront inscrire pour l'examen, dans les bureaux de la Direction du service de santé (Hôtel des Invalides, corridor de Toulouse).

Les docteurs en médecine et les étudiants possédant douze inscriptions valables pour le doctorat, qui désirent être admis à réaliser leur année d'engagement dans les conditions prévues par la circulaire ministérielle du 12 octobre 1886, devront en faire la demande avant le 1er octobre, au plus tard, au directeur du service de santé du corps d'armée dans lequel les intéressés ont signé leur engagement. Ces demandes devront être appuyées, en dehors d'une expédition de l'acte d'engagement, de pièces constatant : 1° la position des candidats au point de vue de leur scolarité (savoir : copie de diplômes, certificat d'inscription) ; 2° l'obtention du certificat d'aptitude.

Le programme de l'examen d'aptitude comprend les matières suivantes :

1° Notions sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie militaires ;

2° Notions sur l'organisation du service de santé à l'intérieur (règlement du 28 décembre 1883) ;

3° Notions sur l'organisation du service de santé en campagne (règlement du 25 août 1884) ;

4° Fonctionnement des infirmeries régimentaires ; composition des sacs et sacoches d'ambulance, des voitures médicales régimentaires ;

5° Infirmiers et brancardiers régimentaires ; postes de secours (manuel de 1882, hôpitaux militaires) ;

6° Secours à donner aux blessés sur le champ de bataille, bandages et appareils improvisés, relèvement et transport des blessés, brancards et voitures improvisés ;

7° Composition et fonctionnement des ambulances et hôpitaux de campagne ; hôpitaux d'évacuation ; trains d'évacuation ; infirmeries de gare ; convention de Genève.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Paul Becquet, externe des hôpitaux, qui vient de succomber, à l'Hôtel-Dieu, aux suites d'une piqûre anatomique ; et celles de MM. les docteurs Ricordeau (de Poitiers) et Roger (de Plouigneau).

— Le mercredi 17 juillet, à dix heures du matin, s'ouvrira, au palais du Trocadéro, le Congrès international des « Œuvres d'assistance en temps de guerre ».

Les rapports préliminaires sur les questions soumises au Congrès seront adressés aux adhérents par le secrétaire général, M. L. Renault, 30, rue du Cherche-Midi. — Le prix de la cotisation d'adhésion est de 10 francs.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Hernie du poumon ; fracture de sept côtes sans plaie.

Le nommé P... (Amédée), âgé de cinquante-huit ans, typographe, entré le 27 février 1889, salle Boyer, lit n° 24.

Comme antécédent héréditaire, il n'y a rien à signaler. Les antécédents personnels nous autorisent à supposer certains troubles dans l'état mental de ce malade, qui a mené une vie très agitée et a fait pendant longtemps le métier d'acteur sur divers théâtres de Paris et de la province. C'est sans doute à quelque désordre des centres nerveux qu'il faut attribuer les vertiges, les étourdissements de plus en plus fréquents qui entraînent souvent sa chute inopinée. (Il a d'ailleurs été interné, pendant un mois, vers l'âge de trente-neuf ans, dans une maison de santé de Nantes, pour un accès de délire aigu avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. Examiné sous ce rapport, ce malade présente aujourd'hui de l'incohérence des idées, des troubles de la parole et l'abolition presque complète des réflexes rotuliens.)

Pas de syphilis, alcoolisme suspect, pleurésie franche aiguë, à droite, ayant duré trois semaines, il y a dix ans, et soignée dans le service du professeur Lasègue.

A la suite d'un de ces étourdissements auxquels il est sujet, notre malade a fait, il y a quinze jours, une chute dans un escalier de pierre. En dégringolant, il est venu heurter du dos contre une ou plusieurs marches à angle aigu, et ce n'est qu'après avoir recouvré ses sens, qu'il s'est aperçu d'une vive douleur, siégeant en arrière, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, et, en même temps, d'une certaine gêne de la respiration. Néanmoins, n'étant pas suffisamment renseigné sur la gravité de son état, il a attendu plus de quinze jours avant de se présenter à la consultation, à l'hôpital de la Charité, c'est-à-dire du 10 au 27 février.

M. Després l'admit sur-le-champ à l'hôpital, avec le diagnostic : hernie du poumon ; examiné à fond le lendemain, le malade se plaint principalement de souffrir du côté droit et en arrière de la poitrine, au point de ne pouvoir se coucher ni respirer de ce côté. Cette douleur augmente par l'effort et la toux, ainsi que la dyspnée. Il n'y a pas eu de crachats sanglants après la chute, ni les jours suivants.

L'examen physique du malade fait constater à la région postérieure du thorax, entre le bord interne de l'omoplate et la ligne de l'angle postérieur des côtes, l'existence d'une tumeur sous-cutanée, allongée, ovoïde et plus volumineuse à sa partie inférieure, dépassant légèrement en haut l'épine de l'omoplate et en bas, de trois ou quatre travers de doigt, son angle inférieur. Elle mesure près de 20 centimètres en longueur et environ 10 centimètres dans sa plus grande largeur. Les téguments sont sains à son niveau et n'ont contracté aucune adhérence avec les parties profondes.

A la palpation, on la trouve molle et élastique. Elle est sonore à la percussion, crépite sous les doigts, et l'auscultation y fait découvrir le murmure vésiculaire à peu près normal.

Mais, ce qui est très important, c'est que cette tumeur est parfaitement réductible dans la cage thoracique, sous la pression des doigts. Elle se reproduit dans l'expiration, augmente de volume par l'effort et la toux, diminue au contraire, mais très légèrement, dans l'inspiration, car elle n'a aucune tendance à se réduire spontanément. Au maximum, elle acquiert le volume d'un poing d'adulte. En la réduisant, les doigts qui la repoussent dans le thorax peuvent, d'ailleurs, s'insinuer avec elle entre deux énormes fragments de la cage thoracique, ayant la forme de volets et tendant à chevaucher l'un en avant de l'autre. C'est par la dépression qui existe entre ces deux volets que fait hernie la tumeur ; l'un de ces volets, postérieur et superficiel, parfaitement accessible par son grand rebord externe, est formé par les fragments internes des quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième et neuvième côtes.

L'autre volet, antérieur et profond, appartient aux fragments externes de ces mêmes côtes; mais son rebord, au lieu d'être accessible, disparaît sous le rebord du volet précédent, attiré qu'il est par la contraction du grand dentelé. Il faut noter, en outre, que le déplacement est plus considérable pour les fragments des côtes inférieures que pour les fragments des côtes supérieures, en sorte que les volets, résultant de la réunion de ces fragments, sont plus écartés en bas qu'en haut. Nous avons vu, d'autre part, que la tumeur était plus volumineuse en bas.

Si, la tumeur une fois réduite, on applique la main à plat contre les fragments des côtes fracturées, on perçoit assez nettement la crépitation qui résulte du frottement de ces fragments les uns sur les autres.

Il n'existe pas de signes de pleurésie, ni d'inflammation pulmonaire, soit au niveau de la tumeur, soit dans son voisinage.

En présence de ces divers symptômes, M. Després n'a pas hésité à porter le diagnostic suivant : hernie sous-cutanée du lobe moyen du poumon droit, réductible en partie, mais difficile à maintenir réduite, à cause de l'étendue de l'écartement des fragments osseux entre lesquels s'échappe la hernie (sept côtes fracturées) et sans doute à cause d'adhérences pleurales suite de la pleurésie qui exista il y a dix ans.

Le pronostic restait assombri par la presque impossibilité d'obtenir une coaptation exacte de ces mêmes fragments, et aussi par la possibilité de complications inflammatoires du côté du viscère hernié.

Après avoir essayé de maintenir les deux segments de a cage

thoracique aussi écartés que possible, en ramenant la main droite sur l'épaule gauche et en la maintenant dans cette position par l'écharpe de Mayer, il fallut bientôt renoncer à ce procédé à cause des douleurs qu'accusait le malade.

M. Després tente alors d'appliquer le bandage au diachylon de Malgaigne, comme pour les fractures d'une côte, et en faisant deux fois le tour de la poitrine du malade. Auparavant, celui-ci s'était suspendu de tout son poids à la barre transversale du haut de son lit et, dans cette situation, la tumeur restait parfaitement réduite, après l'application de ce bandage, elle ne se reproduisait que très faiblement dans l'effort et la toux.

1er-12 mars. Malheureusement ce premier bandage bien appliqué dut être trop tôt remplacé par un second, puis par un troisième, et ces manœuvres répétées n'ont pu que nuire à la consolidation des fragments osseux.

L'effet le plus immédiat du bandage de diachylon a été néanmoins de faire cesser aussitôt les douleurs fort vives dont se plaignait le malade et de faciliter le jeu de sa respiration, le poumon hernié étant moins comprimé entre les fragments des côtes.

Le 19 mars. Nouvelle bande de diachylon, puis le 2 avril.

Le 10 avril. Après avoir retiré le bandage qui maintenait assez bien la hernie, quoique incomplètement, on constate que la consolidation des fragments osseux est très peu avancée, surtout en ce qui concerne les côtes les plus mobiles, c'est-à-dire les neuvième, huitième, septième, sixième, etc., seule la troisième côte n'a plus ses fragments flottants.

Quant à la hernie, elle se reproduit très facilement, lorsqu'on a retiré le bandage.

Le malade peut sortir néanmoins avec un nouveau bandage : il ne souffre plus et n'a pas de peine à respirer.

Le 15 avril. Le malade se présente de nouveau à la consultation et prétend souffrir davantage. L'état de la tumeur est le même.

Quelques râles de bronchite du côté droit de la poitrine.

Le 25 avril. Les râles ont disparu. Le malade ne se plaint pas et paraît très satisfait de prolonger son séjour à l'hôpital.

Le 16 mai. Il sort pour la deuxième fois. État local à peu près stationnaire.

Le 12 juin. Il se présente pour la troisième fois à la consultation en se plaignant toujours de souffrir, mais sans qu'on puisse se fier à son dire.

Il s'est produit quelques changements au niveau de la tumeur, mais pour le mieux du malade; les fragments costaux se sont cicatrisés sans se réunir même par un cal fibreux, ils ne peuvent plus déchirer le poumon hernié. La hernie, en effet, est moins volumineuse qu'il y a deux mois, quoique beaucoup moins facilement réductible. Des adhérences se sont établies, en effet, entre le poumon et les parties plus superficielles, en sorte que la tumeur est moins élastique, moins sonore à la percussion. Rien d'anomal à l'auscultation ni au niveau de la tumeur, ni dans le reste du poumon.

Le 24 juin. Le malade sort dans le même état et pouvant, d'ailleurs, sans trop de peine faire son métier de typographe.

Voilà donc un exemple de hernie sous-cutanée du poumon réductible qui ne peut être maintenue réduite. C'est, d'ailleurs, le premier exemple de pneumocèle ou hernie du poumon en arrière, du moins, si l'on se reporte à la dernière thèse publiée sur le sujet (1). Ce n'est pas, toutefois, le premier cas de hernie du poumon, suite de fracture de côte, il y a l'exemple de Deneux. J'attribue l'impossibilité de maintenir cette hernie à des adhérences pleurales anciennes du poumon à la paroi thoracique, le malade peut donc être considéré comme incurable, mais son infirmité est au moins sans gravité, puisque le poumon ne peut pas être aujourd'hui blessé par des fragments de côte qui sont cicatrisés isolément.

(1) Desfossés. Thèse de Paris, 1875.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. Kirchberg.

Observations de pneumonies traitées par l'association de l'ergotine, du quinquina et des révulsifs (1).

III

Après la série de faits heureux que je viens de vous citer, voici un cas malheureux que je me hâte de vous signaler.

Ch... (Clément), âgé de dix-neuf ans, ferblantier, entré à l'Hôtel-Dieu, le 7 mai 1888, a eu la rougeole à l'âge de douze ans. Il a l'ouïe affaiblie depuis un an.

Il raconte que sa maladie a commencé, il y a quinze jours, par un mal de gorge qui a duré une dizaine de jours. La fièvre est survenue peu à peu et a augmenté d'une manière progressive. En outre, le malade a de la diarrhée depuis une huitaine de jours.

Aujourd'hui 7 mai, la fièvre est très forte, le pouls rapide, petit, la peau brûlante. La langue est sèche, pas de tremblement fibrillaire, le dévoiement est très abondant. Pas de douleur à la fosse iliaque droite. Pas d'épistaxis, céphalalgie intense, surdité pas beaucoup plus accusée qu'à l'état normal du malade. La respiration est anxieuse et, cependant, ce jour-là l'auscultation et la percussion ne dénotent rien d'anomal au cœur et aux poumons.

Potion avec 5 grammes de sous-nitrate de bismuth, plus 50 centigrammes de sulfate de quinine, à prendre en deux fois dans les vingt-quatre heures.

Le 8, la température est à 40°4, le pouls à 112 et dicrote; la diarrhée est abondante; nous nous demandons si nous ne sommes pas aux prises avec une fièvre typhoïde, malgré l'absence de taches rosées et de gargouillement iléo-cæcal.

Potion avec 15 grammes de sous-nitrate de bismuth dans 200 grammes de véhicule, lavement avec 1 gramme de teinture d'iode dans 300 grammes d'eau; trois gargarismes, chacun avec 2 grammes de bi-borate de soude et 300 grammes d'eau; le soir, la température est à 40°6.

Le 9, la température est à 40°1, le pouls à 112. Le malade a toussé, a rendu des crachats jaunâtres, rappelant la couleur du sucre d'orge; nous trouvons de la matité à la base du poumon gauche, du souffle, pas de râles crépitants appréciables. Le poumon droit n'offre rien d'anomal. Le malade a mouché un peu de sang.

Potion avec 4 grammes d'ergotine et un vésicatoire n° 3 à gauche. Bien entendu, du bouillon et du lait ont été pris et continués depuis le premier jour.

Le soir, température à 40°7, pouls à 112, respiration à 40. Le malade se plaint surtout du bas ventre, on lui applique des cataplasmes laudanisés.

Le 10, température à 40°2, pouls 112, petit, respiration 68. Souffle beaucoup plus accentué à gauche. Céphalalgie. Ch... a déliré la nuit dernière, langue sale, diarrhée moins intense, douleur à la fosse iliaque droite, pas de gargouillement, ventre plat, douleur au niveau de la rate, pas de taches rosées.

Potion avec extrait de quinquina Calisaya, ergotine et teinture de musc, de chaque 4 grammes, dans 120 de véhicule, vésicatoire n° 3 à la région splénique.

Le soir, le malade paraît un peu moins oppressé que le matin.

Le 11, pouls à 112, respiration à 50. Il est impossible de prendre la température à cause de l'agitation du sujet. Il a beaucoup déliré cette nuit; l'insomnie a été complète. Ce matin, l'intelligence est obtuse, l'oppression est forte. Le souffle est le même,

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 715.

les bruits du cœur sont mal frappés. La langue est sèche, la diarrhée a diminué; nous ne trouvons pas de taches rosées; bourdonnements d'oreilles, pas d'épistaxis, même potion.

Le soir, température à 40°5, pouls à 108, respiration à 52.

Le 12, Ch... a déliré toute la nuit. Agitation continuelle; râle sous-crépitant, souffle. Céphalalgie, crachats jaunâtres striés de sang. La diarrhée persiste quoique moins forte; continuation de la médication.

Le 13, température à 39°5, pouls à 124, délire incessant, souffle dans toute l'étendue du poumon gauche; face grippée, augmentation de la diarrhée, ventre creusé en bateau; le malade refuse de prendre les remèdes; nouveau vésicatoire sur la poitrine, ventouses sèches aux membres inférieurs; injection hypodermique de 1 gramme d'ergotine divisé en plusieurs fois dans la journée. Le soir Ch... est beaucoup plus mal au moment de la contre-visite et succombe à neuf heures.

A l'autopsie, nous avons trouvé la base du poumon gauche à l'état d'hépatisation rouge et par places des points d'hépatisation grise, le sommet présente seulement de l'engouement.

Le poumon droit est très légèrement engoué. Nulle trace de granulation tuberculeuse dans les deux poumons. Le cœur est sain. L'intestin est fortement congestionné dans toute son étendue, ne présente aucune trace de granulation tuberculeuse. Les plaques de Peyer n'offrent aucune altération. Le foie est volumineux et gras. La rate ramollie est entourée d'une périsplénite très accentuée, les reins sont hyperhémiés.

Les méninges sont fortement congestionnées, non ramollies, très adhérentes à la substance grise, surtout à la région frontale et pariétale. A ces régions, une traction opérée sur les méninges épaissies amène de longs lambeaux de substance cérébrale ramollie. Toutes les coupes pratiquées dans la profondeur de l'encéphale découvrent un sablé notable. Une inspection minutieuse sur le trajet des vaisseaux ne nous a dénoté aucune granulation tuberculeuse.

Il est très probable qu'ici nous avons eu affaire à une pneumonie infectieuse, la dissémination des lésions me porte à le croire. Je me hâte, toutefois, de dire qu'aucun malade de la salle n'a été pris de pneumonie pendant le séjour de ce sujet.

Depuis ce cas malheureux, j'ai eu l'occasion d'employer l'ergotine chez deux petits enfants atteints de bronchopneumonie. Le premier, âgé de six mois, envoyé en nourrice à la campagne et, malheureusement, élevé au petit pot, avait depuis quelque temps de la diarrhée, et toussait de plus en plus depuis quelques jours. Ses parents le firent venir à Nantes pour ces deux motifs. A ma première visite, je constatai de la diarrhée verte, des râles sous-crépitants à un poumon, de l'oppression et de la fièvre. On l'avait déjà fait vomir la veille avec de l'ipéca. Je prescrivis une potion avec 10 centigrammes d'ergotine et 1 goutte de laudanum de Sydenham dans 120 grammes de véhicule, 50 centigrammes de sous-nitrate de bismuth à mêler à son lait et un vésicatoire sur la poitrine; la même potion fut renouvelée plusieurs jours de suite, un second vésicatoire dut être appliqué trois ou quatre jours après le premier. L'enfant ne toussant plus et la diarrhée étant arrêtée on le ramena à la campagne, à peu près trois semaines après son arrivée à Nantes.

Le second cas est celui d'une petite fille de neuf mois qui avait tété trois mois seulement et qui, prise de diarrhée puis de toux allant en augmentant malgré un vomitif à l'ipéca administré par sa mère, me présenta également des râles sous-crépitants à un poumon et une diarrhée verte. La fièvre, l'oppression étaient moins fortes que chez le premier enfant. La même médication fut instituée et, une douzaine de jours après, les accidents avaient disparu.

Pendant la rédaction de ce travail, j'ai vu dans le *Dictionnaire de Dechambre*, que M. Duboué (de Pau) se trouve bien de l'emploi de l'ergot de seigle dans le traitement de la pneumonie, mais je n'ai trouvé aucun renseignement sur les cas dans lequels il a eu recours à ce moyen, ni sur les doses qu'il emploie. Je me félicite de penser qu'un autre et peut-être plusieurs autres médecins se sont bien trouvés de ce moyen dans le traitement de la pneumonie. C'est une chance de plus pour que le moyen soit bon et appelé à rendre d'autres services.

Toutefois, je ne saurais trop dire combien il est loin de ma pensée de vouloir faire de l'ergotine un médicament exclusif dans le traitement de la pneumonie. Je le crois seulement utile dans certains cas, surtout dans le cas de pneumonie adynamique, quand on l'associe au quinquina et aux révulsifs.

Dans le traitement d'une maladie, dont les formes sont aussi variées que la pneumonie, je crois que nous devons nous garder d'être exclusifs. Dans des cas analogues à ceux que nous avons cités, l'ergotine et le quinquina, parfois l'alcool, surtout chez les sujets alcoolisés; les révulsifs, la digitale chez certains malades; dans d'autres cas, les antimoniaux et parfois la saignée ne doivent pas être oubliés. Les émissions sanguines ne doivent certainement pas, au moins dans la constitution médicale que nous traversons, être employées avec la libéralité que leur octroyaient nos prédécesseurs, mais n'oublions pas que, parmi eux, il y avait de bons observateurs et de grands cliniciens. Ils avaient eu des succès avec les émissions sanguines, ces succès ont conduit à des abus; prenons garde à des abus en sens contraire. Je me souviens, il y a quelques années, avoir été appelé près d'un jeune homme de vingt-cinq ou vingt-six ans, qui avait été fatigué par les grandes manœuvres et toussait depuis plusieurs jours. Cette toux allant toujours en augmentant, les crachats ayant pris une teinte rougeâtre en même temps qu'une oppression notable s'était déclarée, on s'était décidé à m'appeler. Je trouvai du râle crépitant bien accentué à un poumon, des crachats rouillés et une forte oppression. Le pouls était fréquent, plein, résistant à la pression. Je dis à ce malade, dont la constitution n'était que de moyenne force, mais qui vivait dans de bonnes conditions hygiéniques, que je me sentais porté à user chez lui d'un vieux moyen à peu près délaissé aujourd'hui, mais que je croyais utile dans la circonstance. La saignée fut acceptée. Elle était à peine terminée que le malade me déclara qu'il se sentait moins oppressé.

Le lendemain, la nuit avait été tellement bonne relativement à la précédente, que le malade me demanda une seconde saignée qui fut pratiquée.

Le troisième jour, même demande qui, cette fois, fut refusée à cause du mieux notable que je constatais. Des potions kermétisées et deux vésicatoires furent dans cette maladie les adjuvants des émissions sanguines; au bout de quelques jours, le sujet était en pleine convalescence.

Je crois donc que nous devons être éclectiques et nous garder de l'esprit de système et d'exagération. Usons des découvertes modernes, usons-en largement, provoquons de nouvelles recherches, mais ne dédaignons pas les observations de nos prédécesseurs. Sachons, en médecine comme en tout, nous rappeler souvent la voix de la sagesse antique qui nous a dit ces mots si vrais dans tous les temps et dans tous les lieux : *In medio stat virtus.*

MÉTALLOTHÉRAPIE

Anémie, dyspepsie, arthralgie ; guérison par le cuivre.

Par M. le docteur MORICOURT, ancien interne des hôpitaux.

Mme X..., quarante-quatre ans, gauchère pour la force, vient nous consulter le 13 juin 1887.

Depuis un an, elle éprouve un grand affaiblissement et des douleurs dans les genoux, plus marqués à gauche.

Appétit diminué ; dyspepsie flatulente, constipation. Une fois par semaine, gastrorrhée, avec régurgitations d'un liquide fade.

Mme X... donne, au dynamomètre de Burq, 31 kilogrammes à droite et 30 à gauche. Il existe de l'analgésie prononcée sur la face externe des avant-bras ; les deux pointes de l'esthésiomètre n'y sont senties qu'à 7 centimètres d'écartement, au lieu de 4 (état normal).

Mme X... avait pris du fer Lerat, qui augmentait la constipation. Le fer n'était donc pas son métal. De plus, comme elle éprouvait pendant son sommeil des rêves, des cauchemars et de l'agitation, il y avait de grandes chances pour qu'elle fût sensible au cuivre. Aussi est-ce par ce métal que je commençai la métalloscopie. Quatre disques de cuivre sont appliqués sur chaque avant-bras.

L'effet est immédiat, Mme X... ressent, d'abord à gauche, puis bientôt à droite, sans transfert, de la chaleur et des picotements. La force musculaire monte de 28 à 32 kilogrammes à droite et de 30 à 34 kilogrammes à gauche. Les deux pointes de l'esthésiomètre sont senties à 4 centimètres d'écartement à droite, à 6 centimètres à gauche. Quant à l'analgésie, elle est peu modifiée.

Après l'enlèvement du métal, la peau est rouge sous les plaques ; la chaleur devient plus vive à gauche et persiste encore pendant une demi-heure.

Le zinc, l'étain, l'or, l'argent, l'aluminium, le platine, essayés successivement les jours suivants, à raison de deux métaux par séance, ne produisent pas d'effet appréciable sur la sensibilité et sur la force musculaire.

Mme X... est donc sensible au cuivre et monométallique. En conséquence, le 16 juin 1887, je lui prescris le traitement suivant : une pilule de sulfate de cuivre de 1 milligramme, une heure avant chacun des deux principaux repas ; — augmenter d'une pilule tous les deux jours jusqu'à deux, matin et soir ; — applications externes de cuivre.

30 septembre 1887. Mme X..., qui a passé deux mois à la campagne, a eu plus d'appétit et s'est trouvée moins fatiguée. La gastrorrhée, la dyspepsie, la constipation, les douleurs dans les jambes ont disparu.

Les plaques de cuivre ont déterminé des rougeurs, des boutons et des démangeaisons.

Mme X... ayant suspendu son traitement il y a six semaines, en même temps qu'elle rentrait à Paris, ses douleurs de genoux sont revenues, ainsi que l'affaiblissement. Elle ne donne plus au dynamomètre que 28 kilogrammes à droite et 27 à gauche. Les deux pointes de l'esthésiomètre ne sont senties qu'à 5 centimètres d'écartement et l'analgésie existe toujours.

Je lui prescris deux pilules de bromure de cuivre de 1 milligramme, matin et soir, et des applications de cuivre tous les deux jours, afin de ne pas trop irriter la peau.

La santé s'améliore de nouveau.

2 juillet 1887. Mme X..., ayant encore une fois cessé de se soigner, éprouve de nouveau de la faiblesse, de l'anorexie, de la flatulence, de la constipation, de la leucorrhée. Le sang des règles est pâle.

Je lui fais reprendre son traitement en portant le nombre des pilules à trois, matin et soir. Elle suspendra les applications de cuivre quand elles produiront des démangeaisons.

28 décembre 1888. Mme X... se porte si bien qu'elle a renvoyé sa bonne et fait son ménage elle-même.

Cette observation nous paraît instructive à plus d'un titre. Il s'agit, en effet, d'une maladie fréquente, l'anémie, contre laquelle les médecins, sous l'empire d'une théorie chimique, prescrivent à peu près invariablement le fer, métal qui ne réussit cependant qu'environ 1 fois sur 4. Quand il a échoué, comme dans le cas actuel, il est d'usage de recourir à des médications qui, sans doute, comptent des succès, comme l'hydrothérapie, les inhalations d'oxygène, etc., mais qui sont dispendieuses, alors qu'il n'y a qu'à chercher un autre métal, ainsi que Burq l'a établi depuis longtemps.

Celui qui a le plus de chance de réussir après le fer, je suis même porté à croire qu'il agit plus souvent, c'est le cuivre. Il est indiqué surtout lorsqu'il existe, comme chez notre malade, un sommeil agité, troublé par des cauchemars ou par des rêves, lorsque les malades parlent tout haut dans leur sommeil, à plus forte raison s'ils ont ou s'ils ont eu, même dans leur enfance, du somnambulisme ; ou, au contraire, lorsqu'ils ont un sommeil lourd et prolongé, plus ou moins léthargique. Mais il est préférable, quand on le peut, de faire un examen métalloscopique complet et de choisir, parmi les différents métaux usuels qui peuvent être employés sous forme de plaques (fer, cuivre, zinc, étain, or, argent, aluminium, platine, nickel, etc.), celui qui a le plus d'action sur la sensibilité et sur la force musculaire.

Le métal une fois trouvé, je le fais prendre, soit à l'état métallique, soit à l'état d'oxyde ou de sel, en pilules ou en solution, la préparation n'ayant qu'une importance secondaire, mais dont il faut cependant tenir compte. Ainsi chez notre malade, donné d'abord à l'état de sulfate, le cuivre a été administré ensuite sous la forme de bromure, ce qui n'a peut-être pas été sans influence sur le résultat du traitement.

La dose mérite plus d'attention. L'expérience m'a appris qu'en général, 1 à 2 milligrammes, chaque jour, suffisent. Il est rare qu'il faille diminuer ; il est même assez souvent nécessaire d'augmenter de 1 milligramme, par exemple, tous les deux ou trois jours, jusqu'à 2 ou 3 milligrammes, matin et soir. Ainsi, chez Mme X..., il semble que l'amélioration n'est devenue définitive que lorsque la dose a été portée à 3 milligrammes, matin et soir.

Le métal doit être pris une heure avant chacun des deux principaux repas. Il agit ainsi plus activement. S'il était mal supporté, il faudrait le prendre immédiatement avant de manger, ou même au milieu du repas.

Enfin notre malade n'était sensible qu'à un seul métal, et l'expérience prouve que c'est dans le cas de monométallisme que la métallothérapie réussit le mieux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juillet 1889. — Présidence de M. LE DENTU.

COMMUNICATIONS

Localisation des centres moteurs dans l'écorce cérébrale. — M. TILLAUX a observé un malade qui, à la suite d'un violent traumatisme cranien, fut pris d'aphasie avec monoplégie brachiale incomplète à droite. Il était naturel de diagnostiquer une lésion de la troisième frontale gauche. Cet homme mourait de pleuro-pneumonie quelques jours après, et on put constater, à l'autopsie : 1° la zone des centres moteurs absolument intacte ; 2° une contusion diffuse et profonde du cerveau localisée à la partie antérieure de l'hémisphère gauche ; 3° des ecchymoses au niveau antérieur de la troisième frontale, de la deuxième fron-

tale, et un caillot notable au niveau de la partie antérieure de la première temporale. A la coupe incomplète de ces circonvolutions, on ne trouva rien.

Ce fait semble opposé à la théorie de la localisation et méritait d'être signalé.

DISCUSSION

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'admet pas la valeur d'un fait négatif de ce genre. Les troubles du bras droit étaient peu marqués, l'aphasie n'a pas été complètement étudiée, l'écorce cérébrale, examinée un certain temps après l'autopsie, a pu laisser échapper les lésions si fugaces de congestion. La théorie de la localisation ne saurait être ébranlée par ce fait; l'excitation électrique de l'écorce, après trépanation opérée sur l'homme, confirme les expériences sur les animaux.

M. BERGER a publié un cas négatif avec autopsie par Mme Klumpke-Dejerine. Tous les neuropathologues admettent ces cas négatifs.

M. POZZI ne trouve pas si anomale l'observation présentée par M. Tillaux. Une lésion de la première temporale ne saurait-elle expliquer une variété d'aphasie?

M. KIRMISSON estime qu'une observation de traumatisme récent est un mauvais terrain pour l'étude des localisations. Il faut toujours tenir compte des lésions à distance.

M. TERRILLON a fait une trépanation pour traumatisme cranien avec paralysie faciale, hémiplégie brachiale, aphasie; il ne trouva pas de lésions et tout s'améliora.

M. POZZI rappelle que la région de l'aphasie est la région périsylvienne.

M. TILLAUX, en communiquant son observation, a seulement désiré montrer que le chirurgien peut, lors d'une trépanation, ne pas trouver la lésion qu'il devait rencontrer.

RAPPORT

Gastro-entérotomie. — M. MONOD lit un rapport sur un travail de M. Roux (de Lausanne), basé sur deux observations personnelles de gastro-entérotomie.

Après avoir retracé à grands traits l'historique de la question, M. Monod rapporte les observations publiées et les insuccès nombreux, la réussite pour un rétrécissement cicatriciel du pylore. Mais le pronostic est amélioré aujourd'hui, grâce aux perfectionnements apportés à cette opération palliative. En France, on ne connaissait que le cas malheureux de M. Pozzi.

Ouvrir le ventre, rechercher l'anse intestinale voulue, faire des sutures multipliées, sur un malade déjà affaibli, une semblable opération, qui dure au moins deux heures, est certainement grave, mais on connaît des guérisons; on ne doit donc pas la rejeter.

Le manuel opératoire doit être réglé avec soin. La préparation du malade par une alimentation spéciale joue son rôle. La recherche de l'anse intestinale à suturer est très difficile; elle doit être faite avec douceur. L'application du sel sur l'intestin ne permet pas toujours de déterminer le mouvement péristaltique qui permet de retrouver le bout supérieur de l'intestin.

Le procédé spécial de M. Roux est difficile à exécuter, du moins sur le cadavre. L'asepsie doit être complète; l'opération faite hors du ventre. Les suites immédiates sont toujours très alarmantes, les premières heures après l'opération très pénibles; on constate la petitesse du pouls, la pâleur, le collapsus; les injections d'éther, les lavements de champagne sont indiqués.

M. Monod insiste sur ce que l'on ne doit opérer que si le malade n'est pas trop affaibli, si l'affection est récente, si l'alimentation est impossible et si le malade réclame absolument une opération aussi hardie.

LECTURE

Hernie inguinale étranglée. — M. MARTIN (de Genève) lit une observation de hernie inguinale étranglée chez un enfant de sept mois. La kélotomie a été suivie de guérison.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Tuberculose secondaire de la dure-mère. — M. DELORME présente un malade qui, à la suite d'une ostéite tuberculeuse du frontal, a été atteint d'une tuberculose secondaire de la dure-mère. Après avoir enlevé l'os malade à l'aide du ciseau et du maillet, M. Delorme a excisé une rondelle de dure-mère, atteinte de tuberculose dans sa profondeur et à sa surface externe.

Cure radicale de hernie. — M. KIRMISSON montre un enfant auquel il a pratiqué l'opération pour la cure radicale d'une hernie droite congénitale. Le malade avait une ectopie inguinale du testicule. M. Kirmisson a fixé le testicule, après ouverture de la poche, mais ce testicule a remonté. Il profite de cette présentation pour critiquer l'expression de célorrhaphie, propose celle d'orchirrhaphie et enfin s'arrête à celle d'orchidopexie, préférée par M. Pozzi.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'est pas surpris de l'insuccès de l'orchidopexie pratiquée par M. Kirmisson. Il est, en effet, des testicules faciles à faire descendre et à maintenir *in situ*; il en est d'autres qu'on ne peut maintenir. Dans le premier cas, il est peut-être inutile d'opérer; dans le second, l'habileté du chirurgien est facilement mise en défaut.

M. RICHELOT estime que le but à chercher est la suppression du canal vagino-péritonéal, et propose de faire la cure radicale de l'hydrocèle ou de la hernie concomitante.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne partage pas cette dernière manière de voir. Il faut libérer le testicule pour que la descente soit facile.

Tumeur du corps thyroïde et exophthalmie. — M. MONOD présente une malade qui est atteinte d'une tumeur de la partie droite du corps thyroïde et d'exophthalmie à droite. L'œil droit est perdu. On ne constate pas les symptômes de la maladie de Graves; l'exophthalmie est unilatérale. Que conclure?

M. MARC SÉE pense qu'on se trouve en présence d'une tumeur de l'orbite ou du cerveau, avec une tumeur du corps thyroïde indépendante.

M. TILLAUX fait des réserves à ce point de vue. La tumeur de la partie droite du corps thyroïde détermine peut-être une exophthalmie d'un genre spécial, dont le mécanisme inconnu est à étudier.

COMITÉ SECRET

La Société se réunit en comité secret pour entendre le rapport de la commission sur les candidats au titre de membre correspondant.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis du cours d'exploration clinique et de diagnostic médical (1), professé à l'Université de Bruxelles par le docteur E. SPEHL (année 1887-1888).

Les leçons de M. Spehl, publiées par fascicules, sont réunies en volume. Ce livre s'adresse surtout aux étudiants, auxquels il doit servir de guide en clinique. C'est à la fois un traité de séméiologie et de technique médicale. La partie qui concerne la technique peut être réellement utile. Il est commode d'avoir sous la main l'indication des procédés d'examen physique des organes, d'examen chimique des divers produits d'excrétion ou de sécrétion.

Quant à la séméiologie, elle n'est intéressante que lorsqu'elle se lie intimement à la pathologie générale. L'énumération des divers symptômes, de leurs variétés, est, par elle-même, fasti-

(1) Prix : 18 francs. — Bruxelles et Paris, G. Lebègue, 25, rue de Lille.

dieuse et inutile. L'examen des malades ne doit pas non plus être enfermé dans des formules étroites. La méthode est nécessaire, indispensable ; mais l'art du clinicien consiste précisément à savoir s'adapter, se plier avec souplesse aux divers cas particuliers. La pratique quotidienne, l'exemple des maîtres, peuvent seuls enseigner cet art de la clinique ; les livres n'y ont rien à voir. Aussi pourrait-on retrancher pas mal de choses dans le livre de M. Spehl. Cependant, tel qu'il est, il peut rendre des services.

Manuel de propédeutique (1), par H. Lavrand.

Ce petit volume paraît très bien conçu : il est clair et précis. Il ne s'embarrasse ni de théorie inutile, ni d'énumération fastidieuse. Il se contente d'exposer les notions que doit posséder un médecin qui procède à l'examen médical du poumon, du cœur et des vaisseaux. C'est un manuel destiné à être couramment consulté par le débutant. Il renferme, sous une forme à la fois nette et condensée, les notions que l'on doit avoir pour comprendre la valeur des termes couramment employés en clinique. Il faut que l'étudiant, qui veut s'initier à la technique médicale, connaisse exactement ces termes et leur signification séméiologique. L'auteur a pensé, avec M. Desplats, que l'élève pouvait d'emblée apprendre la technique et la séméiologie, que cela lui était plus utile que d'apprendre d'abord la pathologie et de l'appliquer ensuite au lit du malade. Des leçons de propédeutique sont indispensables avec cette méthode d'étude et d'enseignement. Nous pensons que le manuel de M. Lavrand remplit très bien le but qu'il s'est proposé. Albert Mathieu.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

254. M. Bonnecaze. Valeur et indications de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe. — 255. M. Fallier. Contribution à l'étude des fractures de l'épitrochlée avec luxation du coude. — 256. M. Delabrosse. De l'hémoglobinurie. — 257. M. Bataillard. De la durée et du pronostic du travail, des modes de terminaison et d'intervention dans les variétés postérieures de la présentation du sommet. — 258. M. Mantel. D'une nouvelle manœuvre pour l'abaissement d'un pied dans la présentation décomplétée, mode des fesses. — 259. M. Censier. Contribution à l'étude de l'ectopie en retour. — 260. M. Chabasse. Contribution à l'étude d'une variété des gommes syphilitiques sous-cutanées dites gommes en nappe. — 261. M. Pinel. Contribution à l'étude de la greffe dentaire. — 262. M. Agut. Ostéotomie linéaire sous-trochantérienne. — 263. M. Combes. Contribution à l'étude des kystes du vagin. — 264. M. Gaillard. Contribution à l'étude de la désinfection par le gaz. — 265. M. Chevreau. Contribution à l'étude des manifestations médullaires du rhumatisme aigu. — 266. M. Nugon. Contribution à l'étude de l'emploi du menthol et du naphtol camphré en laryngologie. — 267. M. L. de la Billardière. Contribution à l'étude des nodosités rhumatismales sous-cutanées. — 268. M. Farines. Quelques considérations sur la paralysie générale spinale à marche rapide et curable. — 269. M. Bauby. Des lésions costales liées à la pleurésie purulente chez l'enfant. — 270. M. Pascault. Déchirures du col utérin. Pathogénie de leur complication. Traitement. — 271. M. Raulin. Étude sur le lupus primitif de la muqueuse nasale. — 272. M. Dominguez. Des formes atténuées de la maladie de M. Raynaud. — 273. M. Ben Tata. Essai sur l'apparition de la gangrène pulmonaire dans l'artério-sclérose. — 274. M. Pandely. De l'hémorrhagie dans le cas de placenta prævia après la mort du fœtus. — 275. M. Eliacheff. Contribution à l'étude de l'otologie. — 276. M. Bègue. Des manifestations oculaires de la lèpre et du traitement qui leur convient. — 277. M. Caudron. Étude sur les contusions du cristallin. — 278. M. Thierry. Des greffes cutanées et de leur emploi dans le traitement des ulcères trophiques. — 279. M. Cronier. De l'inoculation secondaire de la peau consécutive à des foyers tuberculeux, sous-cutanés ou profonds. — 280. M. E. Richard. Histoire de l'hôpital de Bicêtre (1250-1791). (Une des maisons de l'hôpital général.) — 281. M. Estève. Évolution simultanée de la fièvre typhoïde et des fièvres éruptives, rougeole et scarlatine. — 282. M. Guende. Extraction du cristallin luxé dans le corps vitré. — 283. M. Gars. De l'identité de l'érysipèle et de la lymphangite au point de vue bactériologique. — 284. M. Noel. D'une nouvelle méthode de traitement de l'otite moyenne aiguë (pansement de Loewe). — 285. M. Kuhn. Du traitement des kératites, et en particulier du traitement chirurgical. — 286. M. Fournier. Phénomènes spasmodiques musculaires consécutifs aux affections articulaires chroniques. — 287. M. Meunier. Éruptions iodoformiques. — 288. M. Couty. Contribution à l'étude des rétrécissements congénitaux du rectum. — 289. M. Bonenfant. De l'empyème putride enkysté. — 290. M. Maurau. Du molluscum contagiosum envisagé au point de vue parasitaire. — 291. M. von Eichstorff. Traitement des bubons par l'éther iodoformé. — 292. M. Rouget. Amputations congénitales et aïnhum. — 293. M. Dumas (Henry). De la trépanation dans l'épilepsie.

(1) Prix : 6 francs. — Bruxelles, A. Manceaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 juillet 1889, les médecins aides-majors de deuxième classe ci-après indiqués, ont été promus au grade d'aide major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

2e corps d'armée. — MM. Bilhaut et Lemaire.

3e corps d'armée. — MM. Planet, Bourotte et Rondeau.

5e corps d'armée. — MM. Gassot, Bureau et Denance.

8e corps d'armée. — MM. Lépine, de Fontaine et Love.

9e corps d'armée. — MM. Boell, Verriet de Litardière, Ricochon et Osiecki.

12e corps d'armée. — MM. Denoix, Yacherie, Faugeyron et Moty.

16e corps d'armée. — MM. Balsan, Latieule, Pratx et Jammes.

17e corps d'armée. — MM. Chambon et Fregéru.

— Par décision ministérielle, en date du 5 juillet 1889, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Gobillot, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons ; Eude, pour le 25e d'artillerie ; Dogny, pour le 4e d'artillerie ; Baudoin, pour les fonctions de médecin en chef des salles militaires de l'hospice mixte de Langres ; Malinas, pour le 4e zouaves.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Mercier, pour le 90e d'infanterie ; Grandgury, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied ; Lallemant, pour le 16e dragons ; Mons, pour le 4e spahis ; Médieux, pour le 14e d'infanterie ; Dupeyron, pour le 11e bataillon de chasseurs à pied ; Bréau, pour le 30e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Chêne, pour l'hôpital militaire de Bordeaux ; Fasquelle, pour le 30e d'artillerie ; Pruvost, pour le 110e d'infanterie ; Chanzeix, pour le 28e d'artillerie ; Vallois, pour le 1er spahis ; Valissant, pour le 3e cuirassiers.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Mendès-Benito, pour le 7e dragons.

— Par décision ministérielle, en date du 10 juillet 1889, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Rivaud, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Boulian, pour le

81e d'infanterie ; Mathelin, pour le 11e d'infanterie ; Arnold, pour le 35e d'infanterie ; Richard, pour le 118e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Félix et Rioblanc, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 juillet 1889 ont été nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Audigé, Collineau, Dumontpallier, Floquet, Hahn et Kuhff, à Paris ; Bouton, à Besançon ; Castiaux, à Lille ; Delvailles, à Bayonne ; Engel, à Montpellier ; Fée, à Nantes ; Grandval, à Reims ; Guillemin, médecin-principal de première classe ; Kiener, médecin-principal de deuxième classe ; Louveau, à Rennes ; Merlin, médecin en chef de la marine ; Thonion, à Annecy ; Viault, à Bordeaux ; Witkowski, à Franconville.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Arthaud, Bouilly, Budin, Faucher, Ferrand, Garnier, Hanriot, Joffroy, Lancereaux, Marchandé, Monange, Peyrot, Raymond, Reclus et Remy, à Paris ; Aubin, à Toulon ; Audubert, à Tulle ; Bassompierre, médecin-major ; Belliard, à Montjean ; Boutet, à Orgerus ; Bouveret, à Lyon ; Calmon, à Céret ; Caussade, à Saint-Médard de Guizières ; Chadirac, à Saint-Privat ; Chambay, à Alençon ; Coliez, à Longwy ; Coupey, à la Ferté-Bernard ; Dubest, à Pont-de-Chateau ; Gascon, à Redon ; Gay et Hamelin, à Montpellier ; Graciette, à Toulouse ; Guilter, à Saint-Pierre-d'Albigny ; Lambert, à Ossigny-le-Grand ; Lebrun, à Bar-sur-Aube ; Lemasson, à Saint-Jean-du-Bruel ; Martin, à Camarès ; Masson, à Mirecourt ; Mérieux, à Asfeld ; Montet, à Briatexte ; Mora, à Brunehamel ; Mouchet, à Sens ; Pasdeloup, à Marolles-les-Braux ; Pasquet-Labroue, à Chatellerault ; Petit, à Cette ; Petit, à Clermont-Ferrand ; Phelippeau, à Maillezais ; Pitti-Ferrandi, à Bastia ; Prodhomme, au Sel ; Prudhomme, à Pithiviers ; Racine, à Scey-sur-Saône ; Richard, à Lille ; Ségard, médecin-principal de la marine ; Strauss, médecin-major de première classe ; Sutils, à Chapelle-la-Reine ; Treille, médecin en chef de la marine ; Villeneuve, à Lexos.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour deux places d'interne, ouvert à l'hôpital Saint-Jean, s'est terminé par la nomination de MM. Sternberg et Vigneron.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Blocq est nommé préparateur de la chaire de clinique des maladies du système nerveux, en remplacement de M. Marie, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Tavernier est maintenu dans les fonctions d'aide de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Laplane est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale.

— Le Conseil municipal de Paris accorde des crédits : 1° à la station d'ambulances (Staël) pour le transport des contagieux ; — 2° pour l'agrandissement du service d'ovariotomie de l'hôpital Bichat.

— M. Carlet, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Grenoble, est déclaré élu membre du Conseil académique de Grenoble.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barthès (de Marseille), Le Bas (de Landrecies), P. Catellan (de Langon), G. Denarié (de Chambéry), Gaillardon (de Chef-Boutonne), Galangau (d'Arles-sur-Tech), A. Restrepo (de Paris), L. Veysset (de Champagnac).

— M. Mayet, trésorier du Comité d'organisation du Congrès de médecine légale, ayant été obligé de quitter Paris, à cause de l'état de sa santé, les cotisations qui devaient lui être adressées seront reçues, soit par M. le docteur Motet, secrétaire général, 161, rue de Charonne, soit par M. le docteur Leblond, 53, rue d'Hauteville.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Médecine clinique (t. VII), par le professeur Sée et le docteur Labadie-Lagrave, médecins des hôpitaux. *Traité des maladies du cœur, étiologie clinique*, par le professeur G. Sée. Tome Ier, 1 vol. in-8° avec 21 figures intercalées dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Les nègres de l'Afrique sus-équatoriale : Sénégambie, Guinée, Soudan, Haut-Nil (bibliothèque anthropologique, tome IX), par le professeur A. Hovelacque. 1 vol. in-8°, avec 35 figures intercalées dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, par A. Jamain et F. Terrier, 3e édition, tome IV (1er fascicule), par MM. F. Terrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux ; A. Broca et H. Hartmann, prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. gr. in-18. — — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Le Fort est venu expliquer les raisons qui lui font préférer, avec M. Spencer Wells, le chlorure de méthylène au chloroforme de nos hôpitaux. Cette communication a donné lieu à une intéressante discussion, à laquelle ont pris part MM. Maurice Perrin, Trélat et Polaillon.

Un rapport de M. Hérard nous fait connaître ce qu'on peut attendre de l'électricité, dans le traitement de l'occlusion intestinale.

Enfin, M. Cornil, qui a examiné les pièces soumises par M. Terrillon, a constaté dans son rapport que, sur 50 opérations de laparotomie pour ovario-salpingites, il n'y avait eu que deux décès.

L'Académie, en comité secret, a dressé la liste des candidats chirurgiens au titre de membre correspondant national. On en trouvera l'écho à notre « Chronique et nouvelles ».

La loi sur le recrutement de l'armée vient d'être promulguée. Nous reproduisons ci-dessous les articles qui intéressent particulièrement le corps médical.

Art. 23. — En temps de paix, après un an de présence sous les drapeaux, sont envoyés en congé dans leurs foyers, sur leur demande, jusqu'à la date de leur passage dans la réserve :

1° . . . . .

2° Les jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études, en vue d'obtenir : soit le diplôme de licencié ès lettres, ès sciences, de docteur en droit, de docteur en médecine, de pharmacien de première classe, de vétérinaire ou le titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine ; . . . . .

En cas de mobilisation, les étudiants en médecine et en pharmacie sont versés dans le service de santé.

Tous les jeunes gens énumérés ci-dessus seront rappelés pendant quatre semaines dans le cours de l'année qui précédera leur passage dans la réserve de l'armée active. Ils suivront ensuite le sort de la classe à laquelle ils appartiennent.

Art. 24. — Ceux qui n'auraient pas obtenu avant l'âge de vingt-six ans les diplômes spécifiés ci-dessus ;...

Les jeunes gens qui n'auraient pas satisfait, dans le cours de leur année de service, aux conditions de conduite et d'instruction militaire déterminées par le ministre de la Guerre.

Ceux qui ne poursuivraient pas régulièrement les études en vue desquelles la dispense a été accordée ;

Seront tenus d'accomplir les deux années de services dont ils avaient été dispensés.

Art. 25. — Quand les causes de dispenses prévues à l'article 23 viennent à cesser, les jeunes gens sont soumis à toutes les obligations de la classe à laquelle ils appartiennent.

Ils peuvent se marier sans autorisation.

Art. 26. — La liste des jeunes gens de chaque département, dispensés en vertu des articles 23, etc., sera publiée au *Bulletin administratif*, et les noms des dispensés de chaque commune seront affichés dans leur commune, à la porte de la mairie.

En cas de guerre, ils sont appelés et marchent avec les hommes de leur classe.

Les dispositions de l'article 55 ci-après leur sont applicables.

Art. 29. — Les élèves du service de santé militaire et les élèves militaires des écoles vétérinaires contractent, en entrant à l'École, l'engagement de servir dans l'armée active pendant six ans au moins, à dater de leur nomination au grade de médecin aide-major de deuxième classe ou d'aide-vétérinaire.

Ceux qui n'obtiendraient pas le grade d'aide-major ou d'aide-vétérinaire, ou qui ne réaliseraient pas l'engagement sexennal, sont incorporés dans un corps de troupe pour trois ans, sans déduction aucune du temps écoulé depuis leur entrée à l'École.

Ces dispositions sont également applicables aux élèves de l'École de médecine navale.

Art. 55. — (Cet article vise les obligations de tout homme inscrit sur le registre matricule.)

Art. 70. — ..... Si les complices [de ceux qui se rendent impropres au service militaire] sont des médecins, des officiers de santé ou des pharmaciens, la durée de l'emprisonnement est pour eux de deux mois à deux ans, indépendamment d'une amende de 200 francs à 1000 francs, qui peut être aussi prononcée, et sans préjudice de peines plus graves dans les cas prévus par le Code pénal.

Art. 71. — Les médecins militaires ou civils qui, appelés au conseil de revision à effet de donner leur avis, conformément aux articles 18, 19, 20 et 27 de la présente loi, ont reçu des dons ou agréé des promesses pour être favorables aux jeunes gens qu'ils doivent examiner, sont punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans.

Cette peine leur est appliquée, soit qu'au moment des dons ou promesses, ils aient déjà été désignés pour assister au conseil de revision, soit que les dons ou promesses aient été agréés en prévision des fonctions qu'ils auraient à y remplir.

Il leur est défendu, sous la même peine, de rien recevoir, même pour une exemption ou dispense justement prononcée.

Ceux qui leur ont fait des dons ou promesses sont punis de la même peine.

Art. 77. — Les peines prononcées par les articles 71, 72 et 74 de la présente loi, sont applicables aux tentatives des délits prévus par ces articles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

Fracture de l'humérus et luxation de l'épaule.

Avant de procéder à l'opération que nous allons pratiquer tout à l'heure, il est nécessaire que je vous donne quelques renseignements sur le malade qui va en être l'objet, que je vous dise ce que nous avons fait jusqu'à présent, ce qu'on aurait pu et dû faire au moment de l'accident et ce que nous aurions certainement fait si nous eussions été appelé assez tôt auprès de lui pour intervenir. Notre intervention aurait eu de véritables chances de succès.

Voici le fait en deux mots : un jeune homme de vingt-trois ans, fort et jouissant d'une bonne santé, élève de l'école Saint-Cyr, se trouvant au manège, était monté tout debout sur son cheval, tournant le dos à l'un de ses professeurs d'équitation, lorsqu'une brusque interjection de celui-ci le fit tressaillir et, par suite, perdre l'équilibre. Il tomba si malheureusement qu'il eut le bras droit fracturé et l'épaule droite luxée. Relevé par les personnes présentes, il fut immédiatement transporté à l'infirmerie où les médecins de l'École reconnurent les lésions et appliquèrent un premier appareil.

Huit jours plus tard, j'étais appelé par sa famille auprès du jeune blessé; après avoir retiré l'appareil plâtré d'immobilisation qui avait été placé sur le membre blessé, je constatai l'existence d'une grosse crépitation au niveau de l'extrémité supérieure de l'humérus avec déplacement notable, ainsi que la présence d'une tuméfaction antérieure, sous-pectorale, formée par la tête de l'humérus : il y avait une luxation sous-coracoïdienne.

Malheureusement rien de ce qui m'eût été nécessaire pour tenter d'obtenir la réduction n'existait à l'École, de telle sorte que je dus me borner au diagnostic de la lésion et, par suite, à ajourner toutes tentatives de réduction au jour où le blessé pourrait être ramené à Paris. Ce qui eut lieu seulement dix-sept jours après l'accident.

Ce jour-là, après avoir anesthésié mon malade, j'entrepris la réduction avec le concours de MM. Hennequin et Bareste, mon chef de clinique; mais je n'y parvins qu'en partie et je plaçai un appareil plâtré complété par des tractions continues, s'exerçant dans les deux sens opposés à l'aide de poids, les uns en haut sous l'épaule, les autres en bas sur le coude, le bras étant replié à angle droit sur l'avant-bras.

Cet appareil resta en place pendant trente et un jours, au bout desquels il fut enlevé, de façon que je puisse examiner l'état dans lequel se trouvaient les parties malades. Je constatai ainsi que la tête était dans la position d'une luxation sous-coracoïdienne incomplète, c'est-à-dire dans une position toujours vicieuse.

Il y avait à ce moment quarante-sept jours que l'accident était arrivé, soit un temps réellement insuffisant pour que la fracture pût être consolidée. Je priai donc, en attendant cette consolidation, M. Gautier d'exercer des manœuvres quotidiennes de massage sur la région blessée en même temps que je prescrivis des douches écossaises quotidiennes, c'est-à-dire alternativement chaudes et froides. Le résultat en fut très bon : assouplissement des muscles, désempâtement de l'épaule, retour des mouvements dans les doigts, mobilisation des parties.

Cependant, aujourd'hui, soixante-dix-sept jours après, la tête a contracté des adhérences de plus en plus intimes avec la région glénoïdienne, la pointe de l'omoplate dans certains mouvements vient buter contre le thorax; mais la consolidation me paraît suffisante pour que nous puissions enfin tenter avec succès les manœuvres de réduction.

Je ne veux pas examiner toutes les hypothèses qui peuvent surgir et toutes les tentatives opératoires qui auraient pu être faites, le temps ne me le permet pas; je veux seulement me borner à deux points : 1° dans les conditions où nous nous sommes trouvé le jour où, pour la première fois, nous avons vu le blessé, pouvions-nous faire mieux ? 2° tout ce qu'il était possible de faire a-t-il été tenté ?

Premier point : non, nous ne pouvions faire plus ni mieux que ce que nous avons fait. Le jour où nous avons été mandé auprès du jeune blessé était le huitième jour après l'accident et, comme nous l'avons dit en commençant, nous n'avions sous la main rien de ce qui était indispensable aux manœuvres nécessaires, et c'est seulement le dix-septième jour, c'est-à-dire à une époque beaucoup trop tardive, que nous avons pu entreprendre des tentatives de réduction. D'autre part, chez un jeune homme dont la carrière militaire est le but, étais-je autorisé à pratiquer la résection de la tête humérale ? Je ne l'ai pas cru, je ne me crois pas encore actuellement en droit de le faire, et je n'y consentirai plus tard que si le malade la réclamait absolument, car l'opération peut, dans certains cas, nous conduire plus loin que nous ne le voudrions.

Deuxième point : ce qu'il eût fallu, c'est, pour ainsi dire, sur l'heure, quelques moments après l'accident ou tout au moins le lendemain, soit dans les vingt-quatre ou les trente-six heures au plus tard, procéder à une tentative de réduction que nous n'avons pu pratiquer nous-même que le dix-huitième jour. Tout d'abord, en pareil cas, on laisse le blessé absolument tranquille, jusqu'à ce qu'on se soit procuré tout ce qui est nécessaire pour l'opération de réduction, puis le premier ou le deuxième jour au plus tard, le malade étant placé sous l'influence de l'anesthésie, on exerce avec chances de succès les tractions nécessaires.

Si, après s'être placé dans les meilleures conditions possibles de réussite, on échoue, le champ des opérations sanglantes s'ouvre alors; si, au contraire, les tentatives de réduction ont été couronnées d'un succès immédiat, on applique immédiatement un appareil de contention, complété par des tractions exercées à l'aide de poids de 5 à 6 kilogrammes, de façon à maintenir la réduction obtenue.

En résumé, je crois pouvoir dire, en terminant, que nous avons fait tout ce qu'il était possible scientifiquement de faire, vu la date éloignée à laquelle nous avons été en état d'intervenir.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Le traitement de la fièvre typhoïde.

Le traitement de la fièvre typhoïde, que depuis longtemps j'ai adopté, se compose de deux parties : une première partie, uniforme, constante, toujours la même, que j'emploie dans tous les cas; et une partie complexe qui se com-

pose d'un ensemble de moyens variables, auxquels je n'ai recours que dans certains cas et selon les cas.

La première partie de ce traitement est devenue presque classique, et elle est presque universellement appliquée. Voici en quoi elle consiste : dès que je suis sûr de mon diagnostic de fièvre typhoïde, ce traitement est constant et comporte le régime, c'est-à-dire l'administration d'un litre et demi à deux litres de lait par jour. Ce lait est l'agent fondamental du régime, car l'un des dangers constants de la maladie qui nous occupe, est l'insuffisance urinaire, insuffisance comme quantité et comme qualité, insuffisance, enfin, que nous prévenons en assurant, autant qu'il est possible, la diurèse, par le lait donné d'une manière précoce et sans interruption pendant tout le cours de la maladie. D'ailleurs, il est généralement bien accepté et sans aucune difficulté, même de la part de ceux qui n'en prennent jamais. Je commence par un litre et demi, et très promptement, en deux ou trois jours, j'arrive à deux litres par jour.

Je complète le régime avec un peu de bouillon, et surtout en faisant prendre, chaque jour, 250 grammes de vin de Bordeaux, pur ou coupé d'eau, comme on le voudra. Voilà pour le régime.

Dès que je suis sûr du diagnostic, j'ai immédiatement recours à la médication *antithermique*, je ne dis pas : *antipyrétique*, ce qui est différent. La première a pour but de modérer l'*émission* de la chaleur, en agissant par soustraction d'une partie de la chaleur produite ; la seconde s'efforce de modérer la *production* de la chaleur.

Donc, dans le traitement constant j'ai recours à la médication antithermique, c'est-à-dire aux lotions froides, faites de préférence avec du vinaigre aromatique, comme plus efficaces que celles que l'on ferait avec de l'eau. Ces lotions seront au nombre de quatre par vingt-quatre heures, si la température axillaire ne dépasse pas 39 degrés ; de six, si elle oscille entre 39 et 39°,5 ; de huit, si elle atteint et dépasse 40 degrés. Leur effet se manifeste de deux façons : 1° après chaque lotion vous constatez dans la température un abaissement de 0°,7 à 1 degré, et dont la durée varie entre une demi-heure, une heure et une heure et demie, en moyenne, une heure ; c'est ce que l'on appelle la *réfrigération temporaire*, dont la répétition, quatre, six ou huit fois par jour, produit un véritable bénéfice, un repos salutaire pour le malade.

Ce résultat ne manque, pour ainsi dire, jamais, et lorsqu'il a été obtenu pendant deux ou trois jours de suite, on voit le niveau général de la courbe s'abaisser, de sorte qu'à la réfrigération temporaire succède une *réfrigération persistante*. C'est ainsi que les lotions ne sont plus seulement antithermiques, mais bien qu'elles sont devenues antipyrétiques. Mais je dois ajouter que la réfrigération persistante n'est pas constante comme la réfrigération temporaire.

En résumé donc, quand je suis sûr du diagnostic, j'emploie les lotions froides et je les continue jusqu'à la convalescence, modifiant seulement leur nombre, en raison de la température.

En même temps et constamment aussi, j'ai recours à la médication stimulante. Dès le premier jour je prescris l'alcool (rhum ou cognac), à la dose de 40 grammes par jour, ou bien de 60 et même 80 grammes, en cas d'adynamie, incorporés dans une potion cordiale avec 3 ou 4 grammes d'extrait de quinquina. Et si, dans la dernière moitié de la maladie, l'adynamie devient menaçante, j'ajoute encore, dans ladite potion, 4 à 6 grammes d'acétate d'ammoniaque.

Il est quelques malades qui ont une profonde aversion pour la potion cordiale ; en pareil cas, j'incorpore les médicaments dont je viens de parler, dans un simple julep gommeux, bien que je lui préfère la potion cordiale.

Telle est la partie constante du traitement de la fièvre typhoïde.

En outre, quand la maladie s'accompagne de phénomènes thoraciques très intenses, de catarrhe broncho-pulmonaire, je fais appliquer, matin et soir, pendant toute leur durée, 40 ventouses sèches sur les membres inférieurs.

C'est ainsi que, dans un grand nombre de cas, je ne fais pas autre chose.

Voyons maintenant en quoi consiste la variabilité qui constitue la deuxième partie du traitement. Cette variabilité ne consiste pas dans une modification quelconque apportée aux moyens précédents, car la partie fondamentale du traitement de la fièvre typhoïde reste toujours la même, elle consiste dans une addition : l'addition de la médication antipyrétique à la médecine précédente, c'est-à-dire l'addition de la quinine ou de l'acide salicylique. Je dois encore mentionner un autre agent important dans cette énumération : la digitale.

Dans quels cas donc faut-il avoir recours à l'un ou l'autre de ces médicaments ? La quinine et l'acide salicylique s'adressent uniquement à la fièvre, d'une manière générale ; j'y ai donc recours quand l'observation du malade, pendant deux ou trois jours, me montre que les lotions sont insuffisantes comme antithermiques et que la fièvre reste grave en soi. Or, cette gravité de la fièvre ne se juge pas par un chiffre vespéral élevé de la température qui, seul, ne signifie rien sous ce point de vue, ni par une série de chiffres vespéraux élevés, qui, bien que plus instructifs, ne sont pas un critérium. Le véritable critérium de la gravité de la fièvre réside dans la rémission du matin, de telle sorte que plus les rémissions sont accentuées, plus l'organisme sera reposé. Ces rémissions sont suffisantes pour enlever à la fièvre sa gravité, lorsqu'elles sont au moins égales à l'oscillation diurne physiologique de la température, laquelle est de 0°,8 ou 1 degré ; la ligne figurative de la température fébrile ressemble à celle de la température physiologique, elle est seulement transportée plus haut sur l'échelle.

Par suite, chaque fois que nous observons de pareilles rémissions, vous pouvez être certain que la fièvre n'a pas de gravité intrinsèque, et par conséquent vous n'avez pas besoin de recourir à d'autre thérapeutique qu'au traitement fondamental que j'ai esquissé tout à l'heure.

Si, au contraire, les rémissions sont inférieures aux chiffres ci-dessus, si elles ne dépassent pas 5 dixièmes de degré, la fièvre est grave en soi et constitue un danger véritable pour le malade, et c'est alors qu'il devient nécessaire d'ajouter au traitement fondamental la quinine ou l'acide salicylique.

Le plus souvent j'emploie la quinine, non pas parce qu'elle est supérieure à l'acide salicylique — elle lui est inférieure au contraire — mais parce que ce dernier rencontre plus fréquemment des contre-indications. Je donne la quinine généralement pendant deux jours de suite, rarement pendant trois jours, jamais au delà, quitte à y revenir ultérieurement si cela est nécessaire. Je donne, le premier

jour, le maximum de la dose, c'est-à-dire 2 grammes de bibromhydrate de quinine (ils correspondent à 1gr,50 de sulfate de quinine) divisés en quatre cachets de 50 centigrammes chacun, pris de quart d'heure en quart d'heure, de sorte que la dose complète soit prise dans l'espace de trois quarts d'heure, en raison de l'élimination rapide du médicament.

Enfin, je l'administre sept à huit heures avant la température à modifier, que ce soit celle du soir ou celle du matin, selon les indications particulières au cas lui-même.

Le deuxième jour la dose est moindre d'un demi-gramme, soit 1gr,50, et le troisième jour — si troisième jour il y a — 1 gramme seulement, mais chaque fois administré dans les mêmes conditions que le premier jour, sous tous les rapports.

Après quoi je suspens le médicament pendant trois ou quatre jours, pour le reprendre ensuite, si cela est nécessaire, comme la première fois.

L'effet de la quinine est plus marqué, si elle est donnée de façon à agir sur la température du matin, parce que cet effet s'ajoute à celui de la nature, c'est-à-dire à la rémission matutinale; son effet est moindre, au contraire, le soir, parce qu'alors les deux actions sont inverses, la température tendant toujours à monter le soir. Dans ces conditions, sur quelle température doit-on chercher à agir? Sur celle qui préoccupe le plus, soit sur celle du matin si c'est la faiblesse de rémission matutinale qui inquiète davantage; soit sur celle du soir, si c'est la courbe vespérale qui nous donne le plus de craintes.

Quant à l'acide salicylique, je le donne absolument de la même façon que la quinine, soit comme dose totale par vingt-quatre heures, soit comme heure, soit comme procédé d'administration. Cet agent médicamenteux est préférable à la quinine, pour certaines raisons : son action sur la température est au moins égale dans la fièvre typhoïde, et, de plus, il facilite, par son action sur la diurèse, l'élimination des produits azotés, accumulés dans l'organisme. Mais, comme, d'autre part, dès les premiers jours, j'ai mis mes malades au régime lacté, en raison de son influence sur la sécrétion urinaire, j'attache moins d'importance à l'acide salicylique sous ce rapport. Par contre, ce médicament est supérieur à la quinine, en raison de son influence antiseptique.

Mais alors, me direz-vous, pourquoi lui préférer la quinine? Parce que l'acide salicylique présente des contre-indications plus nombreuses que la quinine, telles que faiblesse du cœur, déterminations rénales, accidents cérébraux intenses, alcoolisme, durée de la maladie, intensité des accidents thoraciques, etc. Donc, si aucune contre-indication n'existe, je donne l'acide salicylique; si l'une d'elles se présente, je donne la quinine.

Enfin, il est une autre addition au traitement fondamental de la fièvre typhoïde, je veux parler de la digitale.

Souvent, dans la fièvre typhoïde grave, vers la fin du deuxième septénaire, rarement plus tôt ou plus tard, alors que la fièvre ne présente pas de gravité en soi, le pouls est petit, faible, misérable, le cœur a une insuffisance d'action, une faiblesse d'impulsion, on constate un affaiblissement du premier bruit allant presque jusqu'à son extinction. C'est ce que l'on appelle la défaillance cardiaque, défaillance qui se montre sans qu'il y ait pour cela trace de péricardite ou d'endocardite, c'est une insuffisance fonctionnelle du cœur.

Lors donc qu'après avoir traité votre malade atteint de fièvre typhoïde, comme je vous l'ai dit, vous constatez cet état particulier de l'organe central de la circulation, vous prescrivez la digitale pendant deux ou trois jours, après avoir eu soin de cesser la quinine ou l'acide salicylique, mais tout en continuant très sérieusement le traitement fondamental. Sur les seize malades atteints de fièvre typhoïde que j'ai eu à soigner dans mon service depuis deux mois, deux ou trois lui ont dû leur salut.

Je prescris donc la digitale (infusion de feuilles) à une dose rarement supérieure à 60 centigrammes pour les vingt-quatre heures, et jamais cette dose maxima deux jours de suite. Si donc je donne 60 centigrammes le premier jour, j'en donne 40 seulement le lendemain, puis je suspends pendant deux ou trois jours, pour recommencer ensuite si le cœur continue à faiblir. Mais l'administration de la digitale exige ici une surveillance continue de l'organe cardiaque.

Telle est la dernière addition au traitement fondamental de la fièvre typhoïde. Mais, comme je l'ai dit en commençant, il arrive souvent que le traitement fondamental, constant, seul, suffit.

Je ne vous ai pas parlé, jusqu'à présent, de la diarrhée, je n'ai que deux mots à vous en dire : quand elle existe, je ne la combats jamais; quand elle n'existe pas, je la provoque, par ce motif que le principe pathogène de la fièvre typhoïde a sa source dans l'intestin, d'où il passe dans l'organisme par résorption. Or, cette résorption est favorisée par la constipation, d'où la nécessité de la combattre et de provoquer la diarrhée.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Traitement du psoriasis.

(Leçons résumées par M. le docteur MOREL-LAVALLÉE, ancien chef de clinique.)

On s'est longtemps demandé si on pouvait toujours et sans crainte attaquer un psoriasis; si sa disparition, et surtout sa disparition rapide, ne pouvait être suivie de répercussion interne, telle qu'accès d'asthme, accidents nerveux, etc. Et l'on songeait à ce fait que, coïncidemment avec l'invasion d'une grande maladie, on avait vu le psoriasis s'affaisser, s'atténuer, s'évanouir. Mais aujourd'hui, on est arrivé à une interprétation plus judicieuse de ce phénomène, c'est la maladie intercurrente qui, loin d'être due à la disparition de la dermatose, efface, dissipe celle-ci. Et, quant à ce qui est de la crainte de supprimer trop vite un psoriasis, elle est pour le moins chimérique, car, malheureusement, nous ne disposons actuellement d'aucun remède assez puissant, interne ou topique, pour juguler, anéantir à brève échéance un psoriasis, et en provoquer la disparition subite. On peut donc toujours, sans crainte, traiter et essayer d'en guérir les manifestations.

Le traitement de cette affection est certainement empreint de pratique routinière : et il est peu de malades qui, en étant atteints, n'aient été soumis à l'arsenic (à l'intérieur) et aux frictions cadiques. Il y a, cependant, mieux à faire que d'établir une règle thérapeutique absolue, ce qui est peu médical : il faut suivre la voie des indications, qui, dans le cas particulier, ressortent de l'*âge* du psoriasis, de sa *période*; — de son caractère *aigu* ou *chronique*; — de son

étendue, de son *siège*; — de sa *cause diathésique* probable. Il est bien évident, par exemple, qu'on ne pourra songer à appliquer le même traitement à un psoriasis jeune, aigu, fébrile quelquefois, qu'à un psoriasis ancien, et surtout invétéré. Tandis qu'au premier conviendront uniquement le repos, les bains émollients (son, amidon), les boissons rafraîchissantes, quelques légers dérivatifs intestinaux, de simples onctions graisseuses (axonge, cold cream, glycérine, vaseline, pommade de concombre), le second sera justiciable du traitement général de la cachexie dartreuse. Une indication majeure encore, au début du traitement, sera de s'efforcer de saisir la cause diathésique probable de la dermatose, dartreuse ou arthritique. A coup sûr les psoriasis franchement arthritiques sont assez rares, mais il en est d'authentiques, et le traitement alcalin peut en certains cas, alors qu'il tombe juste, réaliser des guérisons surprenantes comme rapidité et sûreté de résultats. La longue pratique de Bazin, celle de M. Fournier offrent nombre d'exemples qui en font foi.

Quittant ensuite ces données générales, le professeur se place en présence d'un psoriasis commun, dartreux, dans sa période d'état, et examine les médications auxquelles il peut avoir recours. Elles sont au nombre de deux.

I

MÉDICATION INTERNE. — Multiples sont les remèdes qui ont été mis en usage, depuis le soufre jusqu'à l'arsenic, en passant par l'iode, le mercure et l'acide phénique; nous ne retiendrons que ceux qui ont survécu; un surtout, qui est d'un usage commun dans le traitement du psoriasis, à savoir l'ARSENIC.

Les préparations arsenicales les plus usitées sont :

La *liqueur de Fowler* (arséniate de potasse), de 12 à 25 gouttes par jour;

Les *pilules asiatiques* (acide arsénieux), 1 à 3 par jour;

La solution d'arséniate de soude, à raison de 1 centigramme par cuillerée, de 1 à 3 cuillerées par jour.

Ces diverses préparations sont généralement bien tolérées, surtout quand on a soin : 1° de segmenter la dose quotidienne en deux doses partielles; 2° de les administrer avant ou pendant les repas.

Il ne faut pas ici débuter par une dose faible pour augmenter peu à peu; le mieux est de commencer d'emblée par une dose active moyenne, soit 12 à 15 gouttes de liqueur de Fowler, et d'augmenter d'une goutte par jour, jusqu'à 25 gouttes. Ce traitement doit être prolongé longtemps, car il n'y a guère d'effet à en attendre avant la quatrième, cinquième ou sixième semaine, et l'on devra, pour éviter les effets d'accoutumance ou d'accumulation, procéder par séries interrompues, avec intermittences. Si nombre de malades le supportent à merveille, il en est d'autres qui ne peuvent le tolérer, et, sans arriver même à la *cachexie arsénicale*, présentent plus rapidement que d'autres les premiers symptômes d'intoxication, à savoir malaise, alanguissement; inappétence, nausées, vomissements; coliques, diarrhée; céphalalgie, vertiges; quelquefois aussi, démangeaison aux paupières, salivation.

De même, il y aura lieu de suspendre la cure dès qu'on verra se produire sur les plaques éruptives la « tache arsénicale », c'est-à-dire la transformation des taches rouges du psoriasis en des plaques d'un brun grisâtre. Cette pigmentation, témoignage vraisemblable de saturation arsénicale, est généralement persistante une fois constituée, et ne s'effacerait guère qu'au bout de six à douze mois (Devergie).

L'arsenic ne doit, au reste, pas être administré au hasard, et il est inutile ou nuisible : *a*) dans les formes aiguës de la maladie; *b*) au début des formes torpides.

Il n'a de chances de réussir que dans les éruptions d'âge moyen, c'est-à-dire à la période d'état ou à une période voisine du déclin.

Passant ensuite sur bien d'autres médications aujourd'hui tombées au rebut, M. Fournier s'arrête sur une autre médication toute nouvelle, qui a mené grand bruit ces derniers temps.

L'*iodure de potassium* avait déjà, paraît-il, été expérimenté avec quelque succès par un médecin norvégien, Greve, mais c'est Haslund (de Copenhague) qui en a, dans le psoriasis, formulé l'emploi aux doses énormes, massives, extraordinaires, qui font l'originalité de cette méthode.

Haslund procède ainsi : il commence par une dose ordinaire, 3 à 4 grammes par jour, puis, tous les deux jours, il augmente de 2 grammes, jusqu'à ce qu'il observe un effet thérapeutique. Et il aboutit, de la sorte, à faire absorber quotidiennement à ses malades des doses de 15, 20, 25, 30, 35 et 40 grammes. Dans un cas, il a élevé cette dose jusqu'à 50 grammes par jour; la dose moyenne a été de 25 à 40 grammes.

L'administration de l'iodure à ces doses massives est continuée ainsi tout le temps nécessaire (de dix-sept à soixante-dix-sept jours, soit, en moyenne, cinq semaines, avec la réserve de quelques interruptions parfois indispensables); et même, elle doit être, par prudence, prolongée quelque temps au delà de la guérison, en vue de conjurer les rechutes ou les récidives.

Si bien que, par ce traitement, Haslund a abouti à faire absorber à ses malades des quantités d'iodure qui dépassent tout ce que l'imagination la plus fantaisiste pourrait inventer, à savoir, pour préciser :

A un malade. .	1327	grammes en trois mois.	
A un deuxième.	1520	—	—
A un troisième.	2256	—	—

Quant aux résultats de cette étrange médication, voici ce qu'ils auraient été :

Sur 50 cas, 6 insuccès complets, 4 améliorations notables, 40 succès absolus, c'est-à-dire 40 cas dans lesquels les malades auraient été débarrassés de leur éruption psoriasique.

Ces résultats donc, au total, auraient été extrêmement remarquables, puisque, dans les quatre cinquièmes des cas, ils auraient abouti à des guérisons, ou tout au moins à la disparition de l'éruption.

Comment se fait-il donc que cette méthode thérapeutique ait trouvé si peu d'adhérents ?

D'abord, elle a effrayé tout le monde, à la pensée que, pour venir à bout d'un psoriasis, il fallait arriver aux doses moyennes que Haslund avait indiquées lui-même, c'est-à-dire :

Pour un adulte homme, de 160 à 1390 grammes; pour une femme, de 526 à 1328; pour un enfant, de 277 à 1520 !

Une telle perspective a décontenancé, découragé à l'avance les plus audacieux, bien que Haslund ait fait remarquer que, chez la grande majorité de ses malades, ces doses ont été bien tolérées; qu'il ne s'est produit en aucun

cas, notamment, ni atrophie mammaire, ni fonte testiculaire; que chez tous ses malades la nutrition resta florissante, au point que, sur 9 d'entre eux, il y eut une augmentation, pour le poids du corps, de 1500 à 5000 grammes, et que 2 gagnèrent 3 et 7 kilos, etc. De fait, l'iodure n'est pas un médicament indifférent à l'organisme; 50 fois sur 50 son ingestion n'a donné lieu à aucun phénomène grave; mais le jour où l'iodure tomberait sur un organisme intolérant, que ne pourrait-il produire, alors qu'on a vu ailleurs des accidents *mortels* suivre l'emploi de doses insignifiantes!

Il est encore une seconde raison pour laquelle on s'est abstenu : c'est qu'avec une réserve très scientifique et prudente, l'éminent médecin de Copenhague, tout en vantant sa méthode relativement à l'action exercée par l'iodure de potassium sur l'élément éruptif, a ajourné tout jugement en ce qui concerne son action sur le psoriasis-maladie, c'est-à-dire sur les récidives éruptives. Dès lors, chacun s'est dit qu'il n'y avait pas avantage à recourir à une méthode périlleuse en vue d'un résultat que peuvent réaliser, sans risques semblables, d'autres méthodes purement extérieures. Aussi le traitement d'Haslund — bien qu'il convienne encore d'attendre avant de porter sur lui un jugement définitif, — n'a-t-il aujourd'hui qu'un intérêt tout scientifique. Il n'est en vigueur dans aucun des services de l'hôpital Saint-Louis. M. Fournier ne l'emploie pas; M. Besnier a dû y renoncer après en avoir fait l'essai; essai restreint il est vrai, mais qui fut peu encourageant.

En résumé, le traitement interne du psoriasis par un agent médicamenteux quasi-spécifique, que peu de dermatologistes regardent aujourd'hui comme indispensable, ne peut guère reposer que sur l'arsenic. La médication externe, en revanche, compte à son actif plusieurs agents précieux, dont l'étude fera l'objet des leçons suivantes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juillet 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des comptes rendus de vaccinations et d'épidémies.

COMMUNICATION

Chloroforme et méthylène. — M. LE FORT. Dans l'immense majorité des cas, la mort, survenue à la suite de l'administration du chloroforme, ne provient ni du chloroforme employé, ni de la manière de l'administrer, elle est due à une syncope que rien ne pouvait faire prévoir. Cette syncope peut survenir tout aussi bien pendant le sommeil chloroformique, qu'avant que ce sommeil soit produit.

La mort peut survenir pendant la période d'excitation, par spasme laryngé ou syncope émotionnelle. Il ne faut pas toucher à la région malade avant complète anesthésie : autrement le malade est exposé à une syncope.

Le méthylène est l'anesthésique le meilleur et le plus sûr : M. Le Fort l'administre avec l'appareil de Junker.

Sur 91 cas, 58 fois le chloroforme a été employé et 33 fois le méthylène, et voici les résultats comparatifs obtenus.

Durée de la période initiale : méthylène 10 minutes, chloroforme 9 minutes.

Durée de l'anesthésie : méthylène 32 minutes, chloroforme 22 minutes.

Agitation : *légère*, méthylène 33 p. 100, chloroforme 39 p. 100; *vive*, méthylène 6 p. 100, chloroforme 12 p. 100.

Vomissements : pendant l'opération, méthylène 6 p. 100, chloroforme 10 p. 100; après l'opération, méthylène 18 p. 100, chloroforme 37 p. 100.

En résumé, le méthylène paraît agir moins vite que le chloroforme, mais cela est probablement dû à l'appareil de Junker qui allonge la période pré-anesthésique.

Si l'on compare le méthylène au chloroforme fourni par M. Regnauld, on trouve qu'avec ce dernier les vomissements sont fréquents et la période initiale est très longue.

M. PERRIN. Depuis plus de trente ans, nous avons démontré que la mort, pendant la chloroformisation, était due à la syncope. Il n'est pas au pouvoir du chirurgien de l'éviter.

Toutefois, dans le but d'arrêter la syncope, depuis longtemps nous avons associé le chloral au chloroforme. Une heure avant la chloroformisation, il faut donner 4 grammes de chloral au malade. Sous cette influence, les inhalations de chloroforme ne provoquent aucune réaction, la période d'excitation se trouve supprimée.

M. POLAILLON. Après avoir employé sept fois le chloroforme anglais recommandé par Spencer Wells et M. Le Fort, nous ne l'avons pas trouvé sensiblement supérieur à celui de M. Regnauld. Il endort un peu plus vite, mais produit de l'excitation, un sommeil incomplet et, dans un cas de laparotomie, a donné lieu à des vomissements.

M. LE FORT. Sept administrations seulement de ce chloroforme ne donnent pas une habitude suffisante. Peut-être est-ce à cela qu'il faut attribuer les inconvénients signalés par M. Polaillon.

M. TRÉLAT. Après avoir administré le chloral avant la chloroformisation, nous y avons renoncé à cause de la persistance de l'abattement après l'opération. Nous ne nous servons du chloral que chez les malades très pusillanimes.

Nous nous servons du chloroforme fourni par les hôpitaux et nous ne nous en plaignons pas. Nous pensons que la technique joue un grand rôle dans l'action du chloroforme, et, à la fin de l'année, quand nos aides se sont perfectionnés dans l'administration du chloroforme, les inconvénients sont beaucoup moins sensibles.

RAPPORTS

Occlusion intestinale et électricité. — M. HÉRARD lit un rapport sur un mémoire de M. Larat, consacré au traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité.

Les observations de M. Larat prouvent que l'électricité donne de bons résultats dans l'occlusion intestinale, alors même qu'il y a une péritonite. Celle-ci n'est donc pas causée par l'électricité, mais par l'occlusion.

Mais M. Pengrueber a observé une rupture de l'intestin à la suite de lavements électriques, administrés par une personne au courant du maniement de l'électricité, dans un cas d'occlusion intestinale. MM. Boudet et Larat n'ont jamais observé de cas semblable.

Parfois, à la suite du lavement électrique, les malades accusent une sensation de chaleur et de cuisson à l'anus. On peut éviter cette irritation en substituant, à la solution concentrée de sel marin, une eau chargée de quelques sels alcalins, l'eau de Vichy notamment.

En résumé, les lavements électriques, convenablement administrés, sont exempts d'inconvénients et de dangers et doivent être appliqués avant d'avoir recours à la laparotomie ou à l'anus contre nature. Avant d'en appeler à l'intervention chirurgicale, il faut s'adresser au traitement médical : purgatifs, au début, mais sans y insister, belladone, opium à haute dose, lavements purgatifs, douche et irrigation rectales d'eau de seltz, et surtout électricité. Dans les étranglements aigus, la faradisation; dans les formes d'occlusion intestinale lente avec parésie intestinale, la galvanisation.

Enfin, M. Boudet a eu l'ingénieuse idée de disséminer l'électri-

cité galvanique à l'aide d'un lavement d'eau salée sur une plus large surface de la muqueuse intestinale. Cette méthode paraît la meilleure.

M. LE FORT. Un certain nombre de cas observés par M. Larat se rapportent à des constipations opiniâtres plutôt qu'à des obstructions vraies. Ces derniers ne nous semblent pas pouvoir céder à l'emploi de l'électricité.

Il faut réserver ce traitement à l'obstruction intestinale vraie, mais sans insister outre mesure, et, en cas d'insuccès, recourir à l'intervention chirurgicale.

M. CONSTANTIN PAUL. Nous partageons l'opinion de M. Le Fort; il ne faut pas insister, outre mesure, sur l'emploi de l'électricité. On doit craindre, en effet, dans l'obstruction par invagination, que l'électricité augmente l'étendue de cette invagination.

M. HÉRARD. L'objection de M. Constantin Paul, fort juste en théorie, doit céder devant les faits. L'électricité employée dans les cas signalés a, au contraire, donné des résultats excellents.

M. HAYEM. Sous l'influence des lavements électriques, on voit, surtout au moment où l'on renverse le courant, que les intestins violemment contractés se dessinent sous la paroi abdominale. Cette contraction est souvent suivie d'une évacuation alvine.

Salpingites et laparotomie. — M. CORNIL lit un rapport sur un travail de M. Terrillon : « Cinquante salpingo-ovarites traitées par la laparotomie. » Sur ces cinquante opérations, on ne compte que deux décès (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 580).

M. LE FORT. M. Cornil a-t-il examiné les malades?

M. CORNIL. Je n'ai examiné que les pièces.

M. LE FORT. C'est fâcheux, parce que, bien souvent, il arrive que des malades guéries par le chirurgien ne le sont pas pour elles-mêmes.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Polaillon sur les correspondants nationaux (première division, chirurgie).

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie de médecine, dans son comité secret du 16 juillet, a classé de la manière suivante les candidats au titre de correspondant national, dans la division de chirurgie.

En première ligne : M. Bouchacourt (de Lyon); en deuxième ligne, M. Lanelongue (de Bordeaux); en troisième ligne, M. Duplouy (de Rochefort); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Desmons (de Bordeaux), Dezanneau (d'Angers) et Pamard (d'Avignon).

Sur la proposition de plusieurs membres, M. Gayet (de Lyon) a été ajouté à cette liste.

— Par modification à la décision ministérielle du 1er mars 1889, le ministre de la Guerre a fixé, ainsi qu'il suit, le prix du trousseau des élèves de l'École du service de santé militaire de Lyon, pendant l'année scolaire 1889-1890 : 947 fr. 57 pour les élèves passant trois années à l'École; — 777 fr. 98 pour les élèves passant deux années à l'École; — 734 fr. 37 pour les élèves passant une année à l'École.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 82. — SAMEDI 20 JUILLET 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 20 JUILLET 1889. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Les névralgies vésicales, par M. le docteur Henri HARTMANN, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Les névralgies vésicales.

Par M. le docteur Henri HARTMANN, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Dans une revue critique antérieure (1), nous avons déjà eu l'occasion d'entretenir les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* de certaines cystalgies ; nous nous étions alors proposé pour but l'étude et le traitement de ces malades qui souffrent de douleurs extrêmes, déterminées par un *état inflammatoire local*, et nous avons montré les avantages que présentaient, en pareil cas, le drainage et l'évacuation continue de la vessie.

Nous désirons aujourd'hui attirer l'attention sur une autre classe de malades, confondus avec ceux dont nous venons de parler sous le nom vague de cystalgiques, souffrant comme eux de la vessie, mais ne présentant, au niveau de ce viscère, *aucune lésion* capable d'expliquer leurs douleurs.

Les premiers avaient des *cystites douloureuses*, ceux-ci n'ont que de simples *névralgies vésicales* (2). La confusion, faite constamment par les auteurs entre ces deux états, doit cesser aujourd'hui, et le terme trop vague de cystalgie doit disparaître de la nomenclature nosologique ; il n'a jamais servi qu'à masquer l'ignorance de ceux qui l'ont employé et a conduit maintes fois à des erreurs thérapeutiques regrettables, le même traitement ne convenant évidemment pas à des cystites douloureuses et à de simples névralgies vésicales.

(1) H. HARTMANN. Du drainage et de l'évacuation continue de la vessie dans le traitement des cystites, *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 377.

(2) Nous conservons ici l'expression de *névralgie vésicale*, parce qu'elle est classique et que nous avons dû la prendre comme titre d'un mémoire couronné par l'Académie de médecine, qui avait proposé comme sujet de concours : « Des névralgies vésicales. » Peut-être y aurait-il avantage à remplacer ce terme par un autre, tel que *cystisme*, qui ne préjugerait en rien la nature exacte de l'affection. C'est ce que nous avions fait dans un mémoire resté inédit (concours des prix de l'internat, 1886). Nous avions décrit sous ce nom, par analogie avec le péritonisme de Gubler, l'ensemble des phénomènes symptomatiques habituellement rencontrés dans la cystite (fréquence et douleur des mictions).

Le cystisme, commun à toutes les affections inflammatoires de la vessie, peut se rencontrer indépendamment de celles-ci, lors de calculs, par exemple, et aussi dans les cas communément décrits sous le nom de névralgies vésicales.

I

HISTORIQUE.

Bien que confondues le plus souvent avec les inflammations douloureuses de la vessie, les névralgies vésicales ont été cependant mentionnées à une époque antérieure à la nôtre. Campaignac, Ullmann, Roux, Velpeau, Vidal (de Cassis), en décrivent une variété, la névralgie ano-vésicale. Sandras les étudie en s'appuyant sur une observation des plus discutables. Civiale ne consacre pas moins de cent deux pages à ce qu'il appelle les *affections nerveuses du col vésical* ; il range malheureusement sous ce nom les symptômes douloureux qu'on trouve dans une série d'affections, telles que calculs, catarrhes de la vessie, etc., où l'état névralgique n'est rien moins que démontré ; et, par suite de cette erreur, il arrive à conclure que la névralgie du col peut être suivie de suppurations de la vessie et des reins ; aussi Brodie lui avait-il déjà très justement objecté que le plus grand nombre de ses névralgies vésicales n'étaient que l'expression symptomatique d'un état inflammatoire de la portion profonde de l'urèthre.

Depuis lors, de nombreux travaux ont paru sur la *névralgie de la vessie* (Bourguignon), la *cystalgie* (Ferra), la *cystalgie idiopathique* (Miot), les *cystalgies* (Gergaud), etc., mais la plupart de ces travaux manquent de précision. De même ceux publiés sur la *contracture de la vessie* (Koch), les *contractures du col vésical* (Caudmont, Pomié, Marin, Delefosse, Sockeel, Sebeaux), etc., n'éclairent qu'un des côtés de la question. Nous devons toutefois dire que M. Le Dentu, dans son ouvrage sur les maladies de la vessie et, encore mieux, notre maître M. Duplay, dans son *Traité de pathologie*, ont esquissé l'histoire des névralgies vésicales, que nous avons tenté de tracer dans un mémoire récent (1), en nous appuyant sur un grand nombre d'observations, prises la plupart à Necker, alors que nous étions l'interne de M. le professeur Guyon.

II

CYSTITES DOULOUREUSES ET NÉVRALGIES VÉSICALES, CLASSIFICATION DES NÉVRALGIES.

Nous ne reviendrons pas ici sur cette notion fondamentale, que les crises douloureuses, souvent atroces, dont

(1) H. HARTMANN. *Des névralgies vésicales.* — Paris, Steinheil, 1889.

souffrent les malades atteints de *cystite*, sont liées à une *contracture de tout l'appareil musculaire lisse de la vessie*. C'est là un fait qui est, croyons-nous, surabondamment démontré dans les leçons de notre maître, M. Guyon, ou dans les travaux que nous avons publiés sous son inspiration (1). Alors même que les douleurs irradient vers l'anus, le périnée, les membres inférieurs, elles ne témoignent nullement de l'existence d'une névralgie, elles se montrent dans les coliques vésicales, comme la douleur de l'épaule droite dans la colique hépatique, et n'impliquent nullement l'existence d'un trouble spécial du système nerveux. Un véritable état névralgique peut toutefois se surajouter à une cystite; les douleurs ne se montrent plus alors exclusivement à l'occasion des mictions, elles affectent des caractères variés, s'accompagnent d'une hyperesthésie spéciale et sont *plus en rapport avec l'état général, neurasthénique, du malade, qu'avec l'affection locale* dont il est atteint. Cette dernière n'agit, le plus souvent, qu'à titre de cause localisante, on ne doit toutefois pas la négliger, la douleur vésicale, que détermine l'inflammation, pouvant augmenter, ou même faire éclore les manifestations névralgiques chez un malade prédisposé.

A part ces cas, en somme rares, les névralgies vésicales se montrent dans deux conditions différentes. Elles peuvent être manifestement sous la dépendance d'une lésion, soit du système nerveux, soit d'un point quelconque de l'arbre urinaire, soit de tout autre organe, comme le fait s'observe pour les autres névralgies, la névralgie faciale par exemple, qui n'est, si souvent, que le résultat d'un réflexe à point de départ dentaire : ce sont les névralgies *symptomatiques*.

D'autres fois, au contraire, il n'y a pas de lésion anatomique nette, tenant sous sa dépendance immédiate les symptômes vésicaux. On ne trouve aucune altération ; ou bien, celle qu'on observe est si minime, qu'on ne peut la regarder comme le point de départ de tous les phénomènes; la névralgie mérite alors d'être appelée *idiopathique*.

III

NÉVRALGIES SYMPTOMATIQUES.

CAUSES. — Les névralgies *symptomatiques* dépendent, par ordre de fréquence, d'une lésion du système nerveux, de l'appareil urinaire ou des organes voisins (utérus et rectum, en particulier).

1° *Lésions du système nerveux.*

Leur influence sur la vessie est aujourd'hui bien connue, et l'on sait, depuis les travaux de MM. Charcot, Guyon et Fournier, pour ne citer que les plus importants, que les névralgies vésicales sont relativement fréquentes à la période préataxique du *tabes*. Elles avaient déjà été observées, bien qu'inconnues dans leur nature, par Ullmann, par Roux, par Campaignac, par Velpeau, qui nous ont laissé des descriptions de ce qu'ils appelaient la *névralgie ano-vésicale*. Cette névralgie, qui s'accompagne souvent d'hyperesthésie ou d'anesthésie de la peau du périnée (Erb), est, en effet, une forme qu'on trouve fréquemment dans le tabes (Weir Mitchell) ; nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs cas.

En dehors du tabes, on a quelquefois rencontré la névralgie vésicale dans d'autres affections du système nerveux; M. Verneuil a eu, entre autres, l'occasion de suivre un malade qui a souffert pendant deux ans de crises atroces de cystalgie, avant qu'un autre symptôme vînt révéler le développement d'une *paralysie générale*.

(1) Voir notre thèse *Des cystites douloureuses*, et *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 378.

2° *Lésions de l'appareil urinaire.*

A. *Lésions des reins.* — L'existence de névralgies vésicales, dépendant d'une altération des reins, est établie par des autopsies déjà anciennes, qui ont permis de constater l'absence de toute lésion vésicale, alors qu'on trouvait des calculs volumineux et ramifiés dans les reins (Morgagni) ; deux calculs d'oxalate de chaux dans une poche indépendante des calices et du bassinet (Brodie). Ces faits anciens ont été confirmés maintes fois depuis lors, aussi nous contenterons-nous de rappeler ici un fait des plus intéressants dû à Pratt. Ce chirurgien, après avoir observé une femme, souffrant depuis six mois d'une névralgie vésicale épouvantable, constata à l'autopsie les lésions suivantes : vessie absolument saine, rein droit doublé, mais sain, rein gauche remplacé par une vaste poche purulente *qui ne s'était pas encore ouverte*.

Aujourd'hui la réalité de névralgies vésicales réflexes, à point de départ rénal, défendue à maintes reprises par M. Verneuil, qui en a peut-être exagéré la fréquence (1), n'est plus seulement démontrée par des autopsies, elle est établie d'une manière péremptoire par des faits cliniques qui constituent de véritables expériences, faites, pour ainsi dire, avec toute la rigueur scientifique possible ; nous voulons parler de la cessation complète des symptômes vésicaux à la suite d'une intervention sur le rein. Laissant même de côté les faits de Schwartz, de Morris, où l'incision d'un abcès rénal est suivie de la disparition de tous les phénomènes vésicaux, mais où l'on peut tenir un certain compte de l'action d'une urine altérée sur la vessie, nous rappellerons simplement un cas des plus concluants, dû à M. Bouilly. Chez une malade qui eut constamment des urines *claires*, les symptômes vésicaux étaient si marqués qu'on crut pendant longtemps à l'existence d'un calcul et qu'on explora inutilement, à diverses reprises, la vessie; tout cessa à la suite de l'incision d'un *abcès enkysté du rein*.

B. *Lésions du méat urinaire ou de son voisinage.* — L'influence des lésions du méat, sur la production de symptômes vésicaux, est généralement admise; il nous suffira de mentionner celle du rétrécissement du méat, chez l'homme, très importante pour Otis, et celle des polypes uréthraux chez la femme, bien étudiée par MM. Richet, Tillaux, Pollock et Duncan.

C. *Lésions de l'urèthre profond, de la prostate et de la vessie.* — Pour beaucoup d'auteurs, les inflammations chroniques de la prostate seraient fréquemment le point de départ de manifestations névralgiques variées, ce qui tiendrait, dit Ultzmann, à ce que la prostate est un organe riche en nerfs. C'est là une erreur; nous avons maintes fois constaté l'existence de prostatites chroniques ne s'accompagnant d'aucun symptôme névralgique. L'inflammation chronique de la prostate, comme du reste celle de l'urèthre profond ou celle de la vessie, n'est le point de départ d'une névralgie que chez des malades prédisposés ; l'étude des antécédents morbides le montre d'une manière évidente, en permettant d'établir l'existence de troubles nerveux variés, antérieure-

(1) Dans quelques-unes de ses observations, présentées comme cystalgies réflexes, il s'agissait peut-être de manifestations tuberculeuses multiples, à la fois *vésicales* et rénales.

ment à toute manifestation vésicale ou prostatique. Il s'agit alors, en réalité, de névralgies qu'on devrait appeler idiopathiques.

3° *Lésions des organes voisins.*

A. *Utérus et vagin.* — Les névralgies vésicales, symptomatiques d'une lésion des organes génitaux de la femme, déjà connues de Civiale, ont été surtout bien étudiées en Angleterre et en Amérique. Nous citerons, entre autres, les travaux de Robert Barnes, de Bache-Emmet, de John Upshur.

L'endométrite avec ulcération, la métrite parenchymateuse tiennent quelquefois sous leur dépendance des névralgies vésicales. L'influence du traitement utérin le prouve ; tout dernièrement encore, sur une de nos malades, nous avons vu la douleur et la fréquence des mictions disparaître, à la suite de cautérisations intra-utérines faites avec des crayons de sublimé.

Les déviations utérines suffisent à déterminer la production de névralgies vésicales. Nous ne pouvons mieux faire que rappeler ce qu'écrivait, en 1842, Leroy d'Etiolles à cet égard : « Je vois, disait-il, une dame qui, par l'application d'un pessaire, fait cesser à volonté les symptômes d'une névralgie de la vessie, contre laquelle on avait employé vainement tous les révulsifs. » Hue a signalé la névralgie vésicale liée à l'enclavement d'un utérus contenant des fibromes ; nous l'avons vue apparaître consécutivement à l'atrésie du col utérin et disparaître après la dilatation de celui-ci.

Le fait, que des lésions génitales variées peuvent tenir sous leur dépendance une névralgie vésicale, est donc, pour nous, bien établi. Il est cependant non moins certain que la même déviation, que la même lésion qui, chez une femme, cause une névralgie vésicale, chez le plus grand nombre ne détermine rien. Il faut, en effet, quelque chose de plus, une *prédisposition individuelle.*

Chez toutes les malades que nous avons observées, nous avons relevé l'existence de symptômes nerveux antérieurs. C'est assez dire que nous rejetons absolument l'hypothèse, émise par Marion Sims, puis par Winckel et par d'autres, d'une propagation d'un spasme du vagin par l'urèthre jusqu'au col vésical, pour expliquer les cas où la dysménorrhée et le vaginisme précèdent ou accompagnent la névralgie vésicale. Il est probable que dans ces cas, comme chez une jeune fille observée par Courty, il s'agit simplement de manifestations hystériques multiples.

B. *Lésions du rectum et de l'anus.* — Civiale, Lallemand, A. Stein admettent l'existence de névralgies vésicales symptomatiques d'une lésion de la partie terminale du tube digestif (accumulation de fèces, ascarides, hémorrhoïdes, fissures, etc.). Ce sont là des faits rares et que nous n'avons jusqu'ici pas eu l'occasion d'observer personnellement.

Étude clinique. — Les *névralgies symptomatiques* affectent des types extrêmement variables et ne se prêtent pas à une description d'ensemble. En général assez bénignes, ne déterminant que de la fréquence diurne des mictions lorsqu'elles sont liées à une affection utérine, elles peuvent, au contraire, présenter une intensité très grande dans quelques cas, en particulier lorsqu'elles sont déterminées par des lésions rénales.

Les névralgies du tabes, bien étudiées par M. le professeur A. Fournier, et par notre maître, M. Guyon, ne nous arrêteront pas non plus ; nous ne pourrions que copier leurs descriptions ; tantôt on a affaire à des crises vésicales extrêmement intenses ; tantôt à cette forme toute spéciale, dite névralgie ano-vésicale ; tantôt enfin à des douleurs minimes mais s'accompagnant de troubles notables dans la miction.

La marche, la durée et le pronostic de ces névralgies symptomatiques sont des plus variables ; ils sont en rapport direct avec la cause qui les a produites, et ne doivent, par conséquent, pas nous arrêter.

IV

NÉVRALGIES IDIOPATHIQUES.

Causes. — Les névralgies vésicales idiopathiques s'observent surtout dans le sexe masculin et à l'âge adulte.

On leur a assigné des causes multiples, les unes locales, telle la transmission de la trépidation d'une machine par un siège étroit et dur au périnée (White), les autres générales, telle la répercussion d'un exanthème (Merklen), la goutte (Scudamore, Barthez, Todd, Charcot), le rhumatisme articulaire aigu, où l'on peut voir la névralgie vésicale alterner avec d'autres phénomènes douloureux rhumatismaux, une hémicranie, par exemple (Chauffard).

En réalité, dans l'immense majorité des cas, tout au moins, si nous nous en rapportons à l'étude directe des faits que nous avons observés et à l'expérience de notre maître, M. Guyon, la névralgie vésicale est liée à un *état névropathique*. Nous avons assez souvent noté, dans les antécédents héréditaires de nos malades, des migraines, des névroses, la diathèse rhumatismale, la goutte ; dans leurs antécédents personnels, soit des symptômes nerveux locaux, l'incontinence d'urine, la spermatorrhée, la pudeur vésicale ; soit d'autres troubles nerveux, névralgies multiples et erratiques, sciatique, testiculaire, lombaire, etc., des migraines répétées, des troubles dyspeptiques, etc., en somme, tout ce qui entraîne une aggravation de l'état nerveux, connu sous le nom un peu vague de névropathie, nervosisme, neurasthénie, névrose par épuisement.

On comprend très bien que, chez de pareils malades, toujours prêts à s'observer, le moindre trouble local suffise quelquefois à provoquer l'éclosion d'une névralgie vésicale. Aussi, est-ce souvent à la suite d'une légère poussée de cystite, d'une blennorrhagie, que la névralgie se montre avec tous ses caractères. D'autres fois, c'est à l'occasion d'un ébranlement subit du système nerveux, d'une grande frayeur, d'une douleur ou d'un deuil, qu'elle apparaît.

La coïncidence d'un état hypochondriaque est relativement fréquente, ce qu'on s'explique facilement ; il s'agit là de malades à système nerveux instable et que doivent fortement préoccuper l'apparition et la persistance d'une névralgie vésicale. Un de nos malades poussait l'hypochondrie jusqu'à tenter de se suicider.

A côté de la neurasthénie, nous devons mentionner l'influence de l'*arthritisme*, qu'admet M. Le Dentu, et qui nous a paru, dans plusieurs de nos observations, la seule influence diathésique à incriminer. Du reste, le fait n'a rien qui doive étonner, l'arthritisme coïncidant souvent avec la névropathie. Très rarement nous avons noté, chez nos malades, des symptômes nous permettant d'établir l'existence de l'hystérie.

Avant de terminer cette étude des causes de la névralgie idiopathique, nous mentionnerons l'influence des *boissons spiritueuses* qui, agissant à la fois sur le système nerveux et

sur les muqueuses urinaires, seraient un facteur important au dire de Brodie, de Gant, d'A.-W. Stein, dans la genèse des névralgies vésicales. Nous n'avons rien noté de bien net à cet égard ; le seul fait que nous puissions affirmer, c'est qu'elles ont une influence des plus évidentes sur la marche de l'affection.

V

ÉTUDE CLIINQUE.

Les *névralgies vésicales idiopathiques* ont un début des plus variables. Le plus souvent, ce début est obscur et rien ne le marque d'une façon précise. C'est après avoir souffert de douleurs rhumatoïdes, de névralgies variées, de sciatique, de névralgie testiculaire, etc., que le malade commence à ressentir une douleur hypogastrique profonde ou des chatouillements, tantôt localisés au gland, tantôt irradiant en même temps vers l'anus.

Quelquefois on trouve une cause occasionnelle précise, à laquelle remonte la névralgie vésicale, une forte envie d'uriner non satisfaite, par exemple, ou encore un excès de coït. Tel était le cas d'un vieillard, dont parle Bourguignon, qui souffrait d'une névralgie testiculaire gauche et qui, toutes les fois qu'il cherchait à exciter une sensibilité, depuis longtemps émoussée par le temps et les abus, avait une crise de névralgie vésicale.

Chez bon nombre de malades, la névralgie remonte à une blennorrhagie qui a guéri, mais en laissant après elle des phénomènes douloureux à caractère névralgique. On l'a vu aussi survenir après une chute, un coup sur le périnée (Civiale).

Chez quelques-uns, le début a lieu par des troubles de la miction (retard, difficulté, etc.), que nous ne ferons que signaler en passant, désirant d'abord étudier la névralgie vésicale indemne de toute autre manifestation que le symptôme douleur.

Celle-ci, exempte de contracture et uniquement caractérisée par des *phénomènes douloureux*, est extrêmement rare. Notre maître, M. Duplay, en a donné une bonne description, de tous points conforme aux faits que nous avons observés.

Derrière le pubis, dans la région hypogastrique, existe « tantôt une douleur fixe continue, tantôt de véritables accès, séparés par des intervalles d'indolence à peu près complète, et caractérisés par des douleurs extrêmement vives partant de la région de la vessie, pour se transmettre le long de la verge jusqu'à l'extrémité du gland. Chez la femme, ces douleurs envahissent les parties de la vulve qui avoisinent le méat urinaire. Dans les cas les plus graves, elles irradient vers les aines, le coccyx, le sacrum, l'anus et même les membres inférieurs » (Duplay).

Ces douleurs sont généralement sourdes, sans rien de bien défini ; quelquefois elles affectent, surtout celles du gland, le caractère de picotements, de cuissons.

Les accès douloureux sont souvent déterminés par des changements de temps, l'impression du froid, le coït, les excès de table, la fatigue physique et même les impressions morales vives (Duplay).

La douleur continue, qui siège profondément en arrière du pubis, et que les malades ont coutume de rapporter au col vésical, subit elle-même des exacerbations sous l'influence des efforts et de la fatigue en particulier ; elle diminue par le repos, plus rarement par la marche. Chez un de nos malades, elle augmentait notablement par les temps d'orage, qui provoquaient en outre des sensations variées dans le reste du corps « comparées à des décharges dans les muscles ». Chez un autre, elles étaient réveillées par la fatigue, et atteignaient leur maximum après les repas. Elles donnaient alors naissance à de petites crises, qui n'atteignaient jamais une grande intensité, mais étaient pénibles pour le malade ; elles étaient soulagées par la position horizontale. Chez un malade de Civiale, les douleurs n'existaient que la nuit (1).

Le plus souvent, la miction a une grande influence sur la production de ces douleurs qui, fréquemment, n'apparaissent même qu'à son occasion, et peuvent être surtout intenses au début et à la fin de l'écoulement de l'urine.

Ces douleurs, qui accompagnent la miction, ont quelquefois un siège différent de celles qui existent dans leur intervalle. Assez fréquemment, il y a une douleur constante, sourde, siégeant profondément dans la région hypogastrique, alors que la douleur qui accompagne la miction est rapportée, soit à la racine de la verge, soit au niveau du gland.

La névralgie vésicale, ainsi réduite à la seule existence de la douleur, sans aucun trouble de la miction, est rare ; le plus souvent, elle s'accompagne soit primitivement, soit consécutivement, de symptômes fonctionnels affectant l'appareil musculaire du corps ou celui du col de la vessie.

Chez bien des malades les troubles de la miction peuvent même exister seuls pendant longtemps, avant que les douleurs caractéristiques de la névralgie apparaissent. C'est ainsi que des névropathes peuvent, pendant des années, souffrir de fréquence de la miction, avec modifications du jet, avant d'éprouver la moindre douleur. Il y a là tout un ensemble de troubles fonctionnels, portant sur la sensibilité ou sur la motilité, qui dépendent, les uns et les autres, de l'état du système nerveux. Ces troubles sont si souvent liés les uns aux autres qu'il est impossible de ne décrire que la névralgie vésicale pure, isolée de tout phénomène musculaire concomitant ; ce serait s'exposer à laisser de côté l'histoire du plus grand nombre des malades qui souffrent d'une névralgie vésicale.

Les troubles de la motilité, accompagnant ordinairement la névralgie vésicale, peuvent, avons-nous dit, se montrer, soit du côté du corps, soit du côté du col de la vessie. Quelques auteurs ont voulu distinguer, en se fondant précisément sur cette différence dans les phénomènes de motilité, une *névralgie du col* et une *névralgie du corps de la vessie*. La propagation de la douleur dans tout l'organe et dans l'hypogastre constituerait aussi en partie les différences qui existeraient entre ces deux ordres de névralgies (Fabre).

Nous croyons cette distinction sans intérêt ; dans le plus grand nombre des cas, la douleur est trop mal localisée pour que nous puissions dire si elle siège exactement au niveau du col ou si elle s'étend à tout le viscère ; quant aux phénomènes musculaires, ils alternent, prédominant tantôt sur le col, tantôt sur le corps, souvent même portant sur les deux à la fois.

Cependant, pour faciliter l'étude de ces symptômes, nous séparerons ceux qui nous semblent dépendre surtout d'un état spécial du corps et qui correspondent à ce qu'on décrit ordinairement sous le nom d'*irritabilité vésicale*, de ceux qui ressortissent d'une façon plus directe de l'état du col, et qui constituent la *contracture du col* des auteurs.

(1) De même, chez un de nos malades, les douleurs avaient leur maximum la nuit.

A. *Irritabilité vésicale.* — Les besoins d'uriner sont plus fréquents et plus impérieux que normalement; cette pollakiurie est notée dans la plupart de nos observations. Elle peut exister d'une façon constante, ou ne se montrer que par moments. Quelquefois elle survient sous forme d'attaques, sans rapport avec les phénomènes douloureux, n'ayant aucune régularité, ni comme durée, ni comme fréquence, et présentant de grandes variétés. Cette pollakiurie augmente en général, fait facile à prévoir, par l'impression du froid et par le travail de la digestion. Ordinairement, tout au moins pendant le jour, la fréquence des mictions est assez grande; tandis que le malade n'est obligé de se lever, pendant la nuit, que deux ou trois fois, le jour il urine beaucoup plus souvent. Le chiffre de quinze à vingt mictions par vingt-quatre heures est assez ordinaire. Fréquemment cette pollakiurie, d'origine nerveuse, cesse complètement pendant la nuit, bien différente de celle des vieillards, dits prostatiques, qui est, au contraire, surtout accusée pendant le sommeil. Rarement elle est très intense, obligeant les malades à uriner toutes les cinq minutes.

Lorsque l'irritabilité vésicale est plus grande, elle peut arriver à donner naissance à des *crises de contracture*, comparables à celles qu'on observe dans les cystites douloureuses, s'accompagnant d'envies d'uriner coup sur coup, d'effort expulsif, et ne laissant au malade ni trêve ni repos, pendant tout le temps que dure l'accès. Cette expulsion d'urine goutte à goutte, continuelle, est des plus pénibles car, dans ces moments, aux douleurs vives de la névralgie vésicale, s'ajoutent celles encore plus intenses qui résultent de la contracture du muscle vésical.

Une femme, que nous avons observée dans le service de M. Guyon, se tordait, se pliait sur elle-même, pendant les crises; elle se pressait la vulve avec les mains et sa figure exprimait la douleur la plus vive. Ces crises, dues à une contracture concomitante, sont heureusement très rares et, d'ordinaire, on n'observe chez les malades qui nous occupent, que de petites douleurs dues à la névralgie, nullement comparables à celles des cystites douloureuses. Lorsqu'elles existent, elles sont dues, comme dans les cystites, à une contracture du muscle vésical, contracture dont l'existence est établie par les envies d'uriner successives et l'expulsion continuelle de l'urine. Elles ne dépendent nullement, comme on le disait autrefois, d'une contracture du col; nous n'en voulons pour preuve que la facilité avec laquelle l'explorateur à boule traverse l'urèthre et pénètre jusque dans la vessie, sans trouver la moindre résistance, au summum de la crise, comme nous avons pu le constater à diverses reprises, chez la malade dont nous venons de parler.

B. *Contracture du col vésical.* — Cette contracture du col, plus exactement de l'appareil sphinctérien de la vessie, très fréquente chez les névropathes atteints de névralgie vésicale, se traduit non par des douleurs, comme on a coutume de le dire (Caudmont, Delefosse, etc.), mais par des troubles dans l'émission de l'urine. Ce qui le prouve, c'est qu'on peut observer tous les symptômes de cette contracture sans douleur, et réciproquement, que la douleur peut exister, avec ses caractères habituels, sans qu'il y ait trace de contracture de l'appareil sphinctérien de la vessie.

La miction est difficile; lorsque le malade veut uriner, alors même que son envie est pressante, il ne peut le faire qu'avec de grandes difficultés. Il est obligé de faire effort, de se pencher en avant, de prendre des positions variées, et ce n'est parfois qu'au bout d'une à deux minutes qu'il peut uriner. Quelquefois même, le malade ne peut arriver à vaincre la résistance du sphincter et est obligé de se sonder.

Lorsque le jet sort, il est souvent diminué, tortillé, divisé. En général, faible au début de la miction, il va en augmentant, à mesure que le sphincter membraneux cède, pour diminuer de nouveau vers la fin. Par suite de la diminution de calibre du jet, le temps de la miction se trouve augmenté. Ces symptômes sont quelquefois si marqués qu'ils font croire à l'existence d'un rétrécissement et donnent lieu à de regrettables erreurs de diagnostic. Chez un malade de M. Guyon, cette erreur avait été commise par un praticien expérimenté dans la chirurgie urinaire, M. Dittel (de Vienne). C'est dire qu'on ne saurait trop y songer.

Chez tous ces névralgiques vésicaux, qu'il y ait simples phénomènes douloureux, irritabilité vésicale ou contracture du col, ce qui frappe, c'est le contraste qui existe entre les symptômes fonctionnels et les résultats que donne l'examen physique de la vessie. Alors même que les mictions sont des plus fréquentes, que les douleurs sont excessives, l'examen direct ne fait, le plus généralement, constater qu'une sensibilité un peu exagérée de la région membraneuse. La vessie a conservé sa profondeur normale, on la distend facilement à l'aide d'une injection et sa capacité physiologique n'est nullement diminuée; les pressions exercées soit sur sa face interne, par la boule de l'explorateur, soit sur sa face externe, par le palper hypogastrique ou par le toucher rectal, ne provoquent, en général, aucune douleur. Lorsque celle-ci existe, elle se présente avec des caractères si anomaux, si changeants, qu'il est impossible de la confondre avec celle des cystites douloureuses.

L'absence de concordance entre les résultats de l'examen physique et le récit des symptômes fonctionnels, la variabilité quelquefois très grande et l'apaisement habituel des manifestations morbides pendant le sommeil, sont autant de caractères des plus importants dans l'histoire des névralgies vésicales; on les retrouve dans toutes nos observations.

Ces névralgies peuvent persister avec la même intensité pendant un temps très long; quelquefois elles disparaissent complètement pour réapparaître, sans qu'on sache pourquoi, ou à la suite d'une retenue trop longue de l'urine, d'une émotion, d'un coït exagéré, etc. On en a vu d'intermittentes, revenant au printemps et à l'automne.

Leur durée est indéfinie; elles sont extrêmement tenaces et résistent à tous les traitements. Mais, comme elles ne s'accompagnent d'aucune lésion matérielle du côté des voies urinaires, elles ne causent pas de symptômes graves et l'on peut répéter aux malades, qui en sont atteints, ce que le frère Côme disait à Jean-Jacques : « Vous souffrirez beaucoup et vous vivrez longtemps » (*Confess.*, livre XI).

VI

DIAGNOSTIC DES NÉVRALGIES VÉSICALES.

En présence d'un malade inquiet, racontant avec un luxe de détails tout particulier, une insistance toute spéciale, qu'il souffre depuis un temps assez long de troubles nerveux variés, particulièrement du côté de la vessie, si les urines sont claires, si l'examen méthodique des organes urinaires ne dénote rien qu'une sensibilité et une résistance excessives de la région membraneuse, on peut, même en l'absence de toute autre recherche, conclure à l'existence d'une *névralgie vésicale* chez un neurasthénique.

Malheureusement, le diagnostic n'est pas toujours aussi simple et l'erreur est même fréquente, pour peu que l'on ne soit pas prévenu. C'est ainsi que la *cystite tuberculeuse*, au début, qui laisse les urines assez claires, a souvent été confondue avec les cystalgies. Ce qui rend de plus quelquefois le diagnostic particulièrement délicat, c'est que la névralgie vésicale peut s'accompagner des trois symptômes caractéristiques de la *cystite* : fréquence des mictions, douleur, sécrétion dans les urines. Il suffit pour cela qu'elle soit sous la dépendance d'une suppuration rénale, qui vide son contenu dans l'uretère et dans la vessie.

On a conseillé, dans ces cas, de laver la vessie et de recueillir la première urine qui s'écoule. Elle doit être purulente si le pus vient des reins. C'est là un caractère sans intérêt pour le diagnostic qui nous occupe, la suppuration des voies urinaires supérieures n'étant, le plus souvent, que le résultat de l'extension d'une inflammation partie de la vessie et n'excluant, par conséquent, nullement l'idée de l'existence d'une inflammation vésicale.

Nous croyons que l'étude méthodique de la sensibilité vésicale est un meilleur moyen de diagnostic. Nous avons vu que, dans les névralgies vésicales, il n'y avait généralement pas de douleur à la pression hypogastrique, pas de douleur au toucher rectal, à la pression du fond de la vessie avec des instruments explorateurs, métalliques ou autres, et surtout pas de diminution de la capacité physiologique de la vessie, déterminée par l'injection d'un liquide dans sa cavité.

Le seul fait particulier, noté dans l'examen, est une sensibilité et une résistance exagérée de la région membraneuse. Ces signes sont bien différents de ceux qu'on constate dans les cystites douloureuses, celles qu'on est le plus exposé à confondre avec les névralgies vésicales. Dans les cystites, la résistance et la sensibilité de la région membraneuse existent bien, mais à un degré moindre en général. Le fond de la vessie est souvent douloureux au contact de l'explorateur et sa capacité physiologique diminuée. La pression hypogastrique et le toucher rectal déterminent de la douleur au niveau de la vessie, douleur qui atteint son maximum lorsqu'on combine ces deux modes d'exploration.

Il y a toutefois des cas où il est extrêmement difficile de faire, chez un malade, la part exacte de ce qui revient à la cystite et de ce qui revient à l'état névralgique. Toujours, cependant, un phénomène anomal mettra en éveil et fera soupçonner l'état névralgique surajouté. Nous traitons, en ce moment, une jeune fille atteinte de cystite bien réellement douloureuse, avec pus dans l'urine et quelquefois hématurie légère à la fin de la miction; mais chez cette malade, qui accuse des douleurs excessives, il faut certainement faire une part à l'élément névralgique, il y a du vaginisme, une hyperesthésie extrême de la vulve, de l'hypogastre et, cependant, la vessie a conservé ses dimensions normales, son fond est indolent à la pression de la boule de l'explorateur. Il s'agit là d'une hystérique avérée.

L'erreur qui consiste à croire à un *calcul* dans un cas de névralgie vésicale a été commise à diverses reprises. Roux dit s'y être trompé trois fois (1). Nous croyons, cependant, qu'elle est facile à éviter. Les calculs vésicaux ne sont guère douloureux que s'il y a cystite concomitante (Guyon). Ils s'accompagnent fréquemment d'hématurie. Enfin, symptôme capital, la marche et le mouvement ont la plus grande influence sur la production des douleurs, qui cessent, le plus souvent, en grande partie, par le repos.

(1) Clinique in *Gazette des hôpitaux*, 24 novembre 1842.

Toutefois cette influence du mouvement sur la production du phénomène douleur n'est pas suffisante pour affirmer l'existence d'un calcul vésical, elle peut exister dans certaines névralgies réflexes ayant pour point de départ un calcul du bassinet. Les résultats négatifs de l'exploration intra-vésicale devront alors conduire le chirurgien à examiner l'état des reins, ce que fit en pareille circonstance notre maître M. Guyon, qui put ainsi constater qu'un des reins était volumineux et douloureux lorsqu'on le secouait.

Dans quelques cas de névralgie vésicale avec contracture de l'appareil sphinctérien de la vessie, on a pu songer à un *rétrécissement uréthral*. On se rappellera qu'un rétrécissement uréthral ne doit être diagnostiqué que lorsqu'on l'a franchi. Lorsqu'on n'a pu le faire, qu'il y a doute entre le rétrécissement et le spasme, on recherchera les symptômes secondaires qui peuvent faire songer à une simple contracture : tels la variabilité dans l'expression symptomatique, l'état nerveux du sujet, l'absence de tout rétrécissement et de toute induration dans la portion antérieure de l'urèthre, fait rare en l'absence de traumatisme, lorsqu'il existe un rétrécissement périnéal assez serré pour refuser le passage aux explorateurs de petites dimensions (1).

Le diagnostic est encore obscurci chez quelques individus par ce fait qu'il existe des *lésions très réelles* de l'urèthre postérieur et de la vessie, *en même temps qu'une névralgie vésicale*. C'est même assez fréquemment, à la suite d'une inflammation uréthrale, propagée aux parties profondes du canal et ayant attiré sur elles l'attention d'un malade névropathe, que la névralgie apparaît. L'intensité des phénomènes douloureux, qui n'est pas en rapport avec les lésions constatées, leur variabilité, les symptômes de contracture de l'appareil sphinctérien, qui les accompagnent, font songer à la névralgie. On est vite fixé, pour peu qu'on laisse causer un moment les malades. « Ils ne vous parleront pas seulement des troubles urinaires qui les amènent, mais encore de quatre ou cinq faits tout différents et qu'ils vous exposent presque à la fois. Vous verrez chez ces sujets la plus grande mobilité d'esprit; ils suivent plusieurs idées simultanément et cette mobilité se retrouve dans leurs symptômes qui sont aussi extrêmement variables. Tout à coup il survient dans leur état des mieux qui les ravissent, puis subitement une aggravation qui les attriste et les désespère. Notez aussi qu'ils ont des irrégularités sexuelles typiques : tantôt une excitation des appétits génésiques, tantôt et plus souvent une cessation ou tout au moins une grande accalmie » (Guyon).

La névralgie reconnue, il faut *en déterminer la cause*. L'intensité extrême des douleurs fera songer aux affections médullaires, et, en particulier, au *tabes*, dont l'existence sera confirmée par la constatation simultanée de douleurs fulgurantes dans les membres, d'une abolition du réflexe rotulien, de maux perforants, etc. Alors même qu'il n'existe de manifestations tabétiques que du côté de la vessie, le diagnostic est encore possible, la névralgie tabétique affectant ordinairement des caractères qu'on ne retrouve pas dans les autres variétés de névralgie vésicale : un retard de la miction, une incontinence passagère, la manière brusque dont se terminent les crises douloureuses, quelquefois la

(1) On sait que, dans les rétrécissements blennorrhagiques, on a le plus souvent une série de rétrécissements en chapelet, étagés du méat à la région bulbaire.

position bizarre que les malades sont obligés de prendre pour obtenir un soulagement (1), etc., sont autant de signes qui mettront le chirurgien sur la voie.

Toutes les causes de *névralgie symptomatique*, que nous avons étudiées, devront être recherchées ici avec soin. L'examen du rein, en particulier, par la percussion, la palpation, surtout la palpation bimanuelle, ne devra jamais être négligée. Chez la femme on attachera la plus grande importance à l'étude des organes génitaux internes, spécialement de l'utérus. Le méat urinaire, le rectum, l'anus, etc. ne devront pas être oubliés dans ces diverses explorations.

Ce n'est que lorsqu'on aura épuisé, dans la recherche des causes, toutes les ressources du diagnostic, qu'on admettra l'existence d'une *névralgie idiopathique*. L'examen général du malade permettra de dire s'il faut rattacher cette névralgie au rhumatisme, ce qui est rare, ou à une diathèse nervoso-arthritique, cas de beaucoup le plus fréquent.

VII

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES VÉSICALES.

Le traitement varie évidemment suivant la cause de la névralgie. Lors de *névralgie symptomatique*, une néphrotomie (Morris, Schwartz, Bouilly), une circoncision (Hurd, Schlegel), une incision du méat (Otis), etc., suffira quelquefois pour faire cesser toutes les manifestations morbides.

Il n'en est pas de même pour les *névralgies idiopathiques* : la lésion locale est alors minime, souvent même elle manque complètement, aussi comprend-on le peu d'efficacité du traitement local (passage de bougies, injections, dilatation du col vésical, taille, etc.). C'est à un traitement général bien dirigé, aidé de quelques moyens locaux discrets, que l'on devra avoir recours.

Mais pour arriver à la guérison, il est de toute nécessité que le chirurgien soit patient, persévérant, et, pour peu qu'il ait affaire à ces névropathes, d'esprit versatile, qu'il leur inspire confiance et qu'il exerce sur eux une influence morale salutaire.

(1) Un de nos malades ne calmait ses douleurs qu'en se plaçant dans la position accroupie et en faisant des efforts de défécation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 17 juillet 1889, ont été nommés : *Officiers de l'Instruction publique*, MM. les docteurs Chervin et Genevoix, à Paris. — *Officiers d'Académie*, MM. les docteurs Castex, Dorez, Fèvre et Maron, à Paris ; Cruard, à Attichy ; Lapierre, à Gentilly et Moncouet, à Garganvillar.

— Aujourd'hui ont eu lieu, à l'église Saint-Roch, les obsèques de M. le docteur Raoul Mesnet, fils de notre éminent confrère le docteur E. Mesnet, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 83. — MARDI 23 JUILLET 1889. 62e ANNÉE. MARDI 23 JUILLET 1889. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Épithélioma du plancher buccal.

Le malade que je vais opérer est un homme de soixante et un ans, garçon de recettes, dont les antécédents héréditaires de même que les antécédents personnels sont nuls : sa mère est morte à l'âge de soixante-dix ans, son père a succombé à l'âge de quarante-sept ans à une affection aiguë.

Cet homme n'est point maigre et, si son visage est pâle, sa pâleur n'a rien de cachectique, elle lui est, d'ailleurs, habituelle et cette absence complète d'état cachectique mérite d'être notée, car elle va nous permettre de songer à la possibilité d'une intervention.

Il y a quatre ou cinq mois seulement, le malade s'est aperçu, pour la première fois, d'une certaine difficulté à manger; les aliments salés lui piquaient douloureusement le dessous de la langue. Cette douleur, cette difficulté de s'alimenter allant en augmentant, il alla consulter un médecin. Au même moment, c'est-à-dire dès le début apparent de son mal, on constatait un certain degré d'engorgement ganglionnaire sous la mâchoire, mais cet engorgement, purement inflammatoire, fut passager et, à l'arrivée du malade à l'hôpital, on n'en retrouvait aucune trace.

Examinons l'état actuel. Cet homme ne peut pas tirer la langue hors de la bouche, il ne peut pas l'élever non plus au-dessus de l'arcade dentaire inférieure, de là gêne dans la déglutition, difficulté de parler; les fonctions de la langue sont donc très gênées. Mais, d'autre part, il souffre peu, sa bouche s'ouvre très bien et très normalement.

Sur la face supérieure de la langue et en avant, on aperçoit deux bosselures, l'une du côté droit, l'autre du côté gauche ; cette dernière, plus prononcée, grosse comme une noisette, soulève les parties molles de la langue ; celle du côté droit est située plus en avant que la précédente, plus près de la pointe de la langue, dont elle soulève également les parties molles. Ces deux bosselures sont élastiques, un peu dures, mais bien limitées dans leur développement et ne s'étendant point en arrière; elles occupent toute l'épaisseur de l'organe.

Mais si ce malade ne peut mouvoir sa langue, c'est qu'il porte un ulcère fissural demi-circulaire situé dans le fond du sillon sous-lingual entre les gencives, la langue et la symphyse de la mâchoire, ulcère convexe en avant, concave en arrière et assez profond. Son bord antérieur, très dur, irrégulier, frangé, a envahi le tissu gingival de la symphyse génienne; son bord postérieur, dur également, pénètre dans la partie inférieure de la langue.

L'ulcère repose sur une induration de tout le plancher buccal, descendant jusqu'au niveau des insertions des muscles génio-hyoïdiens et génio-glosses, etc. ; l'induration occupe toute la face inférieure visible de la langue et ne dépasse pas latéralement 1 centimètre environ, tant à droite qu'à gauche. Elle est donc suffisamment limitée pour que je puisse, dans l'opération que je vais pratiquer, l'enlever en totalité. J'ajoute que la surface ulcérée laisse écouler un ichor abondant mais peu fétide.

Quant à la genèse de cette affection, voici comment je crois qu'elle a dû se faire ; la maladie a dû, selon toute apparence, débuter par le plancher buccal, c'est-à-dire par le sillon gingivo-labial, et ceci nous explique très bien que le premier phénomène qui ait appelé l'attention du malade fût une certaine difficulté de mouvoir la langue. Il est probable que c'est la glande sublinguale qui en a été le point de départ. De là le mal a gagné de proche en proche, prenant la forme en croissant, s'étendant en avant au tissu gingival et en arrière dans le tissu même de la langue où il forme les deux bosselures droite et gauche que j'ai décrites tout à l'heure.

Le diagnostic ne saurait être douteux, il s'agit d'un épithélioma, qui a débuté par l'extérieur comme le cancroïde des lèvres, de la vulve, c'est-à-dire par les parties superficielles, pour gagner peu à peu en profondeur, affectant, par conséquent, une marche centripète. Dans ces cas, l'opération est plus indiquée que lorsque le cancer parti du centre gagne la périphérie.

Autrefois, les procédés opératoires consistaient à ouvrir le plus largement possible la bouche du patient et à enlever par l'orifice buccal, tant bien que mal, la totalité du mal, en s'efforçant de conduire l'instrument aussi loin que possible. Mais alors aussi on était exposé à des hémorrhagies graves, à des écoulements de sang considérables qui rendaient le manuel opératoire des plus difficiles en gênant la vue des parties sur lesquelles on opérait.

Aujourd'hui et depuis une trentaine d'années déjà, le procédé est régularisé par une double opération, une opé-

ration préliminaire et une opération définitive. Ce procédé consiste à faire une incision sur le côté de la ligne médiane s'étendant de la lèvre inférieure à l'os hyoïde. Arrivé sur le maxillaire inférieur, on le coupe sur le côté de la symphyse, puis on écarte les deux fragments osseux, afin de se donner le plus de lumière possible, en séparant les parties molles sans détacher, si possible est, également les génio-hyoïdien et génio-glosse qui maintiennent la langue — ici l'induration des parties molles ne s'étend pas extrêmement loin, je ne serai pas obligé d'inciser les attaches musculaires. Un jour suffisant étant ainsi assuré, on a la tumeur sous les yeux et l'on peut procéder à l'opération définitive.

Celle-ci se fait à l'aide de la ligature extemporanée, que je préfère au thermocautère, qui n'est pas un hémostatique suffisant. L'écraseur linéaire à la langue n'est pas non plus un bon instrument, car il ne laisse pas le temps nécessaire à la formation d'un caillot obturant le canal artériel. C'est même pourquoi M. Maisonneuve leur avait substitué la ligature extemporanée, laquelle marche lentement et détruit par torsion tous les tissus sans les couper et, par suite, sans déterminer d'hémorrhagie. L'opération est longue, il est vrai, elle ne demande guère moins de trente-cinq à quarante minutes, mais, je le répète, elle est, ainsi faite, de beaucoup préférable. La section du maxillaire inférieur sera faite non pas avec la scie à chaîne, mais de préférence avec une scie très fine, afin de ne pas mortifier les bords de l'os, dont la réparation s'obtient ensuite d'autant mieux dans l'espace de vingt à vingt-cinq jours environ.

Nous aurons recours, comme antiseptique, au salol et nous ferons un pansement à plat avec des tampons imprégnés dans cet agent médicamenteux.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Traitement du psoriasis (1).

(Leçons résumées par M. le docteur MOREL-LAVALLÉE, ancien chef de clinique.)

II

MÉDICATION TOPIQUE, EXTERNE. — C'est sur la médication externe qu'il faut surtout se reposer pour l'effacement, la guérison de l'éruption psoriasique. Elle dispose d'agents thérapeutiques innombrables : corps gras, glycérine, savons, pommades, emplâtres, solutions variées, substances pharmaceutiques de tout ordre (huile de cade, huile de bouleau, goudron, créosote, naphtol, naphtaline, teinture d'iode, etc.), enveloppements au caoutchouc, pratiques hydrothérapiques et balnéaires, etc.

Tous ces remèdes, il est vrai, ne se présentent pas avec des prétentions égales. Les uns (ce sont les modestes) se recommandent simplement comme des agents sédatifs pour l'inflammation cutanée, ou comme des *agents de détersion* des surfaces incrustées de squames. D'autres, au contraire, visant plus haut, se proposent comme agents modificateurs des éruptions, comme agents *substitutifs* ou *curatifs*.

C'est qu'en effet, le traitement du psoriasis comporte deux indications différentes ; il faut : 1° débarrasser la peau de ses incrustations squameuses ; puis, 2°, essayer de modifier thérapeutiquement le derme malade.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 744.

La première de ces deux opérations s'appelle, en langage technique, le *décapage*, heureuse expression empruntée à l'industrie. Elle est indispensable, devant débarrasser la peau de ces incrustations qui se composent d'une *matière morte* et sur laquelle le médecin n'a pas à agir. Sans entrer dans le détail des divers procédés qui ne sont pas d'un emploi pratique usuel, signalons simplement ici : *a*) les cataplasmes, que la dissémination de l'éruption rend inapplicables ; *b*) le caoutchouc, qui, pour les mêmes raisons, ne saurait ordinairement convenir, et peut d'ailleurs, lorsqu'il est appliqué sur de trop larges surfaces, entraîner des inconvénients sérieux [transformation inflammatoire et extensive de l'éruption] (1) ; disons de suite comment se pratique ordinairement le décapage.

On fait, le soir, une forte friction sur les surfaces squameuses avec un corps gras ; on insiste sur la friction, de façon à faire pénétrer le corps gras dans le magma squameux, et on fait ensuite une nouvelle onction avec la pommade, qu'on laisse à demeure pour toute la nuit (en couchant avec un vêtement *ad hoc* pour ne pas tacher les draps).

Le lendemain matin, un bain tiède d'une heure. Le soir du même jour, nouvelle onction comme la veille.

Le jour suivant, bain, et ainsi de suite. En deux, trois ou quatre jours, le décapage est accompli. Quant au corps gras à employer, peu importe, tous sont bons à cet usage : axonge, vaseline, *glycérolé d'amidon*.

Le décapage opéré, commence la deuxième partie du traitement : l'emploi d'un topique *modificateur*. Voyons seulement les méthodes les plus usuelles et commençons par la méthode ancienne, « la méthode du vieux Saint-Louis », laquelle consiste dans l'emploi combiné des frictions cadiques et de la balnéation répétée.

TOPIQUES MODIFICATEURS USUELS DU PSORIASIS. — 1. *Huile de cade.* — Cette substance, bien connue pour son odeur pénétrante, est une huile brune, épaisse, extraite par distillation du *Juniperus oxycedrus* ; elle s'emploie pure ou bien incorporée à l'huile d'amandes douces ou au glycérolé d'amidon (2). On s'en sert en *frictions* et non en badigeonnages. La friction est pratiquée le soir ; le malade a soin de ne pas s'essuyer et de revêtir un vêtement de toile sacrifié pour cet usage ; les jours suivants, chaque soir, une friction semblable est pratiquée. Si le malade est hospitalisé, on le laisse nuit et jour *macérer* dans son costume de nuit imbibé d'huile de cade ; sinon, on lui permet le matin de se nettoyer et de faire ensuite une légère onction avec le glycérolé d'amidon.

Au cours de ce traitement, on administre de temps à autre, le matin, un bain de savon ou d'amidon pour mettre la peau « au clair », et l'on poursuit ainsi plusieurs semaines jusqu'à ce que la peau soit modifiée comme teinte, comme épaississement et comme disposition à l'hypersécrétion épidermique. Elle a pris alors une teinte rouge brun ou rouge fauve, jaunâtre, qui s'est substituée progressivement à la coloration rouge brillant du psoriasis ; elle est plus souple et ne semble plus tendre à se couvrir d'écailles.

(1) Le caoutchouc constitue, en revanche, le procédé de décapage par excellence pour un psoriasis de siège spécial, le *psoriasis du cuir chevelu*.

(2) Voici la formule du glycérolé cadique de Saint-Louis : glycérolé d'amidon, 30 ; huile de cade, 6.

On espace alors les frictions, on ne les pratique plus que tous les trois ou quatre jours, et seulement sur les points réfractaires.

Tel est ce traitement : il est actif et puissant, réellement curatif; mais il comporte des inconvénients, à savoir :

A. Possibilité d'accidents locaux inflammatoires ou irritatifs, et en particulier de la dermite papulo-pustuleuse dite *acné cadique* (sycosis cadique de Bazin). — Cette éruption, qui se produit uniquement là où les frictions ont été faites (mais surtout aux membres, aux surfaces d'extension et aux endroits velus), se compose de papules rouges, dures, marquées d'un point noir, devenant ensuite pustuleuses, mais restant toujours discrètes, pour peu qu'on suspende à temps la médication.

B. Nécessité d'hospitaliser, de séquestrer le malade, — à cause de l'odeur qu'il exhale, — de le garder au lit.

C. Côté rebutant, répugnant pour le malade même, de ce traitement, outre l'assujettissement que nous venons de voir en découler.

Maintenant, on s'est efforcé de parer à ces désagréments.

D'abord, on a essayé de substituer à l'huide de cade l'*huile de bouleau*, qui donne au « cuir de Russie » son parfum spécial; son odeur est moins désagréable. Elle finit cependant par être presque aussi nauséeuse; en outre, cette huile est chère.

Mais voici qui est mieux. Pour épargner au malade le supplice de se sentir huileux et gluant sous sa chemise, on a imaginé de recouvrir de sparadrap les surfaces graissées d'huile de cade ou, mieux encore, de faire usage d'emplâtres agglutinatifs à l'huile de cade, étalés sur gutta-percha et fabriqués à l'instar des emplâtres allemands récemment tant prônés. Malheureusement, ces deux modes de pansement, au sparadrap simple surajouté ou au sparadrap cadique, ne sont applicables que dans des cas restreints, à savoir quand le psoriasis est *circonscrit* (en placards) et *discret*.

Tout ce qui vient d'être dit sur l'huile de cade s'applique identiquement à un autre remède du même ordre, de même famille, le *goudron*.

Même modus agendi (badigeonnages après décapage, etc.), mêmes effets curatifs, mêmes inconvénients, mêmes accidents locaux possibles (sycosis de goudron).

Tous ces procédés, en somme, comportent bien des inconvénients. Ce sont des méthodes d'hôpital, séquestrant et alitant les malades ; procédés de thérapeutique sordides, autant pour le patient que pour son entourage.

Aussi a-t-on réalisé un vrai progrès en leur substituant d'autres méthodes qui, tout en présentant un égal degré d'autorité curative, n'en ont ni l'odeur, ni l'aspect repoussant. Ce progrès a été dû à l'avènement d'autres agents thérapeutiques : l'acide pyrogallique et la chrysarobine.

2. *Acide pyrogallique ou pyrogallol.* — Cette substance a été introduite dans la thérapeutique par Jarisch, qui l'a empruntée à l'industrie. C'est une poudre blanche, cristallisée, très soluble dans l'alcool, l'éther, la glycérine ; soluble aussi dans l'eau où sa dissolution, absorbant l'oxygène de l'air, prend une coloration *noire* qui va se retrouver sur la peau des malades.

Ce corps est un *réducteur* des plus énergiques ; très avide d'oxygène, surtout en présence des alcalins, il est, administré à l'intérieur, violemment *toxique* : il tue par asphyxie en s'emparant de l'oxygène du sang. En applications externes, c'est un *caustique*, en pommade concentrée, et un *irritant*, à dose plus modérée ; c'est cette dernière propriété qu'on a cherché à utiliser pour la thérapeutique, en se servant de lui au titre d'agent substitutif.

On l'emploie, en général, sous forme de pommade : pommade forte à 10 p. 100, et pommade faible à 5 p. 100.

Le procédé est le même que pour l'huile de cade : frictions le soir sur les parties décapées ; le matin, lotions à l'eau chaude, mais *non avec le savon*, qui déterminerait une coloration noire. Bains tous les deux ou trois jours.

Ce traitement est très efficace : deux à quatre semaines, en moyenne, lui suffisent pour déterger la peau et éteindre l'éruption psoriasique, et cela, d'une façon presque constante. Il a donc, relativement à l'ancienne méthode par l'huile de cade, des avantages réels, à savoir :

1° Il guérit plus vite, en trois à quatre semaines, au lieu de trente à quarante jours qu'il faut à l'huile de cade ; 2° il est inodore, bien que sordide ; il *n'affiche* pas, n'incommode ni le malade, ni son entourage ; 3° il permet aux malades de se traiter, sans renoncer à leurs relations sociales, à leurs occupations, sans être condamnés à la séquestration, à l'hospitalisation.

Mais il y a un revers à la médaille :

1° Le pyrogallol détériore le linge, qu'il tache d'une façon indélébile ; 2° sur les membres, il nuance la peau d'une teinte grisâtre, mais aux régions palmaires et plantaires, il la tache en *noir foncé*, comme le ferait du brou de noix ; 3° il présente un *danger* réel, celui d'une *intoxication* grave, en cas d'absorption par de larges surfaces cutanées, et dont voici le tableau abrégé : début brusque, quelquefois presque foudroyant, par du malaise général ; céphalalgie, vertiges, puis vomissements, diarrhée, urines noires ou même rouges, prostration, dyspnée, asphyxie, algidité ; décoloration suraiguë de toute la peau et œdématie générale, et, dans les cas *mortels*, coma terminal. Car la mort a été observée deux fois (Neisser, E. Vidal), et elle a failli survenir également dans un cas de M. Besnier, qui l'a prévenue au moyen du traitement suivant : sinapisation généralisée, alcool, injections d'éther et inspirations d'oxygène.

Quelque exceptionnels que soient les cas d'intoxication, il faut y songer, parce que :

a. Ils se sont jusqu'à présent produits, à propos de doses assez faibles, à la suite d'une seule friction (cas de Neisser), faite, il est vrai, sur toute une moitié du corps ;

b. Ils ont un début brusque, sans prodromes ;

c. Ils revêtent presque toujours une forte gravité, sans parler de leur aspect terrifiant (malade angoissant, étouffant, suffoqué par le manque d'air) ;

d. Enfin on les a vus survenir à toute période du traitement : au premier, troisième, sixième, quinzième jour.

De tels désastres thérapeutiques ont fait délaisser l'emploi de ce médicament, pourtant précieux, si l'on veut tenir compte des considérations suivantes : l'acide pyrogallique en frictions est contre-indiqué en cas de psoriasis étendu, généralisé, ou présentant un aspect inflammatoire, rouge, scarlatiniforme, eczématoïde, à surface presque exfoliative et favorable à l'absorption. Il est applicable dans les cas d'éruption limitée, circonscrite, en placards discrets, ou à condition de l'employer en différentes séances, par départements cutanés. On devra dans tous les cas : 1° s'assurer du bon état de santé du malade, de l'intégrité de ses reins ; 2° débuter par des doses faibles, inoffensives, soit par la

pommade à 5 p. 100; 3° se tenir prêt à suspendre dès la moindre alerte, et surveiller quotidiennement les urines.

Avec ces précautions on pourra, sans crainte, utiliser les propriétés curatives de l'acide pyrogallique.

TRAITEMENT DE L'ONGLE INCARNÉ

Par M. Th. Anger, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Depuis dix-sept ans j'emploie, pour guérir les ongles incarnés, un procédé qui m'a toujours réussi. Voici en quoi il consiste :

Je commence d'abord par anesthésier l'orteil, au moyen d'un mélange de glace et de sel. Puis, soit avec un bistouri de trousse, soit, ce qui est préférable, avec un couteau long, très étroit, à dos épais et résistant, dans un premier temps, je taille par transfixion à la base de l'ongle malade, un lambeau latéral qui, partant un peu en avant de l'articulation de la phalangette, se termine à l'extrémité de l'orteil. En taillant ce lambeau, le couteau doit suivre les parties saines et ne pas entamer les chairs ulcérées; sa pointe doit pénétrer de la face plantaire vers la face dorsale, en avant et très près de l'articulation; autant que possible, il faut, pour éviter le sphacèle, comprendre l'artère collatérale dans le lambeau, dont la base doit être large.

Ce lambeau taillé est aussitôt rabattu vers la base de l'orteil, et le couteau est placé dans l'angle de la plaie, le tranchant dirigé vers la matrice de l'ongle. Je sectionne les tissus perpendiculairement jusqu'à ce que le tranchant du bistouri soit arrêté par la résistance de l'os de la phalangette et, lui faisant décrire un quart de tour, je coupe les chairs en rasant l'os, de façon à enlever comme copeau toutes les parties malades. Pour ne rien laisser de la matrice de l'ongle, très accolée à l'os, très souvent j'emporte avec le bistouri une mince couche osseuse adhérente aux fongosités; de cette façon je préviens toute récidive, le copeau enlevé comprenant toute la partie malade de l'ongle incarné, les fongosités, le bord de l'ongle et la matrice.

Après quinze minutes d'attente pour le retour de la circulation, la plaie est nettoyée et des bandelettes de diachylon maintiennent en bonne place le lambeau sur lequel j'exerce une compression de moyenne intensité.

En huit jours, la réunion par première intention est obtenue et, le dixième ou douzième jour, les malades peuvent marcher.

C'est ainsi que j'ai traité 117 malades, dont 7 seulement ont eu quelques accidents, tels qu'une légère lymphangite et une sphacèle de l'extrémité du lambeau, de très minime importance, dues soit à une compression trop forte, soit à l'étroitesse de sa base.

Les avantages de ce procédé consistent dans la substitution des bandelettes de diachylon aux fils de réunion, dont l'ablation est toujours douloureuse, dans la nécessité de ne faire qu'un seul pansement et dans l'absence de récidive.

Si l'ongle est incarné des deux côtés, je fais une double opération; si toute la matrice de l'ongle est malade, après avoir taillé un lambeau de chaque côté et réséqué les parties latérales, j'enlève la lunule en ayant toujours soin de raser l'os. Les deux lambeaux latéraux sont réappliqués et la face dorsale de la phalangette se cicatrise par seconde intention.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juillet 1889. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

COMMUNICATIONS

Rougeole, coqueluche et scarlatine. — M. RICHARD apporte une statistique comprenant les trois dernières années et portant sur cent villes de France, d'une population supérieure à 20000 habitants. De cette statistique résulte : que la mortalité par rougeole est plus élevée que celle par coqueluche, et que cette dernière l'emporte sur celle par scarlatine. La bronchopneumonie ne serait-elle pas la cause de ces décès par rougeole et coqueluche? La Société ne pourrait-elle pas mettre à son ordre du jour l'étude des causes et de la prophylaxie des bronchopneumonies?

M. SEVESTRE fait remarquer que, depuis quelque temps, la scarlatine revêt, en France, un caractère de bénignité marquée. Si la statistique de M. Richard remontait plus haut que ces trois années, les résultats obtenus seraient tout autres. Quant à la question des bronchopneumonies, elle ne paraît pas mûre pour une discussion; il serait utile de réunir les documents relatifs à cette question.

M. CHAUFFARD réclame les chiffres de morbidité pour les trois maladies. Il pense que les décès sont plus nombreux sur cent scarlatineux que sur cent coquelucheux.

M. RICHARD ne possède pas de chiffres de morbidité. Il se rallie à la motion de M. Sevestre.

M. NETTER expose que la bronchopneumonie est une maladie surajoutée à la rougeole et à la coqueluche, rarement à la scarlatine. Suivant leur étiologie, les bronchopneumonies diffèrent. On connaît aujourd'hui cinq espèces de microbes, tantôt isolés, tantôt associés, dans les bronchopneumonies. On les rencontre dans la bouche des sujets sains; ces microbes pénètrent dans les voies respiratoires sur les sujets débilités; la virulence varie suivant les saisons.

L'antisepsie de la bouche et des salles d'hôpital, où la bronchopneumonie est plus fréquente qu'en ville, semble s'imposer comme moyen prophylactique pour préserver les malades atteints de rougeole et de coqueluche.

Empyème pulsatile. — M. FÉRÉOL trouve, dans l'observation présentée à la dernière séance par M. Millard, la confirmation de l'interprétation qu'il a proposée des phénomènes de la pleurésie pulsatile. Chez ce malade, à quelques mois de distance, et dans des conditions sensiblement semblables, on a observé un pneumothorax avec pulsation, puis un pneumothorax sans pulsation. D'après les détails de l'observation, il semble qu'il existait un pneumothorax fermé lorsqu'on constata les pulsations de l'empyème et un pneumothorax ouvert quand celles-ci avaient disparu. L'expérimentation sur les animaux serait à désirer pour fixer la valeur de cette théorie et de celle de M. Comby.

LECTURES

Dilatation aortique. — M. GINGEOT lit une observation intitulée : « Dilatation aortique, oblitération de la sous-clavière gauche et atrophie du membre supérieur du même côté. » Cette observation présente de très nombreuses obscurités et les plus grandes difficultés d'interprétation.

M. BARRIÉ a soigné pendant plusieurs mois cet hystérique simulateur. Pour lui, l'altération aortique relèverait de la syphilis; la lésion du testicule et les altérations des dents lui font admettre la syphilis héréditaire.

Pleurésies infectieuses. — M. FERNET propose de traiter les pleurésies infectieuses par des injections intra-pleurales de 5 à 7gr,50 de liqueur de van Swieten, ou de 5 grammes du mélange suivant : iode, 1 gramme; iodure de sodium, 4 grammes; eau distillée bouillie, 35 grammes.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juillet 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

COMMUNICATIONS

Gastro-entérostomie. — M. POZZI a pratiqué, il y a deux ans, pour un cancer de la petite courbure de l'estomac et de la région pylorique, une gastro-entérostomie. Le lendemain de l'opération le malade succombait à l'inanition.

M. Pozzi avait employé le procédé de Wolfler, dans lequel on fixe le duodénum à la face postérieure de l'estomac, en passant par une éraillure pratiquée au mésocolon transverse.

M. MONOD. Le procédé, que M. Pozzi attribue à Wolfler, appartient à Courvoisier (de Bâle). Aux faits déjà cités d'entérostomie, il faut en joindre un dans lequel la mort eut lieu six semaines après l'opération.

On recherche surtout, dans la gastro-entérostomie, à établir une sorte de valvule au point d'abouchement. L'orifice intestinal, plus large que l'orifice stomacal, est suturé de façon que ses bords adhéreront en partie aux bords de la paroi stomacale, et en partie sur la paroi même, à quelques centimètres de cet orifice stomacal. La valvule est constituée par la portion de paroi stomacale incluse dans l'orifice intestinal.

Ongle incarné. — M. TH. ANGER décrit le procédé qu'il emploie avec succès pour le traitement de l'ongle incarné (voir plus haut, page 760).

Lithiase salivaire. — M. BERGER constate que, si les phénomènes symptomatiques de la lithiase biliaire, pour ce qui regarde la glande sous-maxillaire, sont bien connus, il n'en est pas de même des altérations proprement dites de la glande. Il n'a trouvé, dans les bulletins de la Société, que l'observation de M. Terrier, en 1874. Dernièrement, les « Pathological Transactions » de Londres, ont publié un second cas ; ce sont les deux seuls qu'on puisse rapprocher du suivant.

Un homme de cinquante ans portait, depuis plusieurs années, une tumeur dans la région sus-hyoïdienne du côté droit. Il se plaignait de sentir de temps à autre de petits grains dans la bouche. Dans ces derniers temps, la grosseur avait durci, elle était devenue douloureuse, et, par moments, quelques gouttes de pus se mélangeaient à la salive.

A l'examen, on trouve dans la région sus-hyoïdienne, faisant saillie sous les téguments, une tumeur dure mobile et du volume d'une petite noisette. En la palpant par la bouche, on reconnait qu'elle forme un relief bien marqué, suivant le trajet du canal de Warthon. Il n'y a réellement qu'une seule tumeur dure. Le cathétérisme du canal fait percevoir un corps étranger dont la dureté rappelle celle d'un calcul.

Une incision, au niveau de la région sus-hyoïdienne, met à nu la glande ; celle-ci est hypertrophiée, d'une consistance squirrheuse, et fortement adhérente aux tissus voisins. Ces adhérences détruites et la glande isolée, on trouve dans la partie supérieure un calcul. Huit jours après, la guérison était complète.

L'examen histologique, pratiqué par M. Pilliet, constate une triple altération :

1° Tous les conduits excréteurs étaient uniformément dilatés, les uns moyennement, les autres ressemblant à de véritables lacunes ; par places, il y avait une desquamation de leur épithélium ;

2° Sur quelques points, on constatait des modifications des acini et des lobules telles, qu'ils étaient à peine reconnaissables ; sur d'autres points, ils avaient complètement disparu.

3° Il existait, dans toute l'étendue de la glande, une sclérose du tissu interstitiel ; dans les portions les plus anciennement atteintes, c'était une organisation complète de la sclérose ; dans les parties nouvellement malades, on ne notait qu'une infiltration d'éléments embryonnaires, disposés suivant le trajet des vaisseaux sanguins et lymphatiques, comme on l'observe dans les parenchymes qui offrent des lésions infectieuses.

Si on se reporte aux travaux de MM. Charcot et Gombault (*Archives de physiologie*, 1876), Strauss et Germond (*Archives de physiologie*, 1882), Albaran, Arnozan et Vaillard, on peut dire, en résumé :

Toutes les fois qu'il existe un obstacle enrayant la fonction des conduits sécréteurs d'un organe glandulaire, on observe d'abord la dilatation de ces conduits, ensuite l'infiltration micro-cellulaire, et enfin la sclérose, ces dernières altérations ne se montrant que consécutivement à un processus infectieux.

Toutes les fois, enfin, qu'on a affaire à une lésion scléreuse de la glande, l'ablation s'impose.

M. DESPRÉS distingue deux variétés d'hypertrophie glandulaire : l'une temporaire, l'autre durable.

M. BERGER ne croit pas fréquente l'induration chronique, la sclérose de la glande ; dans ce cas, l'ablation de l'organe est le seul traitement.

PRÉSENTATION

Rein kystique. — M. MONOD présente un rein kystique très volumineux, qu'il se proposait d'enlever par l'incision oblique, décrite par M. Le Dentu. Le volume du rein a forcé de le sectionner en deux morceaux ; l'opération n'a donné lieu à aucun accident.

ÉLECTIONS

La Société procède à l'élection de membres correspondants nationaux. Sont élus : MM. Minier (d'Angers), Piéchaud (de Bordeaux), Leprévost (du Havre) et Rohmer (de Nancy).

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le service de prompt secours (1), par Louis Gallet.

Pour traiter une question aussi ardue et aussi complexe, il ne fallait pas moins que la grande compétence de M. Gallet, directeur d'un de nos grands établissements hospitaliers, doublé d'un écrivain de talent.

Ce ne serait pas chose simple que d'établir à Paris un service de prompt secours : difficultés budgétaires, administratives, médicales, etc. Tous ces obstacles, accumulés sur la route, doivent être franchis pour parvenir à un but véritablement utile.

M. Gallet nous fait un plan hospitalier de Paris, il nous montre la topographie des hôpitaux, les immenses étendues de terrain dépourvues de tout secours rapproché : « Il y a, dit-il, des surfaces de 12 kilomètres, au centre desquelles il n'existe aucun établissement municipal de secours. » Cette insuffisance des maisons de secours est d'ailleurs surabondamment prouvée par la pratique et la simple constatation des faits, surtout quand on sait que les accidents forment 14 p. 100 des admissions annuelles d'un hôpital. Frappé de cet inconvénient, l'initiative privée a déjà essayé de remédier à cet état de choses et les ambulances urbaines, subventionnées par la Ville, cherchent à transporter rapidement à l'hôpital le blessé tombé sur la voie publique. On est frappé, il est vrai, au passage de cette voiture, pavoisée du drapeau à la croix rouge, éclairée de fortes lanternes, bien attelée, bien conduite, au bruit incessant d'un timbre à pédale, qui lui fait faire place dans les rues. Mais, malgré le caractère décoratif de la cérémonie, la voiture de l'ambulance urbaine rend peu de services. Le matériel est absolument insuffisant, le transport, souvent douloureux pour un blessé, est défectueux de par le fait de la rapidité de la course, rapidité qui est en somme une des conditions de ce service de prompt secours.

Quelle que soit la richesse de matériel que pourraient, dans la suite, avoir les ambulances urbaines, leur service sera toujours

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Steinheil.

et fatalement insuffisant du fait même de la topographie des hôpitaux parisiens.

Ce qu'il convient de faire, c'est de créer des stations, des petits hôpitaux, au centre de ces grands espaces, déserts au point de vue du secours que peuvent y recevoir des blessés. C'est en créant ces petits postes, ces petits hôpitaux de secours, qu'on remédiera à cet état lamentable du service d'urgence des hôpitaux parisiens.

Mais, contre cette création, protestera tout entière l'administration de l'Assistance publique, à court d'argent, à budget vite épuisé et qui est loin de pouvoir faire des créations nouvelles. Où trouverait-elle l'argent nécessaire ? Sans escompter la charité privée qui, dans une grande œuvre de ce genre, ne manquerait pas de lui venir en aide, l'administration ne pourrait-elle pas trouver, dans la réalisation de certaines économies, bien des ressources inespérées ?

Laissons la parole à M. Gallet :

« Supposons que, faisant la guerre à cette *paperasserie terrible qui souvent constitue la seule raison d'être des bureaux*, une décision magistrale, d'un trait de plume, réduise de cinq à un les imprimés exigibles actuellement, pour l'admission d'un malade, et *poursuive, jusqu'aux derniers détails, cette recherche de l'unité*, que de bras elle rendrait libres pour d'autres tâches, que d'argent elle épargnerait !

Sait-on que Paris a hospitalisé, en la seule année 1886, 105797 malades, que les quatre imprimés superflus, dont je parle ici, donnent à ce compte 423196 morceaux de papier, à peu près inutilement noircis ? Sait-on que le papier imprimé, même grossier, a sa valeur très appréciable et qu'une économie de ce genre, poursuivie seulement depuis dix ans, représenterait une somme relativement intéressante pour les rédacteurs scrupuleux d'un budget ? »

Nous ne saurions trop nous associer à ces sages et judicieuses paroles, surtout venant d'un homme aussi compétent et aussi bien placé pour juger ces choses dans leur réalité.

Mais ce n'est pas tout de proposer l'établissement de maisons de secours, il faut encore savoir comment doivent être ces maisons et à quelles conditions elles doivent répondre. M. Gallet, s'inspirant là de conseils médicaux et chirurgicaux, s'associant dans son œuvre à un architecte de valeur, propose une série de plans, de devis de maisons, propres au service du prompt secours.

Ces constructions, de bon marché cependant, ne laissent rien à désirer comme disposition intérieure et surtout sont admirablement disposées pour le fonctionnement antiseptique des opérations chirurgicales les plus graves et les plus minutieuses.

Recherches expérimentales sur les microbes des conjonctives à l'état normal (1), par le docteur Victor Gombert.

Le premier fait qui se dégage de ce travail, c'est qu'il y a peu de microbes sur les conjonctives à l'état normal. Il suffit, pour s'en convaincre, d'examiner au microscope une larme ou une goutte de sueur. Mais l'expérience des cultures est encore plus probante. Dans bien des cas, l'ensemencement a été absolument stérile, habituellement le nombre des colonies microbiennes a été assez restreint. Il faut maculer largement et à deux ou trois reprises, un même tube d'agar-azar ou de gélatine, pour obtenir des plaques suffisamment ensemencées.

C'est que les microbes qui arrivent sur l'œil n'y séjournent pas. Ils n'ont guère le temps d'y proliférer. Le clignement des paupières constitue un balayage constant du globe oculaire, et le cours des larmes opère un drainage continu des culs-de-sac, entraînant les microbes vers les cavités nasales.

Ces microbes, sans cesse entraînés, sont sans cesse renouvelés par l'air extérieur, les doigts, les linges, l'eau. M. Gombert ne pense pas qu'à l'état normal, les microbes puissent venir des fosses nasales. Le milieu ambiant est la source principale des microbes des conjonctives. Ceux-ci sont donc variables suivant les sujets et suivant les milieux dans lesquels ils vivent. De ces microbes, les uns sont accidentels, les autres habituels, la plupart sont inoffensifs, quelques-uns sont pathogènes.

De ce travail, il résulte donc que, suivant le milieu dans lequel on vit, on a sur les conjonctives plus ou moins d'espèces microbiennes. Parmi les microbes accidentels, les uns, fréquemment observés dans les milieux hospitaliers, peuvent être des microbes pyogènes. Il n'est pas possible de prévoir, d'une façon précise, si un œil est indemne de ces microbes.

De là, la conclusion pratique de l'excellent travail de M. Gombert. Quel que soit le soin qu'un chirurgien prenne de ses instruments, de ses mains ou de ses objets de pansement, il n'aura pas fait de véritable asepsie, si, au préalable, avant de toucher à l'œil, il n'en a pas fait le lavage et le nettoyage le plus minutieux.

A. Ricard.

A travers l'Amérique latine (1), par R. Le Cholleux.

L'auteur nous fait parcourir, en quelques chapitres, la République argentine, le Paraguay et le Sud du Brésil. Il ne faut pas s'attendre à trouver, dans ces pages, les aventures extraordinaires que les écrivains d'il y a vingt ans ont puisées dans leur imagination. Non, R. Le Cholleux raconte un voyage *actuel*, accompli avec les facilités que la civilisation a introduites dans ces pays. Ce qui n'empêche pas qu'il ne nous tienne suspendu à son récit par les épisodes parfois comiques, souvent émouvants, mais toujours intéressants qu'il met sous nos yeux.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

294. M. Blondel. Étude sur les produits odorants chez les rosiers. — 295. M. Moingeard. Étude sur le pityriasis rosé de Gibert. — 296. M. Gottschalk. Valeur de l'influence de la consanguinité sur la production de l'idiotie et de l'épilepsie. — 297. M. Bonnet. Contribution à l'étude de la dysidrose. — 298. M. Gaudinau. Contribution de l'étude de l'action physiologique et thérapeutique de la méthylacétanilide (exalgine). — 299. M. Gordon Martins. Formes atténuées de la fièvre typhoïde. — 300. M. Foureur. Contribution à l'étude des procédés de culture des microbes anaérobies pathogènes. — 301. M. Breteau. Des myélites syphilitiques précoces. — 302. M. Yhoubian. Le strophantus dans les maladies du cœur. — 303. M. Legrand. La syphilis cause d'avortement. — 304. M. Rizkallah. Étude critique du traitement des salpingites. — 305. M. Coyhard. Tuberculose et rhumatisme articulaire, chronique, progressif. — 306. M. Ferrière. Contribution à l'étude de l'état mental chez les apoplectiques. — 307. M. Evrard. Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale. — 308. M. Benoit. Contribution à l'étude des amyotrophies chez les tuberculeux. — 309. M. Merlin. Du pseudo-mal de Pott hystérique. — 310. M. Aujay de la Dure. Des fractures des membres du fœtus pendant l'accouchement. — 311. M. Sudre. En dégageant de la fièvre typhoïde les symptômes qui proviennent des intoxications secondaires, ne pourrait-on pas décrire un type normal de cette maladie infectieuse ? — 312. M. Barthélemy. De l'enchondrome de l'omoplate. — 313. M. Pouillot. Du naphtol camphré et de son emploi en chirurgie. — 314. M. Hillemand. Contribution à l'étude de la spécificité des cellules chez l'homme. — 315. M. Dumoret. Hystéropexie par prolapsus utérin. — 316. M. Ducasse. De la conception, de la grossesse et de l'accouchement après la trachélorrhaphie et l'amputation du col de l'utérus. — 317. M. Daunic. La bulbite uréthrale. — 318. M. Labat de Lambert. Cure radicale de l'hydrocèle simple par les injections d'acide phénique pur. — 319. M. Bresson. Emplâtre mercuriel ou affections tuberculeuses des os synoviales. — 320. M. Vigne. Des fistules anales

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Masson.

(1) In-18. Prix : 2 fr. 25. — Paris, J. Brare, 70, rue Bonaparte.

chez l'enfant. — 321. M. DEFRANCE. Contribution à l'étude de la déchirure partielle des parois des artères. — 322. M. PAILHAS. Contribution à l'étude de la pleurésie interlobaire suppurée. Symptômes. Diagnostic. Traitement. (Pneumotomie.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 18 juillet 1889, M. le docteur de Cotte, médecin auxiliaire de deuxième classe, est nommé médecin de deuxième classe de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 juillet 1889, la chaire de botanique et histoire naturelle médicales, et la chaire de physique médicale de la Faculté de médecine de Montpellier, sont déclarées vacantes.

— Le concours de l'internat aura lieu le lundi 21 octobre, à midi précis. Le registre d'inscription sera ouvert de onze heures à trois heures, du lundi 9 septembre au samedi 5 octobre inclusivement.

— Le concours de l'externat aura lieu le mercredi 23 octobre, à quatre heures précises. Le registre d'incription sera ouvert, de onze heures à trois heures, du lundi 9 septembre au samedi 5 octobre inclusivement.

— Le concours pour une place de chef de clinique ophthalmologique près la Faculté de médecine de Bordeaux, vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Latrille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baisné, médecin de deuxième classe de la marine, Jules Carrière (de Paris), Proust (d'Épannes) et Veiron (d'Ouzouer-le-Marché).

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera, du 3 au 12 août, une excursion géologique publique, en Suisse et spécialement aux environs de Bex, Sion et Zermatt.

Le rendez-vous est à Paris, à la gare de Lyon, le samedi 3 août à six heures et demie du soir. Une réduction de 50 p. 100 sur le prix des places en chemin de fer sera accordée aux personnes qui s'inscriront au laboratoire de géologie, au Muséum, avant le 1er août à quatre heures.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée sous la direction de M. le docteur Jules ROCHARD. *Hygiène générale*, tome Ier (fasc. I et II). — Prix du fascicule : 3 fr. 50.

L'Encyclopédie formera 10 volumes ; on peut souscrire à forfait à l'ouvrage complet, au prix de 120 francs.

A partir du 1er juillet, il paraît chaque mois un fascicule de dix feuilles avec figures et planches. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Les difformes et les malades dans l'art, par J.-M. CHARCOT (de l'Institut) et Paul RICHER. 1 vol. in-4° avec figures intercalées dans le texte. — Prix : 20 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par F. KŒNIG, professeur de chirurgie, etc. Ouvrage traduit de l'allemand d'après la 4e édition, par le docteur COMTE. Ouvrage précédé d'une introduction par le docteur TERRILLON. Tome II, IIe fascicule, avec 108 figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 fr. Prix du tome II complet avec 159 figures dans le texte : 14 fr. L'ouvrage complet formera 3 volumes. — Le tome III paraîtra fin septembre. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Étiologie de la myopie, par le docteur G. MARTIN. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

25

SALICOL DUSAULE SALICYLATE DE MÉTHYLE (WINTER-GREEN)

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant, possède une odeur agréable, n'est ni caustique, ni vénéneux. S'emploie pur en *pulvérisations* ou additionné d'eau en *compresses, clavages*, etc.
Le flacon, 2 fr. **Pulvérisateur Dusaule**, 6 fr.
DÉPÔT : 105, rue de Rennes, Paris, et les Phies.

99

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.
En outre, pour les adultes convalescents ou valétudinaires, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

33

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.
1° La gaze antiseptique **0 fr. 50** le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1 fr. 25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1 fr. 25** le mètre; 4° le macintosh, **5 fr.**
Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.
Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

92

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

77

APIOL DES DRS JORET & HOMOLLE

L'APIOL est le spécifique des désordres menstruels : il provoque les règles et arrête leur écoulement exagéré ou persistant. Mais on délivre, sous le nom d'Apiol, de simples extraits ou teintures de persil. L'Apiol vrai, liquide oléagineux, plus dense que l'eau et d'une belle couleur ambrée, est celui des Drs JORET et HOMOLLE, le seul expérimenté avec succès, notamment dans le service du Dr MAROTTE, à la Pitié. — DOSE : 1 caps. matin et soir pendant 5 à 6 jours lors de la venue présumée des règles ou de leur écoulement.
Dépôt gal : Phie BRIANT, 150, r. Rivoli. Ttes phies.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).
Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

99

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU
employé contre
l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.
La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.*
Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

16

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS.	LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES.	GASTRALGIE.
DYSPEPSIE.	GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES :
- **Pancréatine Defresne** : en poudre, 4 gr. 2 à 4 cuillerées.
- **Pilules digestives Defresne** . . . . 3 à 5 pilules.

Élixir et Sirop.

DÉPÔT : 2, rue des Lombards et ttes pharmacies.
DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

54

LES BONBONS DE FER DIASTASÉ

du Dr V. BAUD

CONTIENNENT 1 CENTIGR. 1/2 DE CITRATE DE FER

Le nouveau mode de préparation que nous appliquons au **Fer**, accroît beaucoup son efficacité curative et fait disparaître les actions locales irritantes de sa forme chimique, en lui substituant une loi de la nature, qui le rend plus apte à exercer sans troubles son action digestive et d'assimilation.
Notre méthode consiste à provoquer un mouvement de germination dans la graine de cresson; à obtenir qu'elle absorbe et assimile une solution médicamenteuse titrée. Pendant ce travail vital, elle développe une abondante diastase, principe de la salive et de la digestion.
Reste à dragéifier ces graines en évitant de compromettre les principes diastasiques, et, selon l'expression du savant **Bouchardat**, le malade peut avaler son médicament dans son laboratoire. (*Voir la brochure*).
Paris, 22 et 19, r. Drouot.
Dr V. Baud

34

PIN D'AUTRICHE DE J. MACK

ESSENCE : contre maladies de la Gorge, — Angines, — Croup, — Coqueluche, — Asthme.
EXTRAIT : (*Bain antirhumatismal de Mack*) contre Rhumatisme chronique et Goutte.
SOLUTION : pour frictions antirhumatismales et pour vaporisations antiseptiques.
CELLULES : contre Toux opiniâtre, Oppression, Bronchite chronique, Engorgements pulmonaires; et contre Rhumatismes, Goutte, Maladies des reins et de la vessie.
SIROP ET PATE : contre Rhumes, Toux, Coqueluche, Bronchite chronique et Phthisie naissante.

Dépôt général : Phie TALLON, 49, avenue d'Antin, Paris, et toutes pharmacies. — Envoi gratis et franco d'échantillons à MM. les Docteurs, sur demande adressée au Dépôt général.
Joseph Mack

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.

Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.
Exiger Timbre de l'Etat. — Toutes pharmacies.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.
Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

33

ALBUMINATE DE FER

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES
Spécifique des troubles de la menstruation.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ FRANCS.
VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.
VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.
Prix de la boîte : DEUX FRANCS.
VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.
VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.
Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.
Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

80

PEPTONE COLLAS

Préparée avec la **Pepsine Boudault.**
SEULE ADMISE DANS LES HOPITAUX.

La **Peptone COLLAS** est entièrement **assimilable**. Elle a même été injectée directement dans les veines, sans qu'on en ait retrouvé la trace dans les urines.
Elle se présente sous la forme d'une poudre très légère, très soluble dans l'eau, le bouillon et le vin. Son goût, analogue à celui de la viande rôtie, s'harmonise très bien avec celui du bouillon.
La **Peptone Collas** représente comme valeur nutritive dix fois son poids de viande.
Pharmacie COLLAS, *8, rue Dauphine, Paris.*

31

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

75

PILULES, DRAGÉES, SOLUTION, SIROP DE ROBIQUET

Au Pyrophosphate de Fer
APPROUVÉ PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prescrit contre l'*Anémie, Chlorose, Rachitisme, Scrofule*, etc.; il restitue à la *constitution des Os, des Nerfs et du Sang* le FER et le PHOSPHORE trop rapidement éliminés par les sécrétions.
Exiger sr l'étiquette la SIGNATURE **E. ROBIQUET.**
A Paris, DETHAN, phien, et ttes les pharmacies.

69

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Ech. f°.

77

LE SERVICE VACCINAL DE LA SEINE

envoie ctre mandat : *Vaccin de Génisse*, 1 e tube, 1 fr.
Pulp e vaccinale, le tube 2 fr. — On trouve le Vaccin tous les jours au DÉPÔT : *4, rue de Sèvres.*

N° 84. — JEUDI 25 JUILLET 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 25 JUILLET 1889. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4 PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après avoir élu membres correspondants nationaux MM. Bouchacourt et Gayet (de Lyon), l'Académie a entendu, dans cette séance, une note de M. Balland rappelant les travaux de M. Roussin sur l'arsenic des os; un rapport de M. Laboulbène sur les anciens médecins grecs inédits, et un rapport de M. Polaillon sur l'intéressante communication de M. Dumontpallier que nous avons récemment publiée (voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 605). Puis, M. Tarnier a présenté une malade dont la grossesse extra-utérine remontait à trente-trois ans.

Enfin l'Académie s'est constituée en comité secret.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Alcoolisme et congestion chronique du foie.

Le malade du n° 16 de ma salle des hommes est garçon marchand de vin depuis l'âge de douze ans, il en a aujourd'hui vingt-huit. Alcoolique avéré, buvant ses quatre à cinq litres de vin par jour, mais pas de liqueurs, il est sujet à des pituites matinales. Il a un peu de tremblement des mains, des cauchemars nocturnes; enfin, il a, depuis quatre ou cinq ans, de fréquents besoins d'uriner, et de temps en temps un peu d'œdème des extrémités. Cependant il digère bien et facilement.

Il y a un mois, se trouvant sans place, il s'est adonné pendant toute une semaine à des libations encore plus exagérées, passant son temps de cabaret en cabaret, et finit par éprouver un malaise général. Néanmoins, il arrive à se placer, mais quelques jours après, étant en sueur, il descend à la cave, éprouve des frissons, puis de la fièvre, et est forcé de se mettre au lit. Le lendemain, cependant, se trouvant mieux, il reprend son travail, mais les vertiges sont plus prononcés, les jambes sont tremblantes, le ventre est tuméfié, endolori; le malade a de l'anorexie et des vomissements, des épistaxis répétées, et se ... alors à entrer à l'hôpital, et voici ce que nous constatons : apyrexie, pouls normal, 64, faciès légèrement sub-ictérique, ventre tendu en besace, divisé par une sorte d'étranglement transversal passant par l'ombilic en deux parties, c'est-à-dire une saillie hypogastrique et une saillie épigastrique, par suite de la laxité, du relâchement des parois abdominales et non pas par l'état du contenu, car il n'y a ni épanchement dans le ventre, ni dilatation gastrique. Par contre, le foie est plus volumineux, il mesure dans sa ligne mammaire 19 centimètres et 17 centimètres dans sa ligne médiane; la rate est légèrement tuméfiée aussi, elle mesure 1 centimètre de plus qu'à l'état normal; la poitrine n'a rien, il y a un peu d'endolorissement dans l'hypochondre droit. Enfin, la langue blanche, un certain degré d'anorexie, des nausées, des vomissements, un malaise général, de la courbature conduisent à un premier diagnostic, à celui d'embarras gastrique, suite d'excès alcooliques et alimentaires et déterminé par un refroidissement.

D'autre part, la tuméfaction du foie et de la rate constitue une seconde question, plus compliquée. En effet, comme je le disais en commençant, cet individu est un alcoolique et, depuis longtemps, il a quelques accidents nerveux mais fort peu nombreux, et l'alcool a plutôt touché le foie que les autres organes. Du reste, c'est un fait bien connu que l'alcoolisme ne se répartit pas toujours de la même façon sur l'organisme; mais qu'il frappe tel appareil de préférence à tel autre, selon les individus. Cependant le foie est presque toujours touché, quel que soit, pour ainsi dire, le système atteint; il en est de l'alcoolisme comme de tous excès de table, même passagers, qui entraînent une augmentation de volume du foie, comme une conséquence momentanée de l'irritation passagère à laquelle il a été soumis.

Cette tuméfaction de l'organe hépatique peut se produire par plusieurs mécanismes : 1° directement par l'absorption par l'estomac des substances; 2° par action indirecte, réflexe; 3° par la propagation de l'inflammation gastro-intestinale aux voies biliaires et de là au foie lui-même. Quelquefois ces trois modes d'action s'associent.

Bref, les excès alcooliques amènent un degré plus ou moins grand de tuméfaction du foie, laquelle est transitoire, momentanée, ou permanente et définitive. Dans ce dernier cas, parmi les altérations de l'organe hépatique, il peut y avoir stéatose ou transformation graisseuse, soit par dépôt exagéré de graisse dans les cellules adipeuses — et la

situation est, en général, peu grave en soi, — soit par dégénérescence graisseuse résultant de poussées successives, à la suite desquelles la graisse s'accumule dans les cellules hépatiques et les déforme; enfin, la graisse peut encore s'accumuler dans le foie comme une conséquence de la tuberculose, ou comme résultat d'une vie sédentaire prolongée. Puis viennent les inflammations interstitielles du foie qui déterminent la production de tissu inodulaire, cicatriciel, et amènent la cirrhose atrophique ou hypertrophique. La première est plus spéciale à l'homme, la seconde à la femme. Car il faut savoir que la femme se livre également à l'alcoolisme, dans une proportion moindre certainement, mais encore dans une certaine proportion, et nous trouvons aussi, parmi les femmes alcooliques, des femmes du monde. Chez ces dernières, la maladie évolue plus lentement, parce qu'elles boivent chez elles et non au dehors, en cachette et à [illegible] doses, de peur d'être surprises par le mari ou par l[illegible]estiques; enfin, chez elles, la façon par laquelle elles se livrent à leur passion favorite est plus élégante, si l'on peut s'exprimer ainsi, en ce sens que l'alcool qu'elles affectionnent n'est ni le vin ni les alcools de cabaret, mais des liqueurs fines, des liqueurs de prix : chartreuse, alcoolat de mélisse, etc. Enfin, chez elles, la maladie débute par des accidents gastro-intestinaux.

Je dois encore ajouter que les phénomènes morbides sont également en rapport avec la nature de l'alcoolisme; ainsi l'alcoolisme par le vin détermine de préférence des accidents hépatiques, la cirrhose, tandis que chez les buveurs de liquides alcooliques, on observe beaucoup plus souvent des accidents du côté du système nerveux.

Notre malade actuel est un buveur de vin, consommant ses trois ou quatre litres par jour, auxquels il ajoute bien un peu d'alcool, mais en petite quantité, aussi est-il exposé à de fréquentes congestions hépatiques. Mais est-il en passe d'arriver à la dégénérescence graisseuse du foie ? Non, car cet organe n'est pas très volumineux encore chez lui, il n'a pas de consistance pâteuse, mais il est encore assez mou ; la rate n'est que très légèrement augmentée de volume, et, de plus, la santé générale n'est pas très altérée. Bref, tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'il est atteint de congestion chronique du foie et non d'une altération persistante de cet organe.

Le fait est très important à constater, au point de vue du diagnostic. En effet, cet homme est encore en état de guérir, à la condition, bien entendu, qu'il se soumettra à une hygiène sévère.

Ici se présente une question : Faut-il supprimer d'emblée tout alcool, ou bien faut-il en diminuer peu à peu les doses jusqu'à la suppression absolue avec le temps ? Les opinions sont très partagées. Il est certain que si, concurremment à l'alcoolisme, cet homme était atteint d'une affection aiguë ayant entraîné une prostration profonde, une dépression très grande des forces, en pareil cas, on se bornerait à diminuer l'alcool ; mais dans le cas contraire, dans le cas, notamment, où, comme chez ce malade, on a affaire soit à une affection du foie, soit à des phénomènes nerveux, l'alcool doit être absolument supprimé.

D'autre part, faut-il en arriver au régime lacté, comme on l'a parfois conseillé ? Le lait n'est pas bon dans tous les cas, ainsi, chez les individus qui ont un estomac paresseux, digérant lentement, le lait ne saurait convenir à cause de sa fermentation lactique et surtout de sa fermentation butyrique ; il en est de même dans les cas d'embarras gastrique, bilieux, où le lait ne peut qu'augmenter le gastricisme comme chez nombre d'alcooliques.

CLINIQUE DES QUINZE-VINGTS. — M. VALUDE.

Des asthénopies.

(Leçon recueillie par M. CALAMY, interne du service.)

I

On entend par asthénopie cet état de la vision dans lequel les yeux ne peuvent continuer à s'exercer sur des objets rapprochés, quoique, au premier coup d'œil, le malade les voie généralement bien, qu'il puisse regarder aussi longtemps qu'il veut les objets éloignés, et que ses yeux ne présentent à l'extérieur aucune apparence morbide.

Telle était la définition de Mackenzie, dès 1857, à une époque où les grandes découvertes, dues à l'ophthalmoscope, n'avaient pas encore pris place dans la science, et cette définition demeure encore aujourd'hui aussi parfaite ; on n'y a rien ajouté.

L'asthénopie (de α privatif, σθένος force, ὤψ œil) est, en somme, une *faiblesse* de la vue, ce que les anciens ophthalmologistes nommaient très justement « debilitas visus, hebetudo visus » ; c'est un épuisement de la puissance de fixer les objets rapprochés.

Cette désignation, et la définition très claire de l'asthénopie, permettent d'exclure de cette affection les soi-disant asthénopies qui accompagnent certains états inflammatoires des voies lacrymales, et qui ne sont autre chose qu'un trouble fonctionnel inhérent à la dacryocystite et au larmoiement qui en est la conséquence. De même, dans certains cas d'asthénopie, on rencontre ordinairement une conjonctivite folliculaire chronique plus ou moins prononcée ; mais cette conjonctivite, loin d'être la cause du trouble visuel, n'est que la résultante de la fatigue éprouvée par l'organe de la vision, et les états inflammatoires de la conjonctive peuvent donc être le résultat, mais non pas l'origine des troubles asthénopiques.

L'asthénopie, dans son expression générale, est caractérisée par ce fait que le malade ne peut regarder, pendant un temps un peu long, des objets petits ou rapprochés, comme lorsqu'il s'agit de lire, de coudre, etc. ; il est obligé, tant à cause de la confusion et de l'obscurité qui semble s'étendre sur les objets que par un sentiment de fatigue qu'il ressent dans les yeux, d'interrompre son travail. Chez la plupart des malades, l'attaque débute par une sensation de gêne, dont ils essaient quelquefois de se débarrasser par de fréquents clignements. D'autres accusent dans les yeux une sensation de tension et de pesanteur, du larmoiement et de la diplopie. Si le malade persiste à se servir de ses yeux, malgré la lassitude qu'il y ressent et la confusion de la vision, cet effort s'accompagne de pesanteur dans la tête et de douleurs dans les globes oculaires, les orbites, les tempes et le front. Bientôt l'application devient impossible.

Lorsque le malade est en plein air, il ne se plaint point, car il voit, sans fatigue, les objets éloignés. Lorsqu'il commence à regarder des objets petits ou rapprochés, il les voit aussi d'ordinaire très distinctement, jusqu'à ce que l'attaque d'asthénopie survienne ; ce qui, suivant les sujets, s'effectue au bout d'une heure, d'une demi-heure, ou même de quelques minutes.

Après l'attaque, un repos plus ou moins prolongé suffit d'ordinaire pour rétablir la vue, mais celle-ci ne tarde pas à se fatiguer si on la soumet au même exercice qui avait déjà amené l'éclosion de l'asthénopie. Peu à peu le surmenage oculaire s'accumulant, les attaques deviennent de plus en plus fréquentes et il n'est pas rare de voir des malades obligés de cesser absolument tout travail rapproché. Tous les auteurs ont remarqué que les tailleurs et les couturières, atteints de cette affection, pouvaient parfois se livrer à leurs occupations pendant les deux, trois ou quatre premiers jours de la semaine ; mais pendant les deux ou trois autres, leur vue est si faible, qu'ils ne peuvent continuer qu'avec la plus grande difficulté, ou même sont obligés d'y renoncer. Le repos du dimanche rend la force à leurs yeux, et leur permet de reprendre leurs occupations le lundi. Ces faits avaient suffi à donner aux anciens ophthalmologistes une idée tellement défavorable de cette affection, qu'ils la considéraient comme le premier degré de l'amblyopie (Sichel). Nous lisons, dans le traité de Mackenzie, l'histoire d'une dame qui fit le voyage des Indes à Londres pour consulter le célèbre spécialiste pour une affection oculaire qui était annoncée comme devant se terminer par la cécité complète ; l'examen révéla qu'il ne s'agissait que d'une asthénopie. Mackenzie toutefois, bien que mieux éclairé sur le pronostic, avait assez peu traité cette maladie, pour la déclarer positivement incurable ; il se contentait, la plupart du temps, de conseiller aux malades le repos absolu des yeux. Cette prescription, appliquée à un ouvrier ou à une couturière obligés d'assurer leur subsistance quotidienne par leur travail, équivalait, en effet, à un arrêt d'incurabilité.

Aujourd'hui que nous savons pénétrer les causes diverses de l'asthénopie et par conséquent traiter celle-ci efficacement, nous devons porter à l'égard de cette maladie un pronostic beaucoup meilleur ; toutefois il est utile de connaître jusqu'à quelles extrémités peuvent aller ces troubles visuels, pour comprendre l'importance qu'il y a à reconnaître exactement la nature de l'asthénopie et, par là même, le genre de traitement qui devient nécessaire.

Il me souvient, à ce propos, d'un homme qui me fut amené à l'Hôtel-Dieu alors que j'y étais chef de clinique et qui souffrait de troubles asthénopiques extrêmement violents. C'était un compositeur d'imprimerie, qui, comme l'ouvrier classique des auteurs, commençait à travailler assez bien le lundi, passablement le mardi et qui, le mercredi ou le jeudi au plus tard, devait abandonner tout travail suivi, par le fait d'attaques asthénopiques d'une violence extrême. Ce malheureux ouvrier, soutien de famille, souffrait de son affection depuis assez longtemps, sans que son médecin eût pensé à autre chose qu'à lui administrer des toniques ou des lavages antiseptiques des yeux. Le port de verres appropriés a, dans l'espèce, tiré ce malade d'une situation assez grave.

Ces considérations tendent à démontrer combien la connaissance de l'asthénopie ou plutôt des différentes formes de l'asthénopie est intéressante pour le praticien non spécialisé. Il est encore un autre point par où l'asthénopie touche à la médecine générale et se mêle avec elle ; ces phénomènes d'asthénie de la vision concordent, en effet, pour ainsi dire toujours, avec une *asthénie* générale avec une débilité de l'organisme tout entier. Que l'asthénopie soit d'origine hypermétropique, myopique ou astigmatique, ainsi que nous apprendrons tout à l'heure à le reconnaître, elle s'observe généralement chez des jeunes gens de quinze à vingt-cinq ans qui peuvent être débilités par l'anémie, la chlorose, la croissance, les veilles prolongées, l'hystérie, la masturbation ou les excès vénériens de toute nature, etc. ; les troubles asthénopiques se produisent assez souvent dans les convalescences longues, dans celle de la fièvre typhoïde en particulier.

A propos de cette influence de l'état général sur l'éclosion de l'asthénopie, voici un fait extrêmement frappant et très nettement remarqué sur lui-même par un de mes collègues, ancien interne des hôpitaux, et très bon observateur. Celui-ci, atteint d'une myopie moyenne et disposé à l'insuffisance des droits internes, s'aperçut, à plusieurs reprises, que les excès génésiques avaient pour effet de provoquer chez lui de la diplopie et des troubles asthénopiques que je reconnus être redevables à l'insuffisance des droits internes. Le retour à une vie calme, aussi bien que le port des verres prismatiques, réussissait à ramener l'équilibre dans ses yeux.

En conséquence, dans le traitement de toute asthénopie, on devra réserver une place très grande à la médication générale appropriée : les préparations martiales aux anémiques, le bromure de potassium aux hystériques, à tous une hygiène en rapport avec les phénomènes généraux manifestés.

Diverses circonstances accidentelles, en dehors de ces causes générales, semblent encore aider à l'influence que l'excès d'usage des yeux exerce sur la production de l'impuissance qui constitue le symptôme caractéristique de la maladie ; entre toutes, il faut placer le travail à la lumière artificielle et surtout au gaz.

James Hunter avait déjà reconnu l'existence de ce fait et il attribue les effets nuisibles de la lumière artificielle aux quatre causes suivantes : 1° composition défectueuse de la couleur des rayons de la lumière artificielle ; 2° propriété qu'ont ces rayons de produire plus de chaleur que de lumière ; 3° formation et dégagement, pendant la combustion, d'acide carbonique qui, étant absorbé par les poumons, occasionne de la céphalalgie et agit d'une façon nuisible tout à la fois sur les yeux, sur le cerveau et les nerfs, en général ; 4° l'instabilité et la position, ainsi que la direction désavantageuse que l'on donne généralement à la lumière artificielle employée.

Ces considérants de Hunter restent expressément vrais pour le travail au gaz, dont la lumière, tremblotante et très échauffante, procure à l'ouvrier et aussi à l'écolier le maximum des conditions favorables au développement de l'asthénopie. Notons en passant que la lumière électrique, dont la couleur est blanche comme celle du jour, qui peut être placée suffisamment loin pour n'être pas échauffante et qui ne produit pas d'acide carbonique en quantité appréciable, écarte, au contraire, un certain nombre des causes d'asthénopie qui relèvent de l'emploi de la lumière artificielle. Dans la prophylaxie de l'asthénopie, on ne devra pas oublier ce point capital d'hygiène professionnelle et scolaire.

Nous n'avons pas abordé jusqu'ici le point principal de notre étude, la différenciation des troubles asthénopiques, en tableaux cliniques différents suivant leurs diverses origines.

Cette distinction est essentielle à établir, car, pour chaque variété d'asthénopie, il existe une pathogénie particulière comme aussi un traitement tout spécial. Le traitement général de l'état d'anémie, du nervosisme, etc., ne préjuge en

rien du traitement tout particulier propre à chaque asthénopie et qui, à lui seul, contient la presque totalité des éléments du succès.

DU MODE D'ACTION DE L'ÉLECTROLYSE LINÉAIRE

PAR LES COURANTS FAIBLES, ET DE SA TEMPÉRATURE, DANS LA DESTRUCTION DES TISSUS ORGANIQUES (1).

Par M. J.-A. FORT, ancien professeur d'anatomie.

Le courant continu, produit par les appareils électriques et traversant les tissus organiques, provoque, dans les points en contact avec les électrodes, des altérations dont l'intensité varie avec celle du courant.

Il est remarquable que ces altérations se montrent aussi bien sur les tissus du cadavre que sur ceux de l'homme vivant.

Dans la décomposition des tissus organiques par l'électrolyse, comme cela se passe dans l'opération des rétrécissements de l'urèthre, les acides se rendent au pôle positif, et les bases, existant dans les tissus à l'état de sels, se rendent au pôle négatif, ainsi qu'on peut le constater au moyen du papier de tournesol.

Nous avons voulu nous rendre compte de la température à laquelle s'élève le pôle négatif de la pile pendant l'électrolyse, étant persuadé que l'opération, telle que nous la pratiquons pour la guérison des rétrécissements, n'est ni une brûlure, ni une cautérisation, comparables à celle du thermocautère ou du galvanocautère.

Il se produit une destruction des tissus par action chimique, et on peut dire, vu la très petite élévation de température, que l'électrolyse a lieu à froid, comme on peut s'en rendre compte en plaçant le doigt sur l'électrode négatif de la pile.

Dans l'opération d'un rétrécissement, l'action chimique n'est pas bornée au transport des alcalis vers le pôle négatif; on remarque aussi, pendant l'opération, des bulles de gaz, dues à la production d'hydrogène, qui éclatent au méat urinaire.

Nous avions fait depuis longtemps ces remarques, basées aujourd'hui sur plus de 550 opérations d'électrolyse linéaire, mais nous avons voulu les consacrer par l'expérimentation.

M. d'Arsonval a bien voulu nous prêter son concours, celui de ses *sondes thermo-électriques* et de son *galvanomètre apériodique*, au moyen desquels on peut constater les variations de température les plus faibles.

Nous avons été aidé également, avec la plus grande complaisance, par M. Bouasse, préparateur du laboratoire de physique du Collège de France, qui a expérimenté avec nous au moyen d'une pile thermo-électrique.

Nous étant placés dans des conditions identiques à celles de l'opération, nous avons fait deux sortes d'expériences : sur la chair de cadavre et sur l'animal vivant.

Expériences sur la chair de cadavre. — Plaçant le pôle négatif représenté par la lame de platine de notre électrolyseur, le plus près possible des fils métalliques de la pile thermo-électrique, mais sans contact, nous avons constaté :

1° Avec 12 éléments de la pile de Gaiffe, fournissant 22 milliampères, une élévation de température de : 0°55 pendant la première minute, de 0°74 pendant la deuxième minute et de 1°40 pendant la troisième minute;

2° Avec 24 éléments, donnant 36 milliampères, une élévation de température de : 3°40 pendant la première minute, de 4°20 pendant la deuxième minute et de 4°60 pendant la troisième minute;

3° Avec 36 éléments, donnant 56 milliampères, nous avons obtenu : 5°4 pendant la première minute, 5°4 pendant la deuxième minute et 5°6 pendant la troisième minute.

Expériences sur l'animal vivant. — Nous avons répété ces trois expériences de la même manière, en opérant sur le rectum d'un lapin. Nous avons remarqué que la température ne s'élève que d'une quantité infinitésimale, car, dans toutes ces expériences, la température rectale ne s'est élevée que de la 500e partie.

Il est probable, ainsi que nous le faisait observer M. d'Arsonval, que la chaleur produite est enlevée par la circulation des capillaires au fur et à mesure de sa production.

On voit donc, d'après ces expériences, que l'opération de l'électrolyse linéaire consiste dans la formation, par action chimique, d'un sillon dans la substance du rétrécissement, sillon analogue à une incision non sanglante, sans élévation de température.

Des nombreuses opérations pratiquées par nous sur les rétrécissements de l'œsophage, de l'urèthre, du rectum et de l'utérus, et des expériences que nous avons rapportées, nous sommes autorisé à tirer les conclusions suivantes :

1° L'électrolyse linéaire est une destruction lente et moléculaire du tissu pathologique, en forme de sillon, s'accompagnant d'un dégagement d'hydrogène et du transport des alcalis du tissu électrolysé au pôle négatif;

2° L'électrolyse linéaire, inoffensive, presque indolore, se produit absolument à froid.

(1) Note présentée à l'Académie des sciences, par M. Bouchard, dans la séance du 22 juillet 1889.

NOTE SUR L'OPÉRATION DE L'HYDROCÈLE

Par M. le docteur CRÉQUY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le procédé qui, dans l'opération de l'hydrocèle, consiste à injecter une solution de cocaïne préalablement à l'injection iodée, est généralement employé aujourd'hui. Il atteint son but en insensibilisant la tunique vaginale au moment où la teinture d'iode pénètre dans la cavité séreuse. Mais cette anesthésie est d'assez courte durée et la douleur ne tarde pas à se réveiller.

Pour éviter cet inconvénient, pénible pour le malade, je procède de la manière suivante : environ quinze minutes avant la ponction, une injection de 2 à 3 centigrammes de chlorhydrate de morphine est pratiquée sur un point quelconque de la surface tégumentaire, le plus ordinairement sur la cuisse. La ponction de l'hydrocèle est alors faite à l'aide d'un trocart très fin et le liquide aspiré avec une seringue à hydrocèle ou mieux avec une seringue en verre d'une contenance d'environ 100 grammes permettant de voir la manière dont se fait l'aspiration. Cette seringue est réunie au trocart par un petit tube de caoutchouc. Lorsque tout le liquide est sorti, la seringue en verre est remplacée par une seringue uréthrale ordinaire contenant 4 ou 5 grammes d'une solution de cocaïne au 500e qui, poussée dans la tunique vaginale, en est retirée après y avoir séjourné cinq ou six minutes, c'est alors que la teinture d'iode est injectée avec la même seringue, mais en quantité

beaucoup plus faible qu'on le fait généralement : 5 à 10 grammes suffisent amplement. On sait avec quelle facilité la teinture d'iode s'étale sur la peau et encore mieux sur les muqueuses ou les séreuses. La cure se fait aussi bien qu'avec les 100 ou 150 grammes, que beaucoup de chirurgiens se croient obligés d'injecter. Si, par mégarde, le trocart s'égare entre les tuniques scrotales, on n'aura pas à redouter les accidents graves qui pourraient résulter d'une grande quantité d'iode projeté dans le tissu cellulaire. L'opération de l'hydrocèle, faite de cette manière, est à peu près indolore. La piqûre par un petit trocart de 1 millimètre et demi est incontestablement moins douloureuse que celle du trocart ordinaire (qui a 3 millimètres et demi), et guérit plus facilement, sans qu'il soit même nécessaire de la recouvrir d'un morceau de diachylon.

La durée de l'insensibilité produite par l'injection de morphine est environ de quatre à six heures. C'est le temps que dure ordinairement la douleur produite par l'injection iodée, douleur dont les irradiations dans l'abdomen et la poitrine sont parfois si pénibles. Quant à la guérison, je le répète, elle m'a paru assurée aussi bien par ce procédé que par le procédé ordinaire. L'exiguïté de l'appareil instrumental a l'avantage de ne pas effrayer le malade.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juillet 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Comptes rendus des vaccinations pratiquées en 1888, dans l'Aveyron et la Drôme ;

2° Une lettre de M. Lucas-Championnière, se portant candidat dans la section de médecine opératoire ;

3° Un pli cacheté du docteur Vidal (de Nissau) ;

4° Un mémoire sur les leucorrhées normales et pathologiques, par M. le docteur Dezautières (de la Machine) ;

5° Une épidémie de variole aux aciéries du Mont-Saint-Martin.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à une double élection de membres correspondants nationaux.

Pour la première place, le nombre des votants étant 58, la majorité 30 :

M. Bouchacourt obtient 37 voix ; M. Gayet, 9 voix ; M. Pamard, 6 voix ; M. Dezanneau, 3 voix ; M. Duplouy, 3 voix ; M. Lanelongue, 1 voix.

M. Bouchacourt, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

Pour la deuxième place, le nombre des votants étant 67 et la majorité 34 :

M. Gayet obtient 33 voix ; M. Lanelongue, 19 voix ; M. Pamard, 6 voix ; M. Dezanneau, 4 voix ; M. Duplouy, 2 voix. Il y a trois bulletins blancs.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un second tour de scrutin.

M. Gayet obtient 36 voix ; M. Lanelongue, 20 voix ; M. Dezanneau, 1 voix ; M. Pamard, 1 voix. Il y a eu 1 bulletin blanc.

M. Gayet, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu

LECTURE

Localisation de l'arsenic dans les os. — M. MARTY lit, au nom de M. Balland, une note sur un travail publié par M. Roussin en 1863, simultanément dans le « Journal de pharmacie » et dans les « Mémoires de médecine et pharmacie militaires ».

« Le squelette osseux des animaux, disait M. Roussin, est, en majeure partie, formé de phosphate calcaire. Tous les chimistes savent que les arséniates sont isomorphes avec les phosphates de même base et de même composition. Il était intéressant de rechercher si l'assimilation de l'arséniate calcaire pourrait avoir lieu et si ce dernier composé se fixerait dans le squelette osseux. »

Suivent un grand nombre d'expériences sur des lapins et leurs petits. « Le lait de la mère contient de l'arsenic et la proportion de l'arsenic va en augmentant progressivement dans les os des petits lapins, sans qu'il soit possible de constater des différences appréciables entre les divers os du squelette. Pendant ce temps les muscles n'en fournissent toujours que des traces extrêmement faibles. L'urine, au contraire, en renferme de notables proportions et c'est à l'état d'arséniate ammoniaco-magnésien que se produit l'élimination du composé arsénical contenu dans l'organisme.

Cette élimination est très lente : les os d'un lapin privé de toute alimentation arsénicale depuis cinq mois retiennent encore de faibles traces d'arsenic, alors qu'il y a absence totale du même élément dans le tissu musculaire.

Ainsi donc, l'élimination progressive du composé arsénical contenu dans le squelette osseux est un fait hors de doute et subordonné seulement à la longueur du temps. L'arséniate calcaire s'accumule lentement et s'élimine de même. »

M. BROUARDEL ne connaissait pas ce travail ; M. Roussin n'y fait pas allusion dans le livre des empoisonnements de Tardieu dont il a été le collaborateur. Mais la lecture de la note de M. Balland est précieuse puisqu'elle vient confirmer la proposition formulée par M. Brouardel, à savoir que, contrairement à la croyance générale, lorsqu'un individu a été empoisonné par l'arsenic, on peut reconnaître encore le poison cinq à six semaines après la mort, si on a soin de faire les recherches dans les os.

M. GAUTIER reconnaît l'importance de la constatation de l'arsenic dans les os, au point de vue toxicologique, mais, au point de vue clinique, il importe de savoir si l'arséniate (tribasique) a remplacé le phosphate (tribasique) des os : et cette question ne sera résolue que le jour où l'on aura retiré de l'os de l'arséniate tribasique.

RAPPORTS

Écrits inédits des anciens médecins grecs. — M. LABOULBÈNE lit un rapport sur le mémoire de M. Costomiris, professeur agrégé à Athènes, « Sur les écrits encore inédits des anciens médecins grecs et sur ceux dont le texte original est perdu, existant en latin et en arabe ». (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 637.)

Le rapporteur exprime le vœu de voir publier au plus tôt les textes des anciens médecins grecs, encore inédits.

Traitement de l'endométrite chronique. — M. POLAILLON lit un rapport sur le travail de M. Dumontpallier « Sur le traitement de l'endométrite chronique par le chlorure de zinc ».

Le rapporteur adopte complètement la conclusion de M. Dumontpallier.

« Le traitement local de l'endométrite chronique, au moyen d'une flèche de chlorure de zinc laissée à demeure dans la cavité utérine, offre de réels avantages par la simplicité de son application, par son innocuité et par la rapidité de la guérison. »

PRÉSENTATIONS

Grossesse extra-utérine. — M. TARNIER présente une femme dont la grossesse extra-utérine remonte à 1856, c'est-à-dire date de trente-trois ans.

La grossesse arriva à terme ; on entendait les battements du fœtus. L'accoucheur diagnostiqua une grossesse utérine, demanda l'avis de Paul Dubois sur l'intervention. Paul Dubois fut d'avis de ne pas intervenir. Au bout de quelques jours, les mouvements du fœtus cessèrent, les douleurs disparurent subitement et la malade se leva peu après.

En 1859, on consulta Nélaton ; celui-ci constata l'état de la malade, mais refusa de l'opérer.

Il y a quelque temps, M. Tarnier revit cette femme, et put constater une tumeur sous-ombilicale constituée sûrement par le fœtus ; tumeur divisée en deux parties correspondant à la tête et au tronc du fœtus.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la division de médecine.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Le panorama de Rio-de-Janeiro.

Cette grande œuvre d'art, placée en dehors de l'enceinte de l'Exposition, avenue de Suffren, 80, n'a pas été, jusqu'à présent, assez remarquée. Les maîtres éminents, comme M. Meirelles de Lima, professeur à l'École des Beaux-Arts de Rio, plusieurs fois récompensé aux Expositions parisiennes, dédaignent parfois un peu trop la nécessité moderne de la réclame. Nous serions heureux si nous pouvions attirer l'attention du public sur l'une des pages les plus instructives et les plus attrayantes qui soient en ce moment à Paris.

Vous êtes sur une colline couverte de végétations tropicales. Derrière vous les montagnes de la Tijouca élèvent leurs cimes escarpées dans le bleu du ciel. A vos pieds et tout autour de vous, dans la plaine et sur les pentes doucement inclinées, s'étend une ville immense, avec des dômes, des clochers, des palais, de larges boulevards plantés d'arbres exotiques, tout le luxe et tout le mouvement d'une grande capitale moderne. Les monuments qui se pressent sous vos yeux sont l'expression d'une civilisation puissante ; vie religieuse, politique, scientifique, commerciale, on y retrouve côte à côte toutes les formes de l'activité humaine.

Voici, sur la place de la Constitution, la statue équestre de Dom Pedro Ier, fondateur de l'Empire ; voici l'École polytechnique, la Bibliothèque nationale, le Muséum d'histoire naturelle, le Grand-Théâtre, l'Académie des Beaux-Arts ; plus loin vous apercevez l'Hôtel des Postes, la nouvelle Bourse de commerce, la gare centrale des Chemins de fer. Les tramways circulent comme dans Paris, se croisant avec de brillants équipages. Mais un trait particulier à cette ville heureuse, c'est que presque toutes les habitations, même dans les quartiers les plus peuplés, sont égayées par des jardins. L'espace ne paraît rien coûter dans ces contrées nouvelles, aucune enceinte ne gêne l'expansion incessante de la population, les faubourgs s'allongent à perte de vue à travers les campagnes verdoyantes, et jusque sur les flancs abruptes des mornes environnants.

Il y a pourtant un côté où les limites de la ville sont marquées par une ligne nettement dessinée, et c'est de ce côté que le regard est sans cesse attiré par le plus magnifique spectacle. La capitale du Brésil est baignée par une mer tranquille et lumineuse qui, pénétrant au milieu d'un cirque montagneux, forme une baie sans pareille de trente-cinq lieues de tour ! Les hautes chaînes qui l'entourent forment un sûr rempart contre les vents. La passe, relativement étroite, est gardée par plusieurs forteresses ; plusieurs phares éclairent la rade. Nulle part le navigateur, après avoir traversé l'Océan, ne peut éprouver une telle impression de sécurité.

Je ne finirais pas si je voulais décrire les quais de débarquement, les bassins de radoubs, les docks, les arsenaux, les bâtiments de la douane, les légers steamers, pareils à nos hirondelles parisiennes, qui vont et viennent sans cesse de Rio à toutes les petites villes de plaisance qui lui font face. Le pinceau consciencieux de M. Meirelles et celui de son dévoué collaborateur, M. Langerock, n'ont négligé aucun détail ; et ils ont su donner à tous le plus vivant intérêt. Rien n'est confus ; les divers plans sont savamment espacés, les lumières habilement distribuées ; les couleurs chaudes et brillantes restent toujours harmonieuses ; l'effet du soleil couchant, sur ce paysage unique au monde, est merveilleusement rendu.

Les curieux qui aiment à s'instruire par les voyages trouveront avenue de Suffren la représentation la plus fidèle ; les artistes qui cherchent de nobles émotions, emporteront une impression d'éblouissement.

R.-C.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

323. M. ROUGIER. Contribution à l'étude de l'hystéro-traumatisme. — 324. M. ARDOUIN. Déchirures vagino-périnéales. — 325. M. GUILLOT. Des paralysies faciales d'origine pétreuse. — 326. M. DUDLEY-TAIT. Étude sur la lanoline. — 327. M. ARCHAGOUNI. Forme perforante de l'ulcère simple de l'estomac. — 328. M. VOYER. Recherches sur les tumeurs des glandules salivaires de la muqueuse buccale. — 329. M. LEBOUC. Étude clinique et anatomique sur quelques cas de tumeurs sous-unguéales. — 330. M. MORAU. Des transformations épithéliales physiologiques et pathologiques. — 331. M. HODEAU. Accidents à distance qui se produisent au cours de certaines affections du gros intestin. — 332. M. SIROT. Contribution à l'étude de l'urémie digestive. — 333. M. POGNON. Contribution à l'étude des formes cliniques de la maladie ourlienne. — 334. M. DECOURTEIX. Fièvre typhoïde sudorale. — 335. M. JARNOUEN DE VILLARTAY. Garengeot, sa vie, son œuvre, avec notes historiques. — 336. M. FREULON. L'arrondissement de Château-Gontier, sa topographie médicale, son hygiène, ses épidémies. — 337. M. HIRSCHBERG. Massage de l'abdomen. — 338. M. DUBUS. Emploi de l'électro-aimant dans la chirurgie oculaire. — 339. M. BANVILLET. Du décollement rétinien. — 340. M. DEVILLERS. Quelques variétés rares d'entorses. — 341. M. CHAFFARD. Contribution à l'étude des voies lacrymales. — 342. M. PHILIPPE. Des troubles viscéraux consécutifs à l'affaiblissement du plancher pelvien chez la femme. — 343. M. FALLEN. Influence heureuse de la grossesse chez quelques malades. — 344. M. BARNETCHE. Considérations cliniques et thérapeutiques sur l'imperforation de l'hymen. — 345. M. PETIT. Des blessures par armes à feu du larynx et de la portion cervicale de la trachée. — 346. M. KHOLODENKO. Néphrorrhaphie. — 347. M. MAURANGE. Intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse. — 348. M. ROLLIN. Hémorrhagie de l'ovaire. — 349. M. D'AURELLE DE PALADINES. De l'anesthésie hystérique. Contribution à l'étude des associations morbides en pathologie nerveuse. — 350. M. MENEAULT. Pseudo-rachitis syphilitique. — 351. M. DULOUT. Étude sur les affections furonculeuses et leur traitement. — 352. Mlle MARGOULIEFF. De la variole contractée par le fœtus dans la cavité utérine. — 353. Mme DEJERINE-KLUMPKE. Contribution à l'étude des polynévrites en général, et des paralysies et atrophies saturnines en particulier. — 354. M. GORAIEB. Contribution à l'étude de la pathogénie des maladies et valeur du froid comme élément pathogène. — 355. M. MEUGY. Du diagnostic de l'endocardite aiguë simple. Valeur des modifications des bruits normaux. — 256. M. FEUARDENT. De l'épithélioma des glandes sébacées. — 357. M. MENNE. Contribution à l'étude du prolapsus du rectum. — 358. Mlle FINKELSTEIN. L'influence du curage de l'utérus sur les complications des endométrites. — 359. M. MARTIN. Extirpation de l'astragale dans le pied bot. — 360. M. HUET. De la chorée chronique. — 361. M. VIALANEIX. Étude sur la fièvre syphilitique prodromique de la période secondaire. — 362. M. SPILLMANN. De l'emploi de la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par la teinture d'iode. — 363. M. CADET. Essai historique sur la suette miliaire (1718-1887). — 364. M. DABAN. De la nature de la synovite à grains riziformes. — 365. M. BOUCHET. Études sur la cocaïne. — 366. M. HUE. Des signes physiques de la pleurésie et de leur valeur sémiologique. — 367. M. GRAND. Contribution à l'étude du mérycisme. — 368. M. PARELLE. Pseudo-paralysie géné-

rale saturnine. — 369. M. Dunac. Contribution à l'étude de la maladie de Bright. De la cryesthésie brightique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie de médecine, dans son comité secret du 23 juillet, a classé de la manière suivante les candidats au titre de correspondant étranger dans la division de médecine.

En première ligne : M. Rommelaere (de Bruxelles); en deuxième ligne, M. Sydney Ringer (de Londres); en troisième ligne, M. van den Corput (de Bruxelles); en quatrième ligne, M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro).

— Par décret, en date du 13 juillet 1889, les récompenses honorifiques suivantes ont été accordées aux médecins dont les noms suivent :

Rappel de médaille d'argent. — M. le docteur Laguesse (de Dijon).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Arnaud de Fabre (d'Avignon), Barrau (de Réalmont), Cespré (d'Angers), Guinaud (de Saint-Brieuc), Hugot (de Laon), Laforest (de Brantôme), Legros (de Rochefort) et Thomas (de Billom).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Ancessi (de Sainte-Affrique); Bourillon (de Mende); Brullé (de Hesdin), Ch. Doublet (de Rochefort), Gallet-Laguoguey et Guilain (de Paris), Hinglais (de Constantine), Hobon (d'Alençon), Leviez (d'Arras), Lyon (de Paris), Penard (de Versailles), Pommerol (de Clermont), Ricoux (de Philippeville), et Tronche (de Lesparré).

Mention honorable. — M. le docteur G. Lefebvre (de Paris).

— MM. Boissard, Lepage, Potocki et Tissier sont déclarés admissibles au concours du clinicat obstétrical.

— M. le docteur Ligier (de Poligny) est nommé chevalier du Mérite agricole.

— Le Congrès de chirurgie se tiendra à Paris, du 14 au 20 octobre 1889, sous la présidence de M. le baron Larrey, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour :

I. Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales. — II. Traitement chirurgical de la péritonite. — III. Traitement des anévrysmes des membres.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Un concours pour douze places d'internes s'ouvrira le 21 octobre, à l'Hôtel-Dieu.

Le concours d'externat s'ouvrira, à l'Hôtel-Dieu, le 4 novembre 1889.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — A la majorité absolue, la Faculté présente M. le docteur Clément pour la chaire de clinique des maladies des enfants.

L'année médicale (11e année) 1888. Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales, publié sous la direction du docteur Bourneville. 1 vol. in-12. — Prix : 4 francs. Prix des t. I à X : 16 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Quelques observations cliniques, par le docteur Radziszewski. In-8° avec 3 planches. — Prix : 2 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 85. — SAMEDI 27 JUILLET 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 27 JUILLET 1889. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le coma diabétique.

Par M. Gaston LYON, interne des hôpitaux de Paris.

I

Le coma diabétique a été l'objet, dans ces dernières années, de nombreux travaux, principalement en Allemagne; ces travaux ont trait à sa pathogénie qui paraissait définitivement établie depuis les travaux de Kussmaul.

La doctrine de l'acétonémie est actuellement battue en brèche et d'autres théories lui sont opposées, dont l'une a fait naître un nouveau traitement du coma diabétique, que la pratique n'a pas encore ratifié.

Disons de suite, qu'à l'heure actuelle, aucune de ces théories ne peut être adoptée sans restriction; l'attention a été appelée sur des faits nouveaux et nous connaissons mieux les transformations d'ordre chimique qui s'effectuent dans l'économie du diabétique, mais nous ignorons l'enchaînement de ces transformations et leur cause première nous échappe.

II

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE.

Le coma survient assez fréquemment dans la jeunesse, ainsi que M. Leroux (1) en a donné des exemples; Buhl (2) cite un cas chez un jeune homme de seize ans; d'après Dreschfeld, 70 p. 100 des cas s'observent chez des malades de vingt à quarante ans (3).

Quant à la fréquence du coma chez les diabétiques, elle serait très grande d'après Frerichs (4), puisque cet auteur, sur 250 cas, en a trouvé 153 où le coma a été la cause de la mort.

Le coma survient, en général, chez les diabétiques avancés, amaigris, cachectiques, mais il y a de nombreuses exceptions; ainsi sur 32 observations de M. Cyr (1), 9 fois le diabète n'était reconnu que depuis un an; 2 fois il était complètement ignoré et le coma fut le symptôme initial de la maladie. D'une façon générale, la diminution de la polyurie, sans diminution parallèle dans la production du sucre, est un phénomène grave; on doit alors redouter l'apparition du coma à brève échéance; le sucre, en effet, s'accumule dans le sang, et cette accumulation n'est certainement pas sans dangers, si l'on tient compte des expériences de Cahn (2). Cet auteur a injecté dans l'estomac de lapins des doses de 40 grammes de sucre et déterminé ainsi la mort avec des convulsions; il a retrouvé dans les urines de grandes quantités de sucre. Chez deux malades de M. Cyr, le chiffre du sucre ne pouvait descendre dans les urines au-dessous de 20 grammes, sans qu'immédiatement un malaise se produisît.

Les causes occasionnelles du coma sont aujourd'hui bien connues; on sait qu'il survient de préférence chez les diabétiques qui se sont livrés à des travaux pénibles, à des marches exagérées, qui ont eu de grandes fatigues à supporter ou des émotions vives.

D'ailleurs, toute cause déprimante, quelle qu'elle soit, peut agir de la même façon : on a vu le coma éclater à l'occasion d'une diarrhée abondante, d'une colique hépatique, de l'opération de la cataracte, d'une hernie étranglée (3), etc.

D'autre part, on a incriminé le traitement. Pavy disait que le diabète grave non traité se termine par la tuberculose, et que le diabète traité aboutit à l'acétonémie; cette opinion est certainement trop absolue, mais elle contient une part de vérité; l'expérience a démontré les dangers qu'il y a à faire disparaître complètement et trop brusquement le sucre de l'urine des diabétiques; nombre d'auteurs, notamment Jœnicke (4), Rosenfeld, condamnent le régime carné exclusif. Enfin, d'après plusieurs faits de Taylor (5) et de Hilton Fagge (6), il semblerait que l'emploi des opiacés puisse aider au développement des accidents toxiques.

On peut rapporter à deux groupes les différentes théories émises relativement à la pathogénie du coma diabétique; dans le premier groupe, nous placerons celles qui subor-

(1) LEROUX. *Le diabète sucré chez les enfants*, Thèse de Paris, 1881.
(2) BUHL. *Zeitschrift f. Biologie*, 1881.
(3) DRESCHFELD. *Bradshawe Lecture.* — Voir *Semaine médicale*, 1886, p. 365.
(4) FRERICHS. *Traité du diabète*, 1885.

(1) CYR. *Archives générales de médecine*, 1877.
(2) CAHN. *Beitrag zur Erklærung des Coma diabeticum*, Bonn 1885.
(3) *British Med. Journ.*, 1888.
(4) JŒNICKE. *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1882.
(5, 6) TAYLOR, H. FAGGE. *Guy's Hosp. Rep.*, 1882.

donnent à une lésion matérielle, cette complication ultime du diabète; le second groupe comprendra les théories qui font de la mort brusque ou rapide le résultat d'une intoxication par l'un des produits de fermentation anomale du glucose.

Premier groupe. — Il n'existe pas d'altération définie, constante des tissus ou des liquides chez le diabétique mort de coma. Des diverses lésions rencontrées à l'autopsie, les unes n'ont aucune importance et ne sont que l'effet du coma, les autres sont inconstantes et, par suite, ne peuvent être incriminées. Tout démontre, d'ailleurs, que le coma diabétique est le fait d'une intoxication, quel que soit l'agent de l'empoisonnement; aussi nous bornerons-nous à une rapide énumération des diverses lésions que l'on peut trouver et des conclusions que l'on a voulu tirer de ces rencontres d'autopsies.

On a signalé des lésions :

A. Du système nerveux;
B. Des reins;
C. Du cœur et du sang.

A. *Lésions du système nerveux.* — On a souvent trouvé de l'anémie, de la congestion, de l'œdème du cerveau; ce sont des effets de la cause première du coma, mais ils ne sauraient l'expliquer; la sclérose cérébrale a même été signalée dans un très petit nombre de cas.

Dans certains cas, l'autopsie a révélé soit une hémorrhagie cérébrale, soit un ramollissement. Il est de fait, qu'un assez grand nombre de diabétiques succombent, après avoir présenté du délire, des convulsions, de la somnolence, du coma, par suite de lésions cérébrales graves ; telles qu'hémorrhagie, thrombose, méningite; mais ces cas n'ont rien à voir avec le coma diabétique; cliniquement, il est facile de les différencier.

Abeles (1) a signalé, chez trois diabétiques morts dans le coma, l'accumulation de glycose dans la substance cérébrale; on pourrait se demander si l'accumulation de sucre dans les centres nerveux ne joue pas un rôle dans la production du coma; mais Abeles ne soulève même pas cette question.

B. *Lésions rénales.* — Des lésions rénales ont été rencontrées fréquemment chez les diabétiques. Griesinger, sur 64 cas, les a constatées 32 fois; sur 27 autopsies, Dickinson n'a trouvé que 2 fois les reins normaux. MM. de Gennes (2), Collin ont également trouvé des lésions rénales; M. Taylor, dans deux cas où l'examen histologique a été pratiqué, a constaté une dégénérescence graisseuse notable de l'épithélium.

Les lésions sont de deux ordres : ou bien il s'agit des lésions du mal de Bright surajouté au diabète, ou bien de lésions spéciales à celui-ci. Ces lésions spéciales ont été particulièrement étudiées par Ebstein (3), en Allemagne, et M. le professeur Straus (4), en France, en a confirmé l'existence; M. Straus les désigne sous les noms de lésions d'Ebstein et lésions d'Armanni-Ehrlich.

« La lésion d'Ebstein, observée également et décrite par M. Straus, ne se voit que dans un certain nombre d'autopsies de diabétiques; elle est caractérisée par une nécrose de l'épithélium des tubes contournés et même parfois des tubes droits des rayons médullaires (Straus), qui se rapproche beaucoup de la nécrose de coagulation de Weigert. Cette lésion n'affecte pas, d'ailleurs, tous les tubes. Dans les tubes malades, le protoplasma des cellules épithéliales est transformé en une masse irrégulièrement granuleuse, dont le noyau a disparu ou ne se colore plus par les réactifs appropriés.

L'autre lésion est plus complexe; elle a été décrite sous des noms différents par Armanni, qui l'a observée le premier, par Ebstein, par Ferrano et, d'autre part, par Ehrlich. M. Straus a montré que la lésion d'Armanni et celle d'Ehrlich étaient identiques, bien que se présentant sous un aspect différent. L'altération épithéliale décrite par Armanni est une dégénérescence hyaline. La lésion d'Armanni consiste dans la transformation des cellules en grosses vésicules claires, transparentes, à protoplasma homogène, dont les parois sont épaisses et bien distinctes, et dont le noyau se colore vivement et facilement par les réactifs. Or, cette lésion n'est pas différente de l'infiltration glycogénique de l'épithélium décrite par Ehrlich; mais elle se présente histologiquement sous deux aspects suivant les réactifs employés : « Par les réactifs ordinaires elle apparaît comme une métamorphose hyaline ou vitreuse (Armanni); par l'emploi de la gomme iodée les mêmes cellules se montrent infiltrées de glycogène. C'est l'altération découverte par Ehrlich » [Gaucher (1)]. La lésion d'Armanni-Ehrlich porte exclusivement sur la zone limitante où elle frappe les tubes droits tant larges que grêles de Henle et peut-être aussi quelques tubes collecteurs. Frerichs, sur quatre cas autopsiés de diabétiques morts dans le coma, n'a trouvé qu'une fois la lésion d'Ebstein, mais il admet que l'infiltration glycogénique est constante dans le diabète et se rencontre tout aussi bien dans les cas où la mort est survenue par phthisie pulmonaire, sans aucune espèce de troubles nerveux; c'est pour lui une lésion caractéristique du diabète, mais qui n'a rien à voir avec la production du coma.

A ces recherches, nous devons opposer les expériences d'Albertoni et Pisenti (2) qui ont déterminé l'albuminurie et des altérations de l'épithélium rénal, allant depuis l'état granuleux jusqu'à la nécrose, sur des lapins et des chiens soumis à l'ingestion de doses répétées d'acétone ; ils ont donné à ces lésions le nom de « nephritis acetonica ».

On conçoit que quelques médecins aient été tentés, comme Griesinger, Busch, Wunderlich, d'assimiler le coma diabétique à l'urémie, lorsqu'ils constataient des symptômes tels que l'anurie, les vomissements, la diarrhée et le coma chez des diabétiques présentant de l'albumine dans les urines et lorsqu'à l'autopsie leur opinion recevait une confirmation apparente de la présence de lésions rénales. Mais il importe de s'entendre à ce sujet : il est hors de doute que le diabète se complique assez fréquemment du mal de Bright, et que le diabétique n'est pas à l'abri de l'urémie; mais, dans ces cas, il est possible de reconnaître l'encéphalopathie urémique et de la distinguer de l'intoxication diabétique ; l'urémie s'accompagne de convulsions qui ne se présentent pas dans le coma diabétique (sauf peut-être chez les enfants) ; celui-ci se décèle par une odeur caractéristique de l'haleine et de l'urine, que l'on ne retrouve pas

(1) Abeles. *Centralblatt f. Med. Wissensch.*, 1885.
(2) De Gennes. *De l'acétonémie*, Thèse de Paris, 1884.
(3) Ebstein. *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1881.
(4) Straus. *Archives de physiologie*, 1885.

(1) Gaucher. Thèse d'agrégation, 1886.
(2) Pisenti. *Centralblatt f. Med. Wissensch.*, 1885.

chez les urémiques. Ces cas mis hors de cause, il est impossible de rattacher tous les autres à l'insuffisance rénale, d'autant plus que l'oligurie ne va pas toujours de pair avec le coma diabétique ; souvent la sécrétion urinaire reste normale et l'albuminurie fait défaut. On a donc eu tort d'identifier l'urémie et l'intoxication diabétique ; mais il est très vraisemblable que les lésions rénales spéciales au diabète, déterminées par le passage du sucre ou de ses produits de fermentation, ne sont pas sans influence sur la production du coma : tant que le filtre rénal est intact, les produits toxiques formés dans l'organisme peuvent s'éliminer et ne donnent lieu à aucun accident ; si le rein est altéré, ces produits s'accumulent et l'empoisonnement aigu survient ; seulement, comme le fait observer à juste titre M. Lecorché (1), la lésion des reins est primée par l'existence d'un composé toxique, cause réelle des accidents.

A côté des lésions rénales, il convient de citer les lésions intestinales. D'après Buhl (2), on trouverait, dans l'estomac et l'intestin des diabétiques morts de coma, des lésions analogues à celles du choléra, lésions que l'on pourrait déterminer chez les animaux soumis à des inhalations d'acétone ; la même altération aurait été constatée par Betz (3).

C. *Lésions du cœur et du sang.* — La dégénérescence granulo-graisseuse du cœur a été constatée dans quelques cas ; elle répond à cette forme de coma que Frerichs et M. Lecorché désignent sous le nom de collapsus diabétique, et qui paraît devoir être séparée du coma proprement dit ou coma par intoxication (4).

On a beaucoup discuté sur les altérations du sang chez le diabétique comateux. Balthazar Föster (5) prétendait que les globules du sang sont déformés, crénelés ; ces altérations n'ont jamais été constatées par Frerichs sur le sang examiné pendant la vie, non plus que l'état lipémique du sang signalé par Sanders et Hamilton (6) ; on y a vainement cherché des microbes ; M. Talamon a cultivé dans le bouillon stérilisé et neutralisé, puis dans du jus d'orange parfaitement stérilisé, une goutte de sang prise au doigt d'un malade et ces liquides sont restés parfaitement limpides après huit jours d'étuve.

Examiné au spectroscope, le sang ne présente rien d'anomal ; les raies d'hématine et d'hématoïdine sont parfaitement conservées. En revanche, après la mort, le sang présente des altérations incontestables ; Sanders et Hamilton ont observé que le sang, après la mort, se séparait par le repos en deux couches, l'une inférieure, rouge, formée par les globules sanguins, l'autre supérieure, d'un blanc laiteux, composée d'une véritable émulsion de globules graisseux. Les capillaires du poumon seraient, dans quelques cas, remplis de gouttelettes graisseuses mises en évidence par l'acide osmique ; on en trouverait aussi, mais en moindre abondance, dans les reins et les autres organes. Voit et Hertz ont constaté cet état lipémique du sang dans deux cas de coma diabétique ; Fraser et Logan ont également trouvé l'état laiteux du sang chez un diabétique de trente-cinq ans, mort de coma ; les petites artères et les capillaires étaient remplis par des gouttelettes et des granulations graisseuses, notamment les capillaires du poumon ; beaucoup de petits vaisseaux contenaient des thrombus blancs.

Starr prétend même avoir reconnu sur le vivant, à l'aide de l'ophthalmoscope, des embolies graisseuses des vaisseaux rétiniens ; par contre, Frerichs nie formellement avoir jamais pu vérifier, dans une autopsie, l'existence d'embolies graisseuses des capillaires. « La présence de matières grasses en excès dans le sang étant un fait commun chez le diabétique, n'est-il pas vraisemblable, dit M. Lecorché, que c'est la transformation acide du liquide sanguin après la mort, qui a rendu plus facile et plus nette la séparation de ces matières en une couche surnageant au-dessus du caillot cruorique ? »

On a enfin incriminé l'hyperglycémie ; pour les uns, elle constituerait une intoxication véritable ; pour d'autres, et notamment pour Hilton-Fagge, Taylor et M. le professeur Bouchard, elle amènerait une déshydratation de tous les tissus et surtout des centres nerveux qui serait la cause des accidents ; le desséchement des viscères a été consigné dans quelques autopsies ; on a vu aussi la privation de boissons provoquer l'éclosion des accidents comateux ; mais la déshydratation des tissus n'est pas constante et si les accidents étaient uniquement sous sa dépendance, il suffirait, pour les enrayer, de restituer, par des injections intra-veineuses, au sang et aux organes, l'eau qui leur manque. D'autre part, le coma peut se produire, alors même qu'il y a excrétion considérable de sucre et d'urine, et la diminution de la glycosurie n'implique pas une rétention du sucre dans le sang, elle peut tenir à une transformation du glucose ; d'ailleurs, n'observe-t-on pas souvent la disparition du sucre dans les urines d'un diabétique, sans que pour cela se produisent des accidents graves ?

Deuxième groupe. — Il nous faut examiner maintenant les diverses théories qui attribuent à une intoxication la pathogénie du coma.

La plus ancienne est celle de l'*acétonémie* ; elle est née d'un fait qui n'est pas contestable, à savoir que bon nombre de diabétiques atteints de coma exhalent, par l'haleine, l'odeur spéciale de l'acétone et présentent cette substance dans leur urine.

L'acétone est un liquide incolore, très mobile, d'une odeur comparable à celle de la pomme-reinette et rappelant celle du chloroforme ; soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, elle bout à 56 degrés, est inflammable et brûle avec une flamme blanche.

Elle se décèle au moyen de diverses réactions :

Signalons d'abord celle de Lieben, peu pratique, car elle n'est applicable qu'après distillation préalable du liquide qui renferme de l'acétone ; mise au contact de l'iode et de la potasse, l'acétone produit de l'iodoforme.

La meilleure réaction est celle de Legal (1) ; on l'obtient sans distillation, à la condition que l'urine soit diluée : si l'on ajoute à l'urine quelques gouttes d'une solution récemment préparée de nitro-prussiate de soude, puis une lessive de soude concentrée, jusqu'à réaction fortement alcaline, il se produit une coloration pourpre qui ne tarde pas à passer au jaune ; verse-t-on alors deux ou trois gouttes d'acide acétique concentré, de manière que l'acide ne se mêle pas au liquide, à la zone de contact apparaît une coloration cramoisie ou pourpre foncé, selon la proportion d'acétone ;

(1) Lecorché. *Le diabète sucré chez la femme*, 1886.
(2) Buhl. *Zeitschrift f. Biologie*, XVI, 1881.
(3) Betz. *Memorabilien*, 1882.
(4) Schmitz. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1876.
(5) B. Foster. *Brit. Med. Journ.*, 1879.
(6) Hamilton. *Edinburg Med. Journ.*, 1879.

(1) Legal. *Breslauer Ærztliche Zeits.*, 1883.

par le repos prolongé, cette coloration tourne au brun vert.

Le perchlorure de fer n'est pas un réactif de l'acétone; l'urine acétonique ne se colore point en rouge par l'addition de perchlorure de fer.

On ne peut donc tenir compte des observations où l'unique réactif employé a été le perchlorure de fer.

La réaction rouge par le perchlorure de fer appartient, entre autres, à une substance voisine de l'acétone, l'acide diacétique.

Brand, le premier, fit la remarque que l'haleine et l'urine de certains diabétiques exhalent une odeur rappelant celle de la pomme-reinette et que cette odeur est due à l'acétone.

Petters, en 1857, confirma l'observation de Brand et trouva l'acétone dans l'estomac et le sang.

En 1860, parut un travail de Kaullich sur cette question; il attribuait la production de l'acétone à la fermentation du sucre dans l'estomac sous l'influence d'un cryptogame, la « sarcina ventriculi »; les autres produits de fermentation étant l'alcool, l'acide acétique et l'eau; il faisait d'ailleurs remarquer que l'acétone peut se rencontrer dans l'urine de malades atteints de rougeole et de scarlatine.

En 1873, Rupstein dans le laboratoire de Frerichs fit des recherches sur les urines d'une femme diabétique atteinte de coma et put en extraire de l'acétone; en 1874, Berti le retira du sang par voie de distillation.

C'est à partir de l'année 1874 que l'acétonémie prit définitivement rang dans la science. Kussmaul (1) ayant pu suivre trois diabétiques qui moururent de coma, fut frappé des troubles respiratoires caractérisés par des inspirations et expirations plus profondes qu'à l'ordinaire et pensa que ces troubles ne pouvaient être que le résultat de l'excitation directe du centre respiratoire du bulbe.

L'agent de cette excitation n'était pas l'acide carbonique, car l'hématose continuait à se faire librement; il songea à l'acétone et fit alors sur les animaux des expériences qui lui démontrèrent que l'acétonémie chez les animaux déterminait des symptômes d'ivresse, puis d'assoupissement. Il avait injecté sous la peau ou fait inhaler 8 à 10 grammes d'acétone; toutefois il avait remarqué que l'acétone, administrée à des malades à la dose quotidienne de 4 à 6 grammes par jour, pendant douze jours, n'avait déterminé aucun effet fâcheux et cette tolérance à l'égard de l'acétone ne laissait pas que de l'embarrasser; aussi n'admit-il pas une intoxication primitive aiguë; d'après lui, il se produit à la longue un empoisonnement chronique, qui, surtout chez les individus déjà débilités, peut prendre une allure aiguë, de la même façon que l'alcoolisme aboutit peu à peu chez les buveurs de profession au delirium tremens.

Les conclusions de Kussmaul furent adoptées par tous les médecins, nul ne songea à contester cette théorie de l'acétonémie que la clinique et l'expérience semblaient confirmer.

MM. Lecorché, Bourneville et Teinturier (2), Kien (3), Föster vulgarisèrent les travaux de Kussmaul. Tappeiner (4) soumit des oies à des inhalations d'acétone et prétendit déterminer ainsi des accidents comateux.

Föster conclut :

1° Que l'odeur d'acétone est constante dans l'air expiré

(1) Kussmaul. *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, 1874.
(2) Teinturier. *Progrès médical*, 1875.
(3) Kien. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1878 et 1880.
(4) Tappeiner. *Zeitschrift f. Biologie*, 1880; — *Deutsch. Arch. f. Klin. Biologie*, 1880.

et dans l'urine des malades atteints de coma diabétique;

2° Que le sucre se convertit dans l'estomac en acétone, par la fermentation alcoolique et acétique;

3° Que les modifications du sang des acétonémiques peuvent être reproduites artificiellement par l'addition d'acétone dans le sang;

4° Que les accidents produits par l'administration d'acétone aux animaux sont analogues à ceux observés dans le coma diabétique.

Un revirement se produisit après les travaux de Frerichs publiés en 1883 (1); déjà M. Leroux, en 1881, avait rejeté la théorie de l'acétonémie et M. Dreyfous (2) ne l'adoptait qu'avec réserve. Frerichs, depuis quelques années, s'était livré à une longue suite de recherches pour arriver à déterminer l'action toxique de l'acétone sur les animaux et sur l'homme, et n'avait jamais réussi à provoquer chez les animaux des accidents présentant la moindre analogie avec ceux du coma diabétique; il faisait observer, ainsi que Jaksch, que l'acétone se rencontre en dehors du coma dans l'urine des malades atteints de pyrexies diverses, sans que pour cela l'évolution de ces maladies respectives paraisse influencée.

Les expériences d'Albertoni (3), confirmées par Le Nobel (4), démontrèrent également le faible pouvoir toxique de l'acétone.

Cependant, MM. Penzoldt et de Gennes (5) défendirent encore l'acétonémie; ce dernier la déclara incontestable d'après ses observations et ses expériences.

Jaksch (6), dans une série d'importants travaux, démontra que la présence de l'acétone est un fait physiologique, l'acétone n'étant que le produit de décomposition des matières albuminoïdes. Sous l'influence de certaines conditions morbides, telles que fièvre continue à température élevée, certains carcinomes, cirrhose hépatique, auto-intoxication (7), l'acétone est produite en plus grande quantité; il ne s'agit plus d'une acétonurie physiologique, mais bien d'une acétonurie morbide.

Quant à l'acétonurie diabétique, Jaksch la divise en trois catégories :

1° Acétonurie normale ou légèrement exagérée dans les cas légers;

2° Acétonurie moyenne chez les diabétiques avancés. Dans ces cas, l'urine présente la réaction de Gerhard par le perchlorure de fer (réaction qui caractérise non l'acétone, mais un produit voisin, l'acide diacétique).

3° Acétonurie intense. Celle-ci se rencontre chez les diabétiques très avancés et l'urine contient à la fois de l'acide diacétique et de l'acétone en grande quantité; ces malades succombent très souvent dans le coma. Pour expliquer la présence simultanée dans ces cas de l'acétone et de l'acide diacétique, Jaksch suppose que l'acétone, formée dans l'organisme par la décomposition des substances albuminoïdes, se combine avec les acides organiques pour donner naissance à l'acide diacétique; la production de l'acide diacétique suppose donc la présence antérieure d'acétone; quant à la présence simultanée de ces deux substances dans les

(1) Frerichs. *Zeitschrift f. Klin. Med.*, 1883.
(2) Dreyfous. Thèse d'agrégation, 1883.
(3) Albertoni. *Archiv. ital. de Biologie*, 1884.
(4) Le Nobel. *Arch. f. experim. Pathol.*, 1884, Bd. XVII, p. 6.
(5) De Gennes. Loc. cit.
(6) Jaksch. *Ueber acetonurie und diaceturie*, Berlin 1885.
(7) *Berlin. Klin. Wochens.*, 1883, p. 1004.

urines, Jaksch l'explique par la décomposition dans les urines de l'acide diacétique, corps très instable, qui, en se décomposant, donne naissance à de l'acétone, à de l'alcool et de l'acide carbonique.

Jaksch a examiné les urines de cent trente malades atteints de pyrexies diverses, et ce sont ces observations qui lui ont permis d'établir l'existence de l'acétonurie fébrile. Faisons observer qu'il se servit du réactif de Lieben qui est aussi sensible à l'alcool qu'à l'acétone ; or, l'alcool est aujourd'hui administré dans toutes les pyrexies, ce qui ôte quelque peu de précision à ses recherches. Pour en finir avec les travaux de Jaksch, notons qu'il a vainement cherché l'agent de la fermentation du sucre (quatre ans après M. Talamon); tout récemment, Baginsky (1) s'est livré à des recherches analogues demeurées sans résultats.

Le réactif de Lieben ne parut pas suffisant à Penzold (2); il se servit comme réactif de l'ortho-nitro benzaldéhyde qui donne un dépôt de bleu d'indigo dans une solution d'acétone. Il constata que l'acétonurie fébrile est bien moins fréquente dans les fièvres, que ne l'a dit Jaksch, il constata les effets toxiques déterminés par l'acétone chez les animaux et conclut en faveur de l'empoisonnement par l'acétone dans certains cas déterminés, empoisonnement amenant le coma.

Les travaux de Baginsky confirment ceux de Jaksch, relativement à la fréquence de l'acétone chez les diabétiques ; il dit l'avoir souvent observée chez les enfants diabétiques qui sont subitement pris d'accidents éclamptiques.

Dreschfeld a fait des recherches sur l'action de l'acétone chez les sujets sains et chez les malades ; il en a pris jusqu'à 20 grammes sans observer autre chose qu'un léger mal de tête ; l'urine n'en contenait qu'une trace, mais l'haleine avait une forte odeur de chloroforme. Administrée à des diabétiques, l'acétone n'a produit qu'un peu de somnolence, mais l'urine a contenu de l'acétone pendant plusieurs jours ; une fois on y a trouvé de l'acide diacétique ; on obtient les mêmes effets chez les malades atteints de cirrhose hépatique ; l'acétone s'élimine donc plus facilement chez les gens sains que chez les diabétiques et les cirrhotiques ; pour Dreschfeld, c'est surtout quand le foie est profondément atteint que les substances toxiques s'accumulent dans l'organisme et leur rétention paraît être la cause du coma diabétique. « L'acétone, dit-il, provenant, comme le croient Jaksch et Rosenfeld, des composés albumineux, il est facile de comprendre qu'une augmentation très brusque des aliments azotés puisse produire des accidents chez les diabétiques. »

M. Lépine (3) qui combat l'acétonémie, insiste sur ce fait, que l'acétone détermine du désordre dans les mouvements, du délire, des hallucinations, de la chaleur de la peau, bref, des symptômes assez différents de ceux que présentent les diabétiques ; d'ailleurs, l'acétone serait moins toxique que l'alcool éthylique.

Tout récemment, S. West (4) a fait, à la Société de médecine de Londres, une communication sur l'acétonurie. Il a constaté, après beaucoup d'autres, que l'acétonurie est fréquente dans un grand nombre de maladies, qu'elle est commune chez les diabétiques non comateux, qu'elle n'est pas constante chez ceux qui sont atteints de coma. Elle ne présente aucun rapport avec la quantité de sucre, le poids spécifique, etc. ; elle disparaît parfois au moment où le coma survient. La réaction au fer ne présente aucun rapport constant avec l'acétone et avec le coma, donc l'acétone ne peut être considérée comme la cause du coma ; cependant, dit West, la présence de l'acétone dans l'urine n'est pas sans importance, au point de vue clinique, car, elle indique parfois l'imminence de symptômes graves ; le coma est probablement dû à l'intoxication aiguë du malade par une substance qui se forme rapidement dans le corps, mais qui n'est pas de l'acétone pure et simple ; les processus chimiques anomaux, qui ont pour résultat la formation de cette substance toxique encore inconnue, ont probablement aussi une influence sur la production de l'acétone et des corps analogues qui donnent la réaction du perchlorure de fer ; c'est pourquoi l'acétone et la réaction ferrique doivent être considérées comme des signes de danger.

Nous avons longuement exposé les travaux contradictoires, publiés sur l'acétonémie depuis Frerichs. M. Jaccoud (1) résume ainsi les objections faites à l'acétonémie :

1° L'acétonurie n'est pas constante dans le coma diabétique ;

2° On peut l'observer chez des diabétiques qui ne sont pas pris d'accidents comateux ;

3° L'acétonurie est fréquente en dehors du diabète sucré (pyrexies, états pathologiques divers etc...);

4° L'acétone même, administrée à hautes doses, ne produit pas d'effets toxiques chez l'homme, bien qu'elle en produise chez certains animaux.

M. Romme (2) a voulu contrôler les travaux précédents ; il s'est servi du réactif de Legal, encore sensible quand la solution d'acétone est au 5000e, et du réactif de Chautard, composé d'une solution de fuchsine à 25 centigrammes pour 500 grammes et sur laquelle a passé un courant de gaz sulfureux ; quelques gouttes de ce réactif déterminent une coloration violette dans le liquide contenant de l'acétone. M. Romme n'a pas retrouvé l'acétonurie physiologique ou plutôt non fébrile ; mais il admet, sans conteste, l'acétonurie dans les fièvres à température élevée, et dans le diabète ; l'acétonurie des fièvres n'est pas constante, n'est jamais notable, disparaît avec la convalescence et ne paraît pas influencer le pronostic d'une façon fâcheuse ; l'acétonurie diabétique se distinguerait par sa durée plus longue (des mois, des années) et l'acétone existerait en plus grande quantité dans les urines. M. Romme fait observer que la présence de l'acétone est notée dans la plupart des cas de coma, et que le tableau clinique rappelle celui d'une intoxication aiguë ; d'autre part, de nombreuses expériences montrent que l'acétone n'est pas toxique chez l'homme, et qu'il en faut de fortes doses pour empoisonner un animal. Comment concilier ces faits en apparence contradictoires ? M. Romme, rappelant les expériences de de Gennes et Tappeiner, celles plus récentes d'Albertoni et Pisenti, s'appuyant, d'autre part, sur la présence des lésions rénales chez la plupart des diabétiques morts de coma, suppose que l'acétone détermine à la longue des lésions rénales, et que les accidents d'intoxication surviennent lorsque le filtre rénal s'oppose à son élimination.

Cette hypothèse peut être défendue, mais comment expliquer les cas de coma survenu chez des diabétiques (3), qui

(1) Baginsky. *Kinderheil*, 1888.
(2) Penzoldt. *Arch. f. Klin. Med.*, 1884.
(3) Lépine. *Revue de médecine*, 1887.
(4) West. *Semaine médicale*, 1888.

(1) Jaccoud. *Clinique médicale*, 1888.
(2) Romme. Thèse de Paris, 1888.
(3) Kien. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1888.

ne présentaient pas d'acétone dans leurs urines, et chez ceux dont les reins étaient sains ?

On voit qu'en somme la question de l'acétonémie est loin d'être résolue, et qu'un seul fait demeure acquis, la présence fréquente de l'acétone dans les urines, pouvant faire craindre l'imminence du coma, mais ne pouvant être considérée comme sa cause.

L'acétonémie étant battue en brèche, on chercha un autre agent d'intoxication que l'on crut trouver dans l'acide diacétique, dont on avait constaté la présence dans les urines concurremment avec celle de l'acétone.

Gerhard, en 1865, avait signalé dans l'urine de certains diabétiques, et notamment des diabétiques cachectiques, un corps qu'il pensa être un éther acéto-acétique, et qui se décompose facilement en acétone, alcool et acide carbonique. A l'inverse de l'acétone, ce corps n'a pas été retrouvé dans l'organisme sain, on ne l'a rencontré que dans le diabète et d'autres états morbides. Récemment, Jaksch et Ceresole ont réussi à déterminer ce corps au point de vue chimique; c'est un acide acéto-acétique ou diacétique, d'où le nom de *diacéturie*, donné par Jaksch à la présence de cet acide dans les urines; son réactif est le perchlorure de fer; mais cette réaction étant commune à plusieurs corps (composés cyaniques, acétates et formiates, acide salicylique, kairine, antipyrine, thalline, etc.), il est nécessaire, pour caractériser d'une façon indubitable l'acide diacétique, de s'entourer de nombreuses garanties indiquées par Jaksch.

On a donc prétendu que l'acétone trouvée dans les excrétions des diabétiques graves était un simple dérivé de l'acide diacétique, et que les accidents comateux dépendaient d'une intoxication par ce dernier.

Le rôle prêté à l'acide diacétique serait joué, suivant certains auteurs, par l'éther acétyl-acétique (1).

L'acide diacétique est-il toxique?

MM. J.-C. Prévost et Paul Binet (2) ont impunément injecté, dans le sang d'un lapin, l'extrait éthéré de 800 centimètres cubes d'urine à réaction de Gerhard, et qui provenait d'un enfant diabétique, mort plus tard dans le coma.

Brieger a fait, à la clinique de Frerichs, des expériences sur l'acide diacétique et n'a pas constaté d'accidents toxiques à la suite de l'injection de cet acide; l'acétone apparaît dans les urines si les doses injectées sont considérables.

On peut opposer à la diacétémie les mêmes arguments qu'à l'acétonémie :

1° L'acide diacétique, la diacéturie n'existent pas dans tous les cas de coma;

2° La diacéturie a été constatée en dehors du diabète dans un certain nombre de conditions pathogéniques, qui sont à peu près les mêmes que pour l'acétonurie, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'érysipèle, la tuberculose aiguë, la phthisie, la pérityphlite, le cancer de l'estomac [Von Jaksch, Deichmuller (3), Penzoldt (4), Litten, Hopp-Seyler].

3° La diacéturie peut exister sans que l'on observe les signes spécifiques du coma diabétique.

4° L'acide acéto-acétique ne produit pas d'effets toxiques chez l'homme.

(1) *Berlin. Klin. Wochens.*, 1880.

(2) J.-L. Prévost et P. Binet. *Revue médicale de la Suisse romande*, 15 mai 1887.

(3) Deichmuller. *Centralblatt f. Klin. Med.*, 1882.

(4) Penzoldt. *Arch. f. Klin. Med.*, 1884.

D'après M. Romme, la diacétémie et l'acétonurie ne s'excluent pas l'une l'autre, mais sont plutôt connexes; il est à présumer qu'acétone et acide diacétique existent simultanément dans les urines; une partie de l'acide filtrerait telle quelle à travers le rein, l'autre se décomposant dans le sang; dans un cas d'Ebstein, l'air expiré donnait de l'acétone avec la réaction de Lieben et avec l'urine on obtenait la réaction de l'acide diacétique. Dans quelles conditions l'acide diacétique se décomposerait-il dans l'économie? Albertoni a injecté, sous la peau des chiens, de l'acide diacétique, et à l'examen des urines il a retrouvé de l'acétone; mais en faisant absorber aux chiens du bicarbonate de soude, il ne retrouvait plus dans les urines de l'acétone, mais bien de l'acide diacétique. Un certain degré d'alcalinité paraît donc nécessaire à la stabilité de l'acide diacétique; or, la diminution de l'alcalinité du sang chez les diabétiques est maintenant démontrée; acétone et acide diacétique pourraient donc se trouver ensemble dans l'urine des diabétiques.

Il nous reste à exposer la théorie la plus récente, celle de l'*intoxication acide*, qui a été, comme nous le verrons, le point de départ d'un nouveau traitement du coma.

Cette théorie s'appuie sur un travail de Walter (1), publié en 1877, et qui resta longtemps inaperçu.

Walter avait injecté, dans l'estomac de certains animaux, soit de l'acide phosphorique, soit de l'acide salicylique, soit enfin de l'acide chlorhydrique, à la dose de 7 à 8 décigrammes par kilogramme d'animal, et cela deux fois par jour; il avait noté à la suite une diminution notable de l'acide carbonique du sang qui s'y trouve contenu à l'état de carbonate et de bicarbonate; la mort survient, chez le lapin, si l'on dépasse les doses indiquées (2).

Chez le chien, l'injection de petites doses d'acide est suivie d'un autre phénomène: l'ammoniaque apparaît dans les urines en grande quantité.

Donc, d'une part le chien paraît être doué d'une certaine immunité contre l'action des acides; d'autre part, cette immunité paraît due à la propriété que possède son organisme, de neutraliser les acides par une sécrétion abondante d'ammoniaque. A l'état physiologique, l'urine de l'homme renferme de l'ammoniaque, longtemps contestée ou attribuée à la décomposition de l'urine; la présence de cette substance dans l'urine a été démontrée d'une façon irréfutable, par Heintz et Neubauer, et son excrétion quotidienne s'élève en moyenne à 60 centigrammes.

Les oscillations physiologiques qui dépendent de l'alimentation ont des limites assez restreintes; elles ne sont pas comparables aux modifications que subit le taux de l'ammoniaque, normalement contenue dans l'urine, à certains moments, chez certains malades. C'est à Hallervorden (3) que revient le mérite d'avoir montré que, dans le diabète, la proportion de l'ammoniaque urinaire était parfois notablement accrue; souvent il a trouvé dans l'urine de ses malades la quantité, relativement grande, de 5 grammes; Stadelman (4) a rapporté des observations analogues; or, cette exagération dans l'excrétion ammoniacale témoigne en faveur d'une acidité relative du milieu sanguin.

(1) Walter. *Arch. f. experim. Pathol. und Therap.*, 1877.

(2) Bigeard. Thèse de Lyon, 1887.

(3) Hallervorden. *Arch. f. experim. Pathol.*, Bd. XV, 1880.

(4) Stadelman. *Idem*, 1880.

D'une façon régulière, la quantité d'ammoniaque correspond exactement à la quantité d'acide éliminé.

Quels sont les acides rencontrés dans l'économie du diabétique ?

Stadelman annonça que dans les urines de certains diabétiques, à côté d'une grande quantité d'ammoniaque, il existait un acide qui, pour lui, était l'acide crotonique.

Külz (1) fit faire un pas de plus à la question. Il remarqua que, dans certains cas de diabète grave, l'urine, privée complètement de son sucre par la fermentation et précipitée par l'acétate de plomb ammoniacal, déviait à gauche la lumière polarisée. Recherchant la cause de ce phénomène, il parvint, en traitant de grandes quantités d'urine, à isoler un acide dont la composition se rapportant à la formule $C^4H^8O^3$ était celle de l'acide oxybutyrique, homologue supérieur de l'acide lactique. Jusqu'alors on ne connaissait pas un acide oxybutyrique agissant sur la lumière polarisée, aussi Külz crut-il devoir donner le nom d'acide pseudo-oxybutyrique à celui qu'il avait découvert et qui jouissait d'un pouvoir rotatoire manifeste.

A partir de ce moment, l'acide crotonique obtenu par Stadelman fut regardé par Külz comme un produit de seconde formation, développé aux dépens de l'acide pseudo-oxybutyrique. En chauffant, en effet, l'acide β oxybutyrique avec l'acide sulfurique étendu, ce dernier auteur montra qu'on donnait naissance à l'acide crotonique.

Stadelman (2), confirmant le fait, reconnut même que cette transformation avait lieu par simple ébullition, sans addition d'acide.

Minkowski (3), dont les recherches, indépendantes de celles de Külz, furent faites à peu près en même temps, arriva à des conclusions semblables.

Deichmuller (4), Szymanski, Tollens ont corroboré les résultats de Külz et Minkowski.

Hugounenq (5) a retrouvé l'acide β oxybutyrique, non seulement dans les urines, mais encore dans le sang.

L'acide β oxybutyrique peut, en s'oxydant, donner lieu à de l'acide acéto-acétique qui se décompose facilement à son tour en acétone et acide carbonique. La proportion d'acide, rencontrée dans le diabète grave, est plus ou moins grande suivant les cas.

Stadelman, déduisant la quantité d'acide β oxybutyrique par la quantité d'ammoniaque (12 grammes), éliminée par l'urine des vingt-quatre heures, l'évalue, chez un malade, à 90 grammes ; Külz, adoptant, pour base de ses calculs, la déviation à gauche, estime, dans un autre cas, à plus de 200 grammes l'acide engendré en un seul jour au sein de l'organisme. L'acide β oxybutyrique et ses dérivés ne sont pas les seuls corps anomaux que l'on ait signalés dans l'urine des diabétiques graves ; on y a rencontré, mais en moindre quantité, d'autres acides appartenant à la série grasse (acide formique, acétique propionique, etc.). Le Nobel, sur sept urines de diabétiques comateux, a trouvé trois fois l'acide formique.

Kirstein (6) s'est demandé pourquoi le coma n'apparaît pas au début du diabète, alors que les acides, l'acide oxybutyrique, par exemple, commencent à être en excès, et comment il convient d'interpréter l'élimination de l'ammoniaque par les urines.

D'après lui, l'acide en excès commence par s'emparer de l'ammoniaque pour former un sel neutre qui s'élimine par les urines. A ce moment, il n'y a pas encore d'accidents ; mais si, à un moment donné, l'organisme ne contient plus une quantité d'ammoniaque suffisante pour neutraliser l'acide, celui-ci s'empare des bases fixes : potasse et soude, nécessaires à l'organisme, et, à partir de ce moment, les accidents éclatent.

Il y aurait donc, dans l'intoxication acide, deux périodes : l'une latente, pendant laquelle l'ammoniaque est suffisante pour neutraliser les acides ; l'autre effective, au moment où, l'ammoniaque devenant insuffisante, les bases fixes sont enlevées des tissus pour saturer les acides.

D'où ces conclusions que, chez tout diabétique, il faut surveiller l'élimination de l'ammoniaque par les urines. Celle-ci augmente-t-elle ? Il faut immédiatement diminuer, dans l'alimentation, les substances qui peuvent déterminer la formation d'acides, c'est-à-dire supprimer le régime carné (comme l'expérience l'a démontré avant toute théorie) et rendre à l'organisme les bases fixes qui lui sont soustraites au moyen d'injections intra-veineuses d'une solution de soude et de chlorure de sodium.

En somme, quand un diabétique est gravement atteint, lorsqu'il se trouve en imminence ou en état de coma, on est autorisé à penser qu'il y a dans l'organisme production d'acide oxybutyrique. Mais rien ne prouve que l'acide oxybutyrique soit l'agent générateur du coma, sa présence dans l'urine peut seulement être considérée comme l'effet et l'expression d'une imprégnation acide de l'organisme.

La doctrine de l'intoxication acide ne serait d'ailleurs pas en contradiction absolue avec celle de l'acétonémie. Ainsi, l'un des malades chez qui l'on trouva l'acide oxybutyrique, présentait en même temps de l'acétone ; M. Romme, essayant de concilier les deux théories, pose le dilemme suivant : Ou bien l'acide oxybutyrique agit comme acide, et, dans ce cas, comment expliquer l'impossibilité d'obtenir l'intoxication acide chez les carnivores ? ou bien il agit par ses produits de décomposition ou d'oxydation, et, dans ce cas, par l'acétone en laquelle il se transformerait.

En résumé, toutes les théories proposées pour expliquer la pathogénie du coma diabétique ont contre elles des arguments sérieux ; pas plus que les autres, la théorie de l'acétonémie n'est à l'abri d'objections ; aussi croyons-nous qu'il convient de partager, à cet égard, la réserve formulée par Frerichs dans son excellent Traité du diabète. « Il se produit, dit-il, plus ou moins dans le sang, et suivant une marche tantôt lente, tantôt rapide, une série de décompositions, dont nous connaissons les produits ultimes (acide diacétique et acétone), tandis que les premiers termes de ces processus zymotiques sont ignorés et difficiles à pénétrer, en raison des faciles et promptes métamorphoses que les substances intéressées subissent dans le sang. C'est à ces processus que nous réservons le nom d'*intoxication diabétique*. »

De son côté, M. Jaccoud conclut que les agents nuisibles, mal connus d'ailleurs, sont multiples, qu'ils ne sont pas toujours les mêmes et que la prédominance respective de tel ou tel d'entre eux, jointe à l'état préalable du malade, est la véritable cause de la diversité des manifestations cliniques. Il se rallie donc entièrement à la formule de Frerichs.

(1) Külz. *Zeitschrift f. Biologie*, 1884.
(2) Stadelman. *Idem*.
(3) Minkowski. *Arch. f. experim. Pathol.*, 1884.
(4) Deichmuller. *Annalen der Chemie*, 1885.
(5) Hugounenq. *Revue de médecine*, 1887.
(6) Kirstein. *Deutsch. med. Wochens.*, n° 15, 1889.

III

SYMPTOMATOLOGIE.

Cette notion de la diversité des formes du coma diabétique s'impose, si l'on considère l'impossibilité où l'on est de faire entrer dans une seule description tous les symptômes observés. Actuellement tous les auteurs décrivent, avec Frerichs, trois formes de coma.

La première est la forme ordinaire qui, pendant longtemps, fut la seule décrite; la seconde ou forme cardiaque, plus rare, ne ressemble guère à la précédente, elle est uniquement caractérisée par des phénomènes de collapsus; il est probable qu'elle reconnaît, pour cause unique, la dégénérescence du myocarde et qu'elle ne procède pas d'une intoxication.

Enfin, il est une troisième forme qui présente une individualité propre, c'est la forme vertigineuse, encore mal connue.

Première forme. — Le coma peut apparaître à toutes les périodes du diabète :

A. Il peut en être le symptôme initial et révélateur. M. Dreyfous cite le cas d'un malade de Dickinson et Paget, jeune homme de vingt ans, bien portant, chez qui on n'avait remarqué aucun symptôme morbide. « Ce jeune homme concourt pour un prix de course, n'arrive que le second, en éprouve un chagrin réel, se distrait en faisant à pied des excursions géologiques réitérées, et tout à coup tombe sans connaissance. » Il meurt dans le coma. Les urines examinées présentèrent du sucre et l'on sut que, depuis quelque temps, ce jeune homme buvait et urinait beaucoup. Il s'agit, dans ce cas, d'un coma précoce.

B. Souvent le coma ne survient qu'après plusieurs années de diabète, alors que les malades sont dans un état de dépérissement tel que la terminaison fatale peut être prévue à brève échéance.

C. Enfin il peut survenir dans le cours d'un diabète confirmé, mais exempt de tous symptômes inquiétants. Dans ce cas les accidents éclatent à l'improviste.

On peut distinguer deux périodes dans l'évolution du coma : 1° une période d'invasion; 2° une période d'état.

Ces divisions sont un peu artificielles, car certains symptômes de la période d'invasion se continuent et s'accentuent pendant la période d'état, mais on peut les conserver pour la commodité de la description.

Première période. — Les symptômes de la période d'invasion peuvent être répartis en quatre groupes :

- A. Caractères spéciaux de l'urine et odeur de l'haleine.
- B. Troubles respiratoires.
- C. Troubles gastro-intestinaux.
- D. Troubles nerveux.

A. L'odeur de l'haleine se montre dès le début, quelquefois cependant après le début des accidents. Elle a pu faire prévoir, dans bien des cas, l'imminence du coma; l'expression d'odeur chloroformique n'est pas très exacte, c'est une odeur aigrelette, *sui generis*; elle est quelquefois si forte qu'elle se répand dans toute la salle; d'autres fois, elle est plus faible et ne se perçoit qu'au voisinage des malades.

L'urine exhale une odeur analogue à celle perçue dans l'air expiré, mais le fait n'est pas constant. La quantité des urines est, en général, diminuée et le sucre s'y trouve en moins grande abondance, l'albumine s'y rencontre souvent.

En général, la quantité d'urée ne subit pas de modifications (de Gennes).

Le perchlorure de fer y détermine la coloration rouge, vin de Bourgogne, caractéristique de l'acide diacétique (réaction de Gerhard).

B. La dyspnée est un des symptômes principaux de la phase d'invasion. La respiration devient de plus en plus pénible et revêt des caractères qui la distinguent des autres dyspnées. Les malades mettent en jeu tous leurs muscles inspirateurs, la poitrine se soulève avec force et le malade fait des efforts inouïs pour respirer. « La respiration se fait comme si le malade avait soif d'air, avec une violence singulière qui contraste avec son épuisement général » (Kussmaul). Le thorax se soulève tout d'une pièce, puis après être resté un instant en arrêt au bout de sa course, il s'abaisse vivement par un effort d'expiration avec un petit soupir, puis il y a une pause et une nouvelle inspiration et ainsi de suite; malgré la gêne respiratoire et les efforts violents du malade, celui-ci n'est pas dans l'orthopnée; il reste couché dans son lit, comme un homme épuisé.

Le nombre des respirations est variable; il peut osciller entre 16 et 18 comme à l'état normal, mais il peut s'élever, ainsi que l'indique Sauthey, à 28, 40 et plus. A la fin, cette respiration profonde et accélérée se ralentit et devient irrégulière. Il s'agit d'une dyspnée nerveuse et les globules sanguins ne sont, en aucune façon, inaptes à fixer l'oxygène, puisque, au spectroscope, on ne constate pas de modifications.

La dyspnée du coma diabétique se distingue aisément des autres dyspnées; l'auscultation, donnant des résultats négatifs, permet d'éliminer les dyspnées d'origine pulmonaire ou cardiaque. L'accès d'asthme est facilement reconnaissable. Reste la dyspnée urémique, qui pourrait être plutôt confondue avec celle du coma diabétique, en raison des symptômes concomitants, dont quelques-uns, tels que les troubles gastro-intestinaux, sont communs aux deux états morbides. Mais la dyspnée urémique présente souvent un type caractéristique, le rythme respiratoire de Cheyne-Stokes; d'ailleurs, la constatation de l'odeur acétonique, l'examen des urines, lèveraient tous les doutes.

Dans cette forme peu de troubles cardiaques, le pouls est accéléré, mais régulier. Quant à la température, elle baisse en général progressivement jusqu'à la mort; mais ce n'est pas une règle absolue; on peut même observer une très légère élévation de température, coïncidant avec les phénomènes d'excitation cérébrale dont nous parlerons dans un instant.

C. Les troubles gastro-intestinaux ne manquent jamais, mais ils peuvent être plus ou moins marqués, s'effacer derrière la dyspnée ou bien, au contraire, primer les troubles respiratoires. Ils consistent en nausées, vomissements, diarrhée, douleurs.

Les nausées sont fréquentes; souvent elles aboutissent aux vomissements. Ceux-ci se succèdent à courts intervalles, peuvent être même incoercibles, ou bien il n'y a qu'un seul vomissement; il s'agit, le plus souvent, de vomissements alimentaires, parfois bilieux.

La diarrhée n'est pas constante; lorsqu'elle existe, elle peut être abondante, s'accompagner d'algidité, au point que l'on a décrit un type cholériforme du coma diabétique,

d'autant mieux que les selles sont parfois riziformes (Buhl et Tappeiner).

Vomissements et diarrhée se montrent quelquefois au début, à l'exclusion de tout autre signe. Ces symptômes seraient le fait de l'élimination de produits toxiques par la muqueuse digestive.

Outre ces signes, il en est un d'une haute valeur pour le diagnostic. C'est la douleur ; celle-ci occupe tout l'abdomen, et lorsque celui-ci est météorisé, sensible à la pression, on pourrait songer à une péritonite, si l'abaissement de la température au-dessous de la normale ne venait faire écarter cette hypothèse ; quelquefois la douleur prédomine dans l'hypochondre droit et, d'après certains auteurs, devrait être reportée au foie, ou bien elle s'accuse avec une extrême violence au creux épigastrique.

D. Les troubles nerveux de la période d'invasion sont de deux ordres : on observe d'abord des phénomènes d'agitation ; les malades présentent une gaieté exagérée (Bourneville et Teinturier), de l'incohérence du langage, parfois un véritable délire maniaque, ou bien une inquiétude qui peut aller jusqu'à l'angoisse ; cette phase d'excitation passe souvent inaperçue en raison de sa courte durée ; bientôt, en effet, ce sont des phénomènes de dépression qui apparaissent ; les malades sont indolents, indifférents à tout ce qui les entoure, plongés dans une somnolence d'où l'on peut encore les tirer, mais qui ne tarde pas à faire place définitivement au coma.

Les convulsions font toujours défaut chez les adultes atteints de coma ; mais elles peuvent survenir chez les enfants, chez qui Leroux et Baginsky les ont signalées.

Tels sont les phénomènes de la période d'invasion. Certains peuvent prendre, comme nous l'avons indiqué, une telle importance, qu'ils dominent la scène. Ainsi la dyspnée peut être telle qu'elle amène la mort, avant que le coma ait eu le temps de se produire. M. le professeur G. Sée a observé des cas de ce genre.

Dans d'autres cas, ce sont les troubles gastro-intestinaux qui l'emportent, à tel point que l'on a pu décrire un type péritonitique (Jaccoud), un type cholériforme, un type gastrique lorsque les vomissements existent seuls.

Enfin, dans d'autres cas, tous ces symptômes manquent; on constate purement et simplement un affaiblissement progressif, un épuisement tel que la mort survient avant le coma. M. de Gennes cite dans sa thèse un cas de ce genre, observé par M. Potain.

Deuxième période. — Cette phase est caractérisée par la perte de la connaissance, du mouvement et de la sensibilité.

Le malade est étendu dans le décubitus dorsal, pâle, immobile ; les pupilles sont dilatées, mais réagissent à la lumière.

Il n'y a ni contractures, ni convulsions.

Les extrémités sont froides, le thermomètre dénote un abaissement souvent considérable de la température, celle-ci est souvent abaissée à 35 degrés ; elle descend quelquefois jusqu'à 32 degrés (Kussmaul), une fois le coma définitivement établi, la mort ne tarde pas à survenir.

La durée totale des accidents est variable, mais elle n'oscille qu'entre des limites assez restreintes : en moyenne il s'écoule trente-six heures à partir du moment où apparaissent les premiers symptômes, épuisement rapide, nausées, dyspnée, jusqu'à la mort; il est rare de voir les accidents se terminer en dix à quinze heures. On les a vus se prolonger deux, trois jours, et même davantage. Un cas de Kussmaul dura jusqu'à quatre jours, un autre, de Kien, trois jours et demi. Un abaissement considérable de température est l'indice d'une marche très rapide.

Deuxième forme. — La forme cardiaque est caractérisée par les symptômes suivants : le malade est subitement pris d'une sensation de faiblesse extrême et rapidement cet état de faiblesse devient tel que le malade ne peut se soutenir et doit prendre le lit ; cependant on ne constate pas de trace de paralysie. « La face est pâle, la voix éteinte ; l'intelligence est conservée ; le pouls et les battements du cœur s'affaiblissent et deviennent difficilement perceptibles, en vingt-quatre ou quarante-huit heures le malade succombe sans avoir présenté d'autres symptômes que cet aspect d'épuisement, de torpeur générale, tantôt avec toute sa connaissance, tantôt dans une sorte de demi-coma » (Lecorché). L'abaissement de la température est considérable ; les pupilles sont dilatées mais sensibles à la lumière, le malade est plutôt dans le collapsus que dans le coma et ce collapsus, dit M. Lecorché, a quelque chose de semblable au collapsus qui marque parfois la défervescence brusque de la pneumonie chez les vieillards et qui peut aussi, en pareil cas, devenir mortel.

L'atonie cardiaque paraît donc dominer la scène : en effet, ici la dyspnée fait défaut ; cette forme est encore caractérisée par l'absence d'odeur acétonique dans l'air expiré et la quantité des urines ne subit pas de modifications, contrairement à ce qui se passe dans le coma par intoxication. D'après Dreschfeld, le collapsus diabétique est rare avant quarante ans ; il reconnaît pour cause, ainsi qu'il a été dit, la dégénérescence graisseuse du myocarde.

Troisième forme. — La dernière forme, dont il nous reste à parler, est beaucoup plus rare que les précédentes ; ici pas de dyspnée ni de phénomènes abdominaux ; au début survient la céphalalgie, puis le vertige ; le malade éprouve une sensation constante d'ivresse, il chancelle et tombe s'il persiste à vouloir marcher ; au bout de vingt-quatre heures ou même avant, la somnolence survient, puis le coma lui succède bientôt. Cette forme *vertigineuse* n'a donc de commun avec les précédentes que le coma final (Jaccoud).

En dehors des formes qui viennent d'être décrites, peut-on admettre des formes atténuées d'intoxication diabétique ? M. Lecorché, fidèle partisan de l'acétonémie, admet une acétonémie chronique caractérisée par un état d'accablement, d'affaissement, avec respiration pénible, suspirieuse, ventre douloureux et ballonné, odeur acétonique de l'haleine. Cette acétonémie chronique ne pourrait s'expliquer que de deux façons : production d'acétone trop faible pour déterminer immédiatement des accidents graves, ou résistance suffisante de l'organisme contre les effets du poison.

M. Lecorché admet encore des cas d'acétonémie intermittente, où celle-ci, s'essayant en quelque sorte avant d'aboutir au coma, procède par poussées passagères, apparaissant et disparaissant à plusieurs reprises dans le cours du diabète ; dans ces cas, on observe sous une forme atténuée quelques-uns des symptômes décrits précédemment ; troubles digestifs, gêne respiratoire, irritabilité ou vivacité anomale du malade et odeur acétonique. Après plusieurs de ces attaques une dernière crise prend des allures graves et le malade succombe dans le coma.

IV

DIAGNOSTIC.

Trois grands symptômes permettent d'affirmer le coma diabétique : l'odeur des urines et de l'haleine, la dyspnée spéciale et l'abaissement de la température.

Si le médecin a pu suivre le malade, depuis un certain temps, s'il le sait atteint de diabète, il pourra aisément établir le diagnostic.

Il n'en est pas de même s'il est appelé pour la première fois auprès d'un malade atteint de coma. Il lui faudra, tout d'abord, éliminer le *coma alcoolique*; l'alcoolique a la face rouge, vultueuse, sa température n'est pas abaissée; enfin, ses urines ne contiennent pas de sucre.

Le *coma apoplectique* s'accompagne d'une hémiplégie, que l'on peut, le plus souvent, reconnaître même à la période comateuse; la température a de plus une marche spéciale.

Dans l'*encéphalopathie saturnine* la température n'est pas abaissée, l'odeur acétonique fait défaut, on peut constater le liséré gingival, etc.

On pourra quelquefois confondre le coma diabétique avec celui que détermine l'*intoxication par les opiacés*, confusion d'autant plus facile que l'on peut observer la glycosurie dans l'empoisonnement par les opiacés (Claude Bernard).

Signalons encore la confusion possible avec le *choléra*, à cause du type cholériforme décrit par Buhl.

Plus délicat est le diagnostic avec le *coma urémique*, d'autant plus que les urines se suppriment souvent lors de l'apparition du coma diabétique, et que, d'autre part, elles peuvent contenir de l'albumine. La dyspnée et l'hypothermie s'observent également dans ces deux états morbides; encore les deux symptômes présentent-ils des caractères différentiels. Dans l'urémie la dyspnée est moins profonde, elle peut revêtir le type de Cheyne-Stokes; quant à la température, elle est plus abaissée dans le coma diabétique que dans l'urémie.

D'autres signes appartiennent à l'urémie qui manquent au coma diabétique, et réciproquement : les convulsions annoncent l'urémie; l'odeur acétonique, le coma diabétique; de même, le myosis se rencontre fréquemment au début de l'urémie, il manque dans le coma, où, par contre, il survient au début de la douleur épigastrique.

Lors même que l'on constaterait la présence du sucre chez un malade comateux, il faudrait se garder de confondre le coma diabétique par intoxication avec les cas dans lesquels la mort survient plus ou moins rapidement dans le cours du diabète par le fait de complications, telles qu'une hémorrhagie cérébrale, une pneumonie, une néphrite (Dreschfeld). Ces complications peuvent, en effet, s'accompagner de phénomènes comateux.

V

TRAITEMENT.

A. *Traitement préventif.* — L'expérience a démontré que le coma survenait le plus souvent à la suite de fatigues excessives, de voyages, d'émotions vives; il faudra donc soustraire le diabétique à toutes ces influences. Le diabétique devra se livrer à un exercice quotidien modéré, mais ne devra jamais le pousser jusqu'à la fatigue.

D'autre part, on a reconnu que le coma survenait de préférence chez les malades soumis à la diète carnée; il faudra donc se garder de prescrire un régime trop sévère et exclusif; une alimentation mixte, d'où seraient exclus sucres et féculents, est la seule qui convienne au diabétique.

B. *Traitement curatif.* — Jusqu'à ces quatre dernières années, les médecins se reconnaissaient impuissants à combattre le coma diabétique, et se bornaient à un traitement purement symptomatique. Contre la dyspnée, ils recouraient aux révulsifs, aux inhalations d'oxygène, se gardant avec raison de la morphine; la transfusion du sang, assez rationnelle, n'a pas donné les résultats que la théorie faisait espérer. Enfin, une fois le coma déclaré, on recourait aux irritants de la peau (frictions, ventouses sèches) et aux stimulants diffusibles.

La théorie nouvelle de l'intoxication acide a fait naître un traitement nouveau. En 1884, Stadelman a préconisé l'emploi des alcalins à hautes doses, pour neutraliser les acides formés dans l'économie. Si le malade est déjà plongé dans le coma, Stadelman ne recourt qu'à l'injection dans les veines d'une solution de chlorure de sodium, renfermant de 20 à 30 p. 100 de bicarbonate de soude. Par ce moyen, Stadelman n'a encore guéri aucun diabétique comateux; d'autres médecins n'ont pas été plus heureux.

Wolpe a rapporté une observation où cette injection a été faite à la clinique de Kœnigsberg, sans succès. M. Lépine l'a essayée dans deux cas. Dans l'un de ces cas, il a injecté la dose totale de 44 grammes de bicarbonate de soude et cependant l'urine est restée acide; à cette occasion, M. Lépine a fait remarquer que l'acidité des humeurs chez le diabétique était un fait incontestable, mais, qu'à son avis, la saturation de l'acide ne pouvait faire cesser, *ipso facto*, les accidents, attendu que l'oxybutyrite de soude est vraisemblablement encore plus toxique que le lactate de soude; or, ce dernier, d'après les expériences faites par M. Keim, dans le laboratoire de M. Lépine, tue à la dose de 1 gramme et demi par kilogramme, après avoir produit de la somnolence et un abaissement considérable de la température centrale. Si donc le traitement peut agir, ce n'est pas en saturant les acides néoformés, ce qui ne serait qu'un avantage restreint, vu la toxicité de leurs sels, mais bien en détruisant ces acides. L'expérience apprend que l'acide oxybutyrique se détruit avec facilité, toutes choses égales d'ailleurs, dans un milieu alcalin, et M. Lépine croit que les sels de soude, par leur action diurétique, favorisent son élimination.

Dans un autre cas (1), M. Lépine a fait avant l'apparition du coma, une injection de 600 centimètres cubes d'eau salée à 40° centigrades, stérilisée, et renfermant 20 grammes de bicarbonate de soude. A plusieurs reprises, l'urine examinée avait présenté une odeur aigrelette qui n'était pas celle de l'acétone; elle contenait de l'acide formique et de l'acide oxybutyrique; l'infusion alcaline, loin d'amender les accidents, a aggravé l'état cérébral et paru accélérer la terminaison fatale.

Tout récemment Hesse (2), assistant à l'hôpital de Moabit (Berlin), a rapporté un nouveau cas d'infusion alcaline, chez un diabétique de vingt-quatre ans; malgré une légère amélioration de l'état comateux, le malade est mort dans les quarante-huit heures.

Enfin Clemens (3) a préconisé un traitement prophylactique par l'eau de chaux(?).

(1) Lépine. *Revue de médecine*, 1888, p. 105.
(2) Hesse. *Berlin. Klin. Wochens.*, nº 17, 7 mars 1888.
(3) Clemens. *Algem. Med. Centr. Zeitung*, 16 février 1889.

On voit que les résultats obtenus jusqu'ici ne plaident pas précisément en faveur de la méthode thérapeutique nouvelle; cependant Minkowski prétend avoir traité avec succès un diabétique comateux, au moyen d'injections intra-veineuses et sous-cutanées d'une solution de carbonate de soude à 3 p. 100.

« S'il est permis, ainsi que le suppose Minkowski, d'attribuer les insuccès à des altérations irréparables du système nerveux causées par la diminution de l'alcalinité du sang, il n'en est pas moins légitime d'espérer, dit Naunyn (1), qu'en employant cette méthode au début même du coma diabétique, avant la production de telles lésions, on arrivera à des résultats plus satisfaisants. » Stadelman a rapporté une observation où l'administration des alcalins à hautes doses, dès le début des accidents prémonitoires, a pu conjurer l'apparition du coma. « Que ces observations se multiplient et l'on saura si l'on peut compter sur l'efficacité de la méthode nouvelle (2). »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Jeudi a été célébré à Saint-Augustin un service d'actions de grâces pour l'Empereur du Brésil, qui a échappé, le 16 de ce mois, à une tentative d'assassinat.

Le monde scientifique s'était uni au monde politique pour témoigner de sa vive sympathie pour le souverain qui, depuis quarante-cinq ans, est resté invariablement fidèle à l'amitié de la France, qui a eu l'immense honneur d'abolir l'esclavage dans ses États, et qui s'est toujours montré l'ardent promoteur de tous les progrès.

(1) Naunyn. *Semaine médicale*, 1889, p. 2.
(2) Lépine. *Idem*, 1887, p. 69.

— Par décret, en date du 24 juillet 1889, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Legrand-Descloizeaux et Rouget, professeurs au Muséum.

Au grade de chevalier. — M. Cornu, professeur au Muséum, et M. Oustalet, aide-naturaliste au Muséum.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 juillet 1889, M. le docteur Doumergue, à Montflanquin, est nommé officier d'Académie.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 juillet 1889, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Lebrun, préparateur au Muséum, et Trémeau de Rochebrune, aide-naturaliste au Muséum.

Officiers d'Académie. — MM. Bernard, aide-naturaliste au Muséum; Richard, Delisle, Gillaud, Bonard et Baudichon, préparateurs au Muséum.

— *Hôpitaux de Paris.* — Par suite de la nomination de M. Pinard à la Clinique d'accouchements, les mutations suivantes ont lieu dans le service obstétrical des hôpitaux : M. Porak passe à la Maternité de Lariboisière; — M. Bar passe à Saint-Louis; — M. Champetier de Ribes passe à la Maternité de Tenon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Defrance (d'Angers) et Lacaze (de l'Hillil).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

16

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

60

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

96

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

seule décrétée d'intérêt public.

CONNUE ET RECOMMANDÉE DEPUIS 150 ANS.

Exiger la source du **Pavillon.**

38

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie*, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes*, on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'Elixir de **Boldo-Verne.**

Verne, Grenoble, et phies, France et étranger.

25

ANALYSE DE JUILLET DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de juillet, a été faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1034.00
	gr.	
Beurre par litre	48.600	
Albumine	8.400	
Caséine	34.000	
Sucre de lait	44.200	
Sels	7.300	
Total des matières fixes	142.500	142.500
Eau		891.500

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.164
Acide sulfurique	0.125
Potasse	1.476
Soude	0.885
Chaux	1.800
Magnésie	0.257
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.593
Total	7.300

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. Nicolas, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

94

CÉRÉBRINE CONTRE LA MIGRAINE

Chaque dose renferme 50 centigr. d'analgésine, 5 centigr. de caféine et 2 centigr. de cocaïne (voir « Paris-Médical » du 8 juin). Les expériences, qui se trouvent actuellement contrôlées sur une assez grande échelle dans le monde médical, donnent des résultats entièrement satisfaisants et toujours identiques contre la *migraine névralgique*.

La **Cérébrine** agit également bien contre le *vertige stomacal et contre toutes les névralgies qui se rattachent à un trouble du système nerveux général.*

Eug. Fournier, phien, *Issy-Paris*, et ttes phies.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le Valérianate de Pierlot doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

91

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite et économiquement* une bonne *eau sulfureuse*.

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur*.

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

66

EAUX MINÉRALES DE ST-GERVAIS

(HAUTE-SAVOIE)

Deux sources thermales chlorurées sulfatées.
Une source chlorurée sodique sulfureuse.

Traitement de l'**eczéma**, de l'**urticaire**, du **psoriasis**, du **lichen**, de l'**acné**, de la **séborrhée**.

Les sources salines, chlorurées sulfatées, conviennent aussi pour le traitement de toutes les manifestations abarticulaires de la **goutte** et du **rhumatisme** et pour celui des maladies de l'**utérus** et de la **vessie**.

Grand établissement thermal. — Grand hôtel très confortable.

10 à **15** fr. par jour; ce prix comprend logement, nourriture et usage des eaux.

LA STATION THERMALE EST A **2** H. DE CHAMONIX.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

Vente au détail : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : Chez tous les droguistes.

41

Véritable ferrugineux assimilable.

PEPTONATE DE FER ROBIN

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Présenté à l'Académie par Berthelot.

Chloro-anémie, dyspepsie, lymphatisme, affections utérines, Diabète. — 10 à 20 **gouttes** pr repas.

VIN ROBIN, 1 cuillerée par repas.

DRAGÉES, 2 à 3 par repas.

Phie Robin, Bourges, et ttes phies. — Echant. fo.

50

LANOLINE LIEBREICH

La seule absolument libre d'acide, sans odeur, ne rancissant pas. Seul excipient absorbant son poids d'eau et se mêlant avec toutes les autres graisses.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline, Usine du Tremblay, à Creil (Oise).

Paris, 31, rue des Petites-Ecuries, Paris.

33

GUÉRISON DE L'ASTHME par le

PAPIER FRUNEAU

40 ans de succès incontestable. — **Amélioration immédiate des affections chroniques du poumon.**

Toutes pharmacies, France et Etranger.

Nantes, E. Fruneau, 13, r. du Chapeau-Rouge.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

66

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

N° 86. — MARDI 30 JUILLET 1889. 62e ANNÉE. MARDI 30 JUILLET 1889. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE : 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL BEAUJON. — M. FERNET.

Des injections intrapleurales antiseptiques dans les pleurésies infectieuses (1).

I

Il existe aujourd'hui une tendance très manifeste à appliquer aux maladies infectieuses un traitement local, et cette tendance est légitime. N'est-il pas rationnel, en effet, de chercher à attaquer et à détruire sur place, quand cela est possible, les foyers infectieux pour éviter qu'ils envahissent d'autres parties de l'économie ou qu'ils jettent dans la circulation des principes toxiques?

Cette manière d'agir a été appliquée aux maladies infectieuses des cavités séreuses et, pour certaines pleurésies en particulier, on a récemment fait quelques tentatives de traitement antiseptique qui me paraissent constituer un réel progrès : sans recourir à la thoracotomie, on a essayé de rendre aseptiques, et, par suite, inoffensifs et spontanément curables, des épanchements infectieux, et l'on a réussi à transformer en maladie bénigne une maladie grave.

Je voudrais vous rappeler d'abord ces tentatives, puis vous communiquer quelques essais que j'ai faits de mon côté et qui me paraissent encourageants.

M. le professeur Potain, dans son importante communication sur les injections intrapleurales d'air stérilisé, dans le traitement d'épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax (2), avait insisté sur la nécessité de maintenir l'état aseptique de la plèvre. Cette communication, bien qu'elle ne visât pas l'antisepsie pleurale dans les cas de pleurésie infectieuse, paraît avoir inspiré les travaux de M. Renaut et de M. Moizard, où les injections intrapleurales antiseptiques sont expressément proposées dans le but d'empêcher ou de combattre l'état infectieux de certains épanchements pleuraux.

(1) Travail présenté à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 12 juillet 1889.

(2) POTAIN. Séance de l'Académie de médecine du 24 avril 1888.

M. le professeur Renaut (de Lyon) a publié (1) une intéressante observation, dans laquelle, grâce à des injections intrapleurales de liqueur de Van Swieten, pratiquées à trois jours d'intervalle environ et à la dose de 3 à 8 grammes chaque fois au moyen de la seringue de Pravaz, il a « maintenu à l'état de sérosité citrine, pendant vingt jours, un épanchement consécutif à un pneumothorax déterminé par la rupture, dans la plèvre, d'une série de cavernules sous-pleurales, à contenu franchement purulent. La résorption de cet épanchement commençait à s'opérer, comme le montre l'abaissement de la ligne de niveau du liquide intrapleural, quand la mort est survenue par suite d'un deuxième pneumothorax, produit dans la cavité pleurale opposée, de façon à annuler entièrement le seul des deux poumons qui respirât. » « Je suis amené, dit-il plus loin, à proposer la méthode des injections intrapleurales de liqueur de Van Swieten comme moyen à opposer à la purulence des épanchements consécutifs au pneumothorax. » M. Renaut émet formellement l'opinion qu'il suffit de petites et même de très petites quantités de bichlorure de mercure pour stériliser un épanchement pleurétique, et, parmi plusieurs faits qu'il dit avoir observés et qui confirment cette opinion, il cite celui d'un malade, atteint de pleurésie probablement tuberculeuse, chez lequel des injections de liqueur de Van Swieten, à la dose de 1 gramme chaque fois, maintinrent l'épanchement à l'état citrin, jusqu'à ce que finalement il fût résorbé, bien qu'il existât, du même côté, une pleurésie interlobaire suppurée, dont le malade rendit le contenu par un vomique.

Peu de temps après, notre collègue, M. Moizard (2), nous faisait ici même une intéressante communication, relative à l'antisepsie pleurale dans des cas de pneumothorax où l'infection de la plèvre est déjà effectuée; il rapportait deux exemples dans lesquels son intervention avait été avantageuse; chez chacun de ses malades, il avait injecté une seule fois une trentaine de grammes d'une solution iodurée d'iode.

A l'occasion du travail de M. Moizard, notre collègue M. Juhel-Rénoy (3) déclara que, antérieurement aux travaux de M. Potain et de M. Renaut, il avait fait des injec-

(1) RENAUT. Observation pour servir à l'histoire de l'antisepsie pleurale dans l'hydropneumothorax, *Gazette médicale*, 9 juin 1888.

(2) MOIZARD. Pneumothorax et antisepsie pleurale, *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1888, p. 348.

(3) JUHEL-RÉNOY. *Ibid.*, p. 355.

tions intrapleurales d'une solution de chlorure de zinc dans des cas de pleurésie dont on n'arrivait pas à obtenir l'assèchement malgré des ponctions répétées; les résultats furent avantageux, mais M. Juhel-Rénoy ne dit pas qu'il ait employé cette méthode dans un but antiseptique, ni qu'il s'agit, dans ses observations, de pleurésies infectieuses.

Vers la même époque, M. le professeur Bouchard, dans les leçons magistrales qu'il a consacrées en 1888 à l'antisepsie, a insisté sur le parti qu'on pouvait tirer des injections antiseptiques dans les cavités séreuses : « Quant à moi, dit-il, j'ai essayé de faire dans la plèvre enflammée et contenant un épanchement, quelle qu'en soit la nature, des injections antiseptiques à petites doses, sans évacuer le contenu. J'ai obtenu des résultats qui, jusqu'ici, ne sont pas de nature à me décourager. » Il ajoute même que, dans deux cas de pleurésie purulente, il a pratiqué des injections d'une solution de naphtol et que les résultats ont été assez avantageux pour le dispenser de pratiquer l'empyème : « Dans un des cas, écrit-il, où j'ai fait ces injections (deux fois par jour, une injection de 2 à 4 centimètres cubes d'une solution de naphtol dans l'alcool et l'eau, représentant 10 à 20 centigrammes de naphtol), la ponction avait donné issue à un liquide opalescent; dans le second, il y avait un pneumothorax, et on a retiré d'abord 4 litres de pus. Dans les deux cas, le liquide s'est reformé; mais, chez le premier malade, depuis plus de six semaines que les injections de naphtol sont faites, la température n'atteint jamais 38 degrés; et chez le second, qui était mourant lors des premières injections, la fièvre est tombée et le liquide reformé se résorbe graduellement. » Ces détails étaient donnés dans la leçon du 23 juin 1888; dans les leçons publiées quelques mois plus tard, on lit en note : « Les deux malades sont actuellement guéris (1). » Ces deux derniers faits sont des plus remarquables et suffiraient à établir l'efficacité de la méthode.

J'ai eu moi-même occasion d'observer, dans ces deux derniers mois, plusieurs pleurésies que j'ai considérées comme infectieuses et que j'ai traitées par la méthode des injections intrapleurales antiseptiques. C'est à l'exposé de ces faits et aux conséquences thérapeutiques qui en découlent que cette communication est consacrée.

Je rapporterai d'abord, avec quelques détails, trois cas de pleurésie dont les caractères singuliers m'ont vivement frappé et m'ont conduit à les considérer comme de nature infectieuse, et, par suite, à recourir à un traitement antiseptique. En effet, bien que la maladie locale ne semblât présenter rien de particulier, l'intensité de la fièvre et des autres phénomènes généraux, la prostration des malades, l'existence de taches rosées lenticulaires, etc., m'ont fait penser que ces pleurésies étaient de nature infectieuse, que peut-être même elles étaient comparables à ces formes de fièvre typhoïde qu'on connaît maintenant sous le nom de pneumotyphus, et que, s'il en était ainsi, le nom de pleurotyphus leur serait applicable. L'observation attentive et suivie de ces malades m'avait paru et me paraît encore justifier l'interprétation que je viens d'indiquer; et cependant, j'ai hâte d'ajouter que l'examen bactériologique du liquide de l'épanchement par le procédé des cultures, pratiqué dans les trois cas par M. Girode, que je tiens à remercier de son utile concours, n'a donné que des résultats

(1) Bouchard. *Thérapeutique des maladies infectieuses; antisepsie*, p. 299 et suiv. — Paris, 1889.

négatifs; or, il n'est pas douteux que la constatation du moindre microbe pathogène eût apporté, de la nature infectieuse de ces pleurésies, une preuve plus convaincante que les arguments cliniques les plus décisifs en apparence.

Quoi qu'il en soit, guidé par cette interprétation, j'ai traité ces pleurésies par des injections antiseptiques intrapleurales, et ce mode de traitement, que j'ai employé avec quelque succès dans plusieurs autres cas de pleurésies ou même de péritonites secondaires, m'a paru ici donner des résultats que je considère comme satisfaisants; les trois malades ont guéri, et, assurément, on n'aurait pu affirmer un pronostic favorable chez aucun d'eux; l'issue de la pleurésie, en tant que maladie locale, a de même été heureuse, et cependant il semble qu'on dût avoir beaucoup de crainte sous ce rapport.

Observation I. — L... (François), âgé de quarante-cinq ans, cocher, entre dans mon service de l'hôpital Beaujon (salle Monneret, n° 7), le 30 janvier 1889 (1).

C'est un homme un peu grêle d'apparence, qui a cependant, paraît-il, une bonne santé habituelle et n'a jamais eu de maladie sérieuse. Il se sentait souffrant depuis une quinzaine de jours et éprouvait surtout du mal dans la bouche et dans la gorge, avec gêne de la mastication et de la déglutition; il avait remarqué que ses gencives étaient saignantes; en outre, depuis quelques jours, il sentait un peu de fièvre le soir; et enfin, il y a deux jours, il eut un point de côté violent à la base de la poitrine du côté gauche; ce point de côté persista les jours suivants et décida le malade à entrer à l'hôpital.

Nous constatons l'existence d'une stomatite et surtout d'une gingivite caractérisée par un état fongueux des gencives, qui sont exulcérées à leur bord, avec enduit grisâtre sur les dents. Nous trouvons, d'autre part, du côté gauche de la poitrine, tous les signes d'une pleurésie, accompagnée d'un épanchement moyen qui s'élève en arrière jusque vers l'angle inférieur de l'omoplate. La respiration est peu gênée. La fièvre est assez vive (temp., 39°6 la veille au soir, 38°6 ce matin). Je prescris un gargarisme au borax et des applications de poudre de borax sur le bord des gencives, des badigeonnages de teinture d'iode sur le côté gauche du thorax; régime lacté et viande crue.

Dès les premiers jours, nous sommes frappé de l'intensité de la fièvre, qui se maintient dans l'aisselle entre 39 degrés le matin et 40 degrés le soir, atteint même le soir du cinquième jour 40°8. Cependant la douleur de côté est modérée, l'épanchement est stationnaire, l'état de la bouche s'est amélioré, les nuits sont assez bonnes. La persistance de cette fièvre vive nous fait craindre que la pleurésie ne soit de nature infectieuse, et nous nous demandons si elle ne serait pas subordonnée à la stomatite qui existe depuis plus de quinze jours, et si celle-ci n'aurait pas donné lieu à quelque foyer infectieux du poumon, qui tiendrait la pleurésie sous sa dépendance. Cette lésion du poumon serait d'ailleurs masquée par la pleurésie et, en effet, il n'y a qu'une expectoration peu abondante de crachats muqueux sans caractères spéciaux.

Le 8 février, onzième jour depuis le début des signes de la pleurésie, nous retirons, avec la seringue de Pravaz, une petite quantité du liquide épanché dans la plèvre, liquide clair et transparent, sans trace de purulence, et M. Girode veut bien se charger d'en pratiquer l'examen bactériologique au moyen des cultures. Disons tout de suite que ces cultures et d'autres, qui ont été faites au cours de la maladie, n'ont donné aucun résultat, le liquide a paru stérile. Il en fut de même pour l'examen des crachats.

La situation reste la même pendant les deux jours suivants, et

(1) Cette observation et la suivante ont été rédigées d'après les notes prises par M. David, externe du service.

la fièvre se maintient aussi intense. Dès lors, redoutant l'évolution ultérieure de cette pleurésie, et guidé par la crainte de sa nature infectieuse, je me décidai à faire pratiquer dans la plèvre des injections d'une solution de sublimé, qui auraient pour effet de rendre l'épanchement aseptique et donneraient des chances qu'il ne se reproduisît plus, si l'on était amené à en pratiquer l'évacuation complète.

Du 10 au 22 février, on fit, avec la seringue de Pravaz, tous les deux jours, une injection de liqueur de Van Swieten; les cinq premières injections furent de 5 grammes chacune; le résultat en ayant semblé favorable, les deux suivantes furent faites avec 7gr50 du même liquide. En même temps que ces injections, j'administrai tous les jours au malade six doses de naphtol, de 25 centigrammes; dans les trois derniers jours, le naphtol fut remplacé par le salicylate de bismuth, à cause d'un peu de diarrhée qui était survenue.

Pendant cette période de traitement, la situation s'améliora; la fièvre, qui jusque-là se tenait entre 39 et 40 degrés, s'abaissa graduellement, et à la fin (24 et 25 février), elle était descendue à 37°6 le matin, 38°8 le soir. En même temps, les signes physiques indiquaient une diminution sensible dans la quantité de l'épanchement : on entendait des frottements dans l'aisselle et au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, la respiration demeurant très obscure au-dessous de ce point. Le 24 février, on ne put faire l'injection intrapleurale, parce que la ponction avec la seringue de Pravaz ne permit pas de ramener la plus petite quantité de liquide. L'état général s'améliorait concurremment et, à partir du 23, j'ajoutais un degré d'aliments au régime antérieur.

Cependant, quatre jours après la cessation des injections au sublimé, la fièvre commençait à remonter et arrivait, après quatre autres jours, à osciller autour de 39 degrés; en même temps, l'épanchement s'était un peu reproduit. Aussi le 5 mars, nous reprenons les injections de sublimé, et, quatre jours de suite, on introduit 5 grammes de liqueur de Van Swieten dans la plèvre; nous administrons de nouveau le naphtol à l'intérieur. Le deuxième et le troisième jour, la fièvre tombe à 37°3 le matin, 37°7 le soir; le quatrième, elle s'élève à 38°6 le matin, 39°8 le soir, sans que je puisse saisir la raison de cette exacerbation, car l'état général est satisfaisant et l'épanchement paraît de nouveau résorbé; on entend des frottements au-dessous de l'angle de l'omoplate et, devant ce signe, nous interrompons de nouveau, le 9 mars, les injections de sublimé.

A partir de ce moment, l'état de la poitrine ne s'est plus modifié, mais la fièvre, qui n'a jamais cessé complètement, a présenté plusieurs retours pendant un mois entier que nous avons encore gardé le malade à l'hôpital; le sulfate de quinine, donné deux ou trois jours de suite, abaissait bien un peu les températures, mais pas d'une façon durable. Et cependant, à aucun moment, je n'ai trouvé aucun signe pouvant se rapporter à la tuberculose. Du reste, en dépit de cette fièvre, le malade se sentait mieux, l'alimentation pouvait être augmentée; et enfin, le 9 avril, quoique dans les jours précédents le malade eût encore eu des températures de 38 degrés le matin et 39 degrés le soir, je le faisais partir en convalescence pour Vincennes.

Un mois plus tard (12 mai), le malade est revenu nous voir; son état général est excellent, il a bonne mine et ses forces sont satisfaisantes. La respiration est encore un peu courte. L'examen physique de la poitrine montre seulement un peu de diminution de la sonorité dans la moitié inférieure gauche de la poitrine, et, au même niveau, un léger affaissement du bruit respiratoire. La guérison peut être considérée comme acquise.

Dans notre seconde observation, l'existence d'une fièvre typhoïde à manifestations primitivement thoraciques semble démontrée : à moins d'admettre la coïncidence fortuite d'une pneumonie et d'une pleurésie avec la fièvre typhoïde, il est légitime d'admettre l'existence de cette dernière maladie, qui est affirmée par les phénomènes généraux, par les troubles abdominaux, et notamment par les taches rosées lenticulaires, et de lui subordonner la pneumonie et la pleurésie observées d'abord.

Obs. II. — Le nommé K... (Frédéric), âgé de vingt-cinq ans, journalier, entre dans mon service le 20 février 1889 (salle Monneret, n° 5). C'est un homme d'une bonne constitution, dont la santé habituelle a été excellente; on ne trouve dans ses antécédents que des douleurs lombaires, qu'il a éprouvées il y a deux ans et qui ont duré assez longtemps.

Au commencement de février, le malade fut repris de ces mêmes douleurs, moins fortes qu'il y a deux ans, et il les attribue à des refroidissements répétés; en même temps, il perdait l'appétit, avait quelques frissons; cependant il continuait son travail, mais péniblement. Le 7 février, à la suite d'un refroidissement, il ressent le soir même un fort mal de tête, du malaise général, pas d'appétit; la nuit est agitée. Le lendemain matin, frisson violent, céphalalgie plus intense encore, bouche mauvaise. Il fait appeler un médecin, qui lui ordonne des sinapismes et une potion. Pendant quelques jours, il a un peu de soulagement, les nuits sont calmes.

Le 12 février, son état s'est un peu aggravé depuis la veille, où il a voulu se lever. Il a un point de côté à droite; il fait redemander son médecin, qui lui dit qu'il a une pleurésie et qui lui fait mettre un vésicatoire sur la poitrine; mais il n'en éprouve aucun soulagement. Vers le même temps, il commence à avoir la diarrhée avec plusieurs selles par jour; il a des sueurs abondantes le jour et la nuit, ses nuits sont agitées. C'est alors qu'il se décide à se présenter à l'hôpital; et, d'après les renseignements que nous fournit le malade et les premiers signes que nous observons, nous le recevons sous la rubrique de fièvre typhoïde.

Le lendemain matin, ce diagnostic semble confirmé par l'abattement et l'apparence de stupeur, par la sécheresse de la langue et la fétidité de l'haleine; mais la diarrhée a cessé et on ne trouve pas de taches rosées. D'autre part, la poitrine présente des désordres importants : le point de côté a disparu depuis deux jours, mais la respiration est pénible; le malade a expectoré quelques crachats rouillés, visqueux, adhérents au vase. L'examen physique révèle de la submatité et quelques râles crépitants au sommet de la poitrine du côté droit en avant et en arrière, d'autre part de la matité, de l'abolition du murmure vésiculaire et de l'égophonie dans le tiers inférieur du même côté de la poitrine en arrière. D'après ces signes, nous portons le diagnostic de pneumonie du sommet droit avec pleurésie secondaire. Température, 38 degrés le matin, 39°6 le soir; pouls 112; rien dans les urines. Traitement : tisane pectorale; sulfate de quinine, 1 gramme; potion de Todd; gargarisme au borax; potage et lait.

Le 22 février, même état. Encore 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 23. La nuit a été plus calme, et la température est moins élevée : 37°8 le matin, 38°4 le soir, sans doute sous l'influence du sulfate de quinine pris deux jours de suite. Les râles crépitants ont presque disparu; l'épanchement pleurétique reste stationnaire. L'apparence typhoïde du malade persiste sans modification sensible.

A partir de ce jour, on fait dans la poitrine trois injections de 5 grammes de liqueur de Van Swieten de deux en deux jours (les 23, 25 et 27 février), et on administre 1gr50 de naphtol par jour, en six doses. Pendant ce temps, tous les signes physiques de la pneumonie du sommet ont disparu, mais la pleurésie reste stationnaire, la fièvre persiste avec des températures oscillant autour de 39 degrés.

Le 28 février, le malade se plaint de souffrir dans la paroi de la poitrine du côté droit, et on constate à la partie moyenne du thorax un empâtement œdémateux; nous nous demandons si cette petite complication n'est pas due aux piqûres des injections, mais elle siège plus haut et en dehors de l'espace intercostal où celles-ci étaient pratiquées. Quoi qu'il en soit, on cesse les injec-

tions et, pendant quelques jours, on fait des onctions avec l'onguent napolitain, et cet empâtement disparaît.

Cependant la situation ne change pas : l'état général reste le même, la fièvre n'a que très peu diminué : 38°2 le matin, 39°2 le soir; la pleurésie donne toujours les mêmes signes. En outre, phénomène nouveau, le malade commence le 2 mars à avoir la diarrhée et il rend des matières jaunâtres, grumeleuses. Le 4 mars, le soupçon de fièvre typhoïde, déjà mis en avant au début du séjour à l'hôpital et plusieurs fois depuis, se trouve confirmé par l'apparition de deux taches rosées lenticulaires sur le ventre; cinq jours plus tard (9 mars), nous constatons deux nouvelles taches rosées; le diagnostic ne nous parait plus douteux, nous sommes en présence d'une fièvre typhoïde, et nous inclinons à croire que la première période de la maladie a été une pneumotyphoïde accompagnée de pleurésie secondaire, et que les phénomènes abdominaux actuels ne constituent qu'une reprise de la maladie sous la forme abdominale ordinaire. Le naphtol est porté à 2gr50 en dix doses.

A partir du 11 mars, une amélioration sensible se produit; la fièvre commence à diminuer, la température est presque normale le matin et n'atteint que 38 degrés le soir. Cependant, les signes d'épanchement pleurétique semblant persister, nous faisons une ponction avec la seringue de Pravaz, mais nous ne pouvons obtenir de liquide; il est donc probable que l'exsudat pleural n'est plus formé que de fausses membranes plus ou moins infiltrées de sérosité.

A partir du 13 mars, la maladie semble terminée, on peut commencer à donner quelques aliments solides qui sont graduellement augmentés de quantité. Mais la faiblesse est très grande, le rétablissement est très lent à se faire. Dès le 20 mars, les signes de pleurésie sont très atténués et on ne trouve plus que de la submatité et de l'obscurité du bruit respiratoire et quelques crépitations fines à la fin des grandes inspirations. Applications d'iode.

Le 29 mars, le malade part pour Vincennes. Il revient nous voir trois semaines après sa sortie de l'hôpital : son état général est excellent, mais le bruit respiratoire est encore obscur à la base droite. Je lui conseille de faire encore pendant quelques semaines des applications de teinture d'iode.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juillet 1889. — Présidence de M. LE DENTU.

COMMUNICATIONS

Fistules de la région sacro-coccygienne. — M. DESPRÉS. Une jeune fille de dix-huit ans portait, depuis deux ans, à la région coccygienne, une petite grosseur. Cette grosseur s'enflamma et s'ouvrit en donnant probablement issue à de la matière purulente. Depuis ce jour un trajet fistuleux persista. Il en sortait un liquide clair, analogue à la sérosité des fistules de kystes dermoïdes. La guérison a été facilement obtenue par la dilatation et la cautérisation au chlorure de zinc.

Un fait analogue, chez une femme de dix-neuf ans, guérie de la même manière, permet avec le fait ci-dessus d'affirmer qu'il n'y avait aucune dénudation osseuse. Ces fistules semblent le résultat d'une transformation purulente d'un kyste sébacé, formé au niveau d'une fente de la région coccygienne. La fistule siège sur la partie latérale; dans une tumeur congénitale elle occuperait la ligne médiane.

M. TERRILLON. Il est probable qu'au niveau d'une fente ou d'une dépression quelquefois très profonde, il se forme une accumulation de cellules épidermiques. Celles-ci deviennent le siège d'une inflammation et suppurent. Plus fréquentes chez les femmes, dans la proportion de 3 p. 100, leur meilleur traitement consiste dans l'ablation et la cautérisation de leurs parois.

M. KIRMISSON. M. Masse a signalé une de ces fistules consécutive à une tumeur de la région coccygienne.

M. ROUTIER. Une fistule analogue, consécutive à un traumatisme, suppurait depuis quinze ans. Après ablation, l'examen histologique a décelé les éléments de la peau.

M. DESPRÉS. Les téguments au-dessus de l'anus présentent la disposition suivante : un repli de la peau avec saillie, à la partie supérieure de laquelle on voit tantôt une dépression et tantôt une fente, qui laisse passer le stylet.

M. SCHWARTZ. Trois cas analogues observés étaient tous trois chez des hommes.

Anesthésie chloroformique. — Exposé à la lumière et en présence de l'air, le chloroforme se décompose en quelques heures ou en quelques jours, suivant que la lumière est diffuse ou directe.

Il est donc dangereux de se servir d'un flacon de chloroforme resté pendant quelque temps en vidange, sinon absolument privé d'air. Tout chloroforme impur détermine une irritation, au début de la chloroformisation (toux, vomissements, réflexes respiratoires, et leurs conséquences plus ou moins dangereuses).

Sans avoir recours à des chloroformes étrangers, il suffit de faire rectifier celui que l'on possède, et, suivant M. Vicario, le meilleur procédé est sa distillation sur du carbonate de potasse desséché à 60 ou 61 degrés en rejetant les premiers et les derniers produits de la distillation.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Il est impossible d'affirmer qu'un chloroforme, préparé en grande partie, reste pur au bout de deux heures. Cette opinion de M. Regnauld conduit à n'en rectifier que de petites doses pour avoir un bon chloroforme.

M. POLAILLON. Le mélange de 4 volumes de chloroforme et de 1 volume d'alcool méthylique, proposé par M. Regnauld, serait peut-être préférable, malgré sa force anesthésique moindre.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Il y a encore trop d'inconnues dans ces mélanges, pour se prononcer à cet égard.

M. TERRIER. Pour certains chimistes, le chloroforme ne peut donner de sérieuses garanties de pureté que s'il a été soumis à l'ébullition aussitôt avant de s'en servir.

RAPPORTS

Kyste hydatique de la rate. — M. CHAUVEL lit un rapport sur une observation de kyste hydatique présentée par M. Tachard.

Le malade était âgé de quarante ans. La tumeur remontait à quatre ans : elle avait pris assez de volume pour gêner la respiration. Cette tumeur lisse, indolente, était située dans l'hypochondre gauche, suivait les mouvements du diaphragme et présentait le frémissement hydatique.

M. Tachard l'a traitée par des ponctions capillaires, a retiré de la poche 2 500 grammes d'un liquide clair, limpide, fortement chloruré, exempt d'albumine et des crochets.

Aucun incident d'abord; puis pneumonie et mort.

A l'autopsie, on trouve un reste encore assez gros du kyste, occupant la partie supérieure de la rate, mais pas de péritonite : la pneumonie n'est donc qu'une simple coïncidence.

L'auteur de l'observation estime que, dans un cas semblable, la splénectomie serait plus dangereuse, et le rapporteur se rallie à cette conclusion.

Amputation intracalcanéenne horizontale. — M. CHAUVEL lit un rapport sur une observation, présentée par M. Chaput, d'amputation intracalcanéenne horizontale.

Le malade, âgé de quarante-six ans, avait déjà subi la désarticulation du gros orteil pour un mal perforant.

En présence d'une récidive, M. Chaput, pour éviter particulièrement le relèvement du talon, s'est servi d'un procédé que nous publierons prochainement.

M. Chaput a obtenu un bon résultat de ce procédé. Au bout de deux mois, son malade marchait bien, avec à peine 2 centimètres de raccourcissement. Un seul fait ne permet pas de juger un procédé, mais on peut se demander si la dénudation de la face inférieure du calcanéum ne présente aucun inconvénient.

PRÉSENTATIONS

Hydro-méningocèle. — M. GUÉNIOT présente un malade qui porte une volumineuse tumeur de la région occipitale.

M. PÉRIER. Un enfant, âgé de vingt-sept jours, présentait au même point une tumeur semblable. Le diagnostic porté fut hydro-méningocèle ; c'était une méningo-encéphalocèle.

Après avoir disséqué la tumeur jusqu'au voisinage du trou osseux, une ponction réduisit de moitié son volume. Le pédicule formé fut lié, et toute la portion herniée excisée.

Elle était composée de substance cérébrale, de substance cérébelleuse et d'une portion du canal épendymaire.

Les suites de l'opération furent bonnes, sauf une hémorrhagie assez abondante, mais dans la suite l'enfant ne présenta aucun trouble physiologique.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. L'enfant présenté par M. Guéniot n'a que huit jours. On peut donc attendre quelque temps. L'hémorrhagie et l'issue brusque du liquide céphalo-rachidien constituent le danger de ces opérations.

Fracture du crâne. — M. KIRMISSON présente le cerveau d'un homme mort à la suite d'une fracture du crâne.

Ce cerveau présente plusieurs foyers de contusion ; l'un occupe les centres moteurs.

Le blessé était hémiplégique, aucune lésion n'était apparente, la trépanation ne fut pas tentée.

M. Kirmisson pense que, dans ces récents traumatismes du crâne, les notions des localisations ne sont pas absolues.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Ce fait est sans aucune valeur dans la question des localisations qui appellent ou non la trépanation.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

L'oiseau mort!

Par M. le docteur BADOUR, médecin principal de première classe.

Avez-vous jamais tenu dans vos mains un petit oiseau qui meurt? L'y avez-vous gardé jusqu'à ce que ses pattes soient raidies et son corps affaissé?

Hier encore il chantait. Leste, pimpant, sautant de branche en branche, il envoyait au ciel ses trilles amoureux et il lissait ses plumes.

Aujourd'hui un mal l'a pris, qui l'étreint et le tue. Il est fixe, pelotonné comme pour retenir la chaleur qui le fuit, et il ne remue plus que pour tremper dans l'eau la pointe de son bec. Quelque feu le dévore!

Par un dernier effort il reste perché, mais c'est sur ses deux pattes. Il enfonce la tête sous son aile tremblante : car il frissonne, le pauvre petit! secouant son duvet sous l'étreinte invisible.

Et il tombe!

Ramassez-le alors et gardez-le dans votre main chaude, où il paraît se plaire. Sa tête se redresse; ses yeux, ses jolis yeux s'ouvrent pour regarder encore. Puis ils se ferment et les paupières tressaillent par les suprêmes frissonnements. Les ailes s'étirent, les pattes se raidissent, le corps s'affaisse!

L'esprit s'est envolé!

Et la matière aussi va bientôt disparaître!

Oui, n'est-ce pas? Cet être charmant, expression si saisissante de la beauté immuable qu'il est beau même dans la mort, il n'est plus; pour lui tout est fini.

Et vous ne voyez pas la terre qui s'éveille au souffle du printemps!

La matière et le mouvement ne sont-ils pas éternels?

Rien ne se crée, rien ne se perd. Tout seulement se transforme et, de la goutte de rosée qui tout à l'heure courait en vapeur dans l'espace, jusqu'à la force qui conduit ma plume ou dicte cette pensée, est-il un atome ou une vibration qui ne se retrouve dans la suite des siècles sous une forme quelconque? On ne meurt donc pas au sens littéral du mot; on va à d'autres destins, et ce n'est pas l'âme seule qui est immortelle, c'est aussi la matière, l'une et l'autre se liant et se déliant par des manifestations infinies et sans cesse renaissantes.

L'oiseau vient de mourir
Et, dans un lit de mousse
Où le soleil rayonne une minute encore,
Doucement on le place
Sous la terre!

Si mourir c'est finir,
Si tu crois que tout passe,
Reviens, ami lecteur, à la prochaine aurore
Et vois la fleur qui pousse
Sur la terre!

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Concours pour les emplois de médecins des bureaux de bienfaisance.

Le ministre de l'Intérieur,

Vu le décret du 16 août 1886, portant règlement d'administration publique sur l'organisation de l'assistance à domicile dans la ville de Paris, disposant :

1° Art. 21, que les médecins des bureaux de bienfaisance seront nommés au concours ;

2° Art. 24, qu'un arrêté ministériel statuera sur les formes du concours et la nature des épreuves, en particulier des épreuves cliniques ;

Vu les propositions du préfet de la Seine en date du 28 juin 1889,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Le concours pour les emplois de médecins des bureaux de bienfaisance est réglé comme il suit :

1° Une épreuve d'admissibilité commune à tous les candidats ;

2° Une épreuve définitive, spéciale pour chacun des arrondissements.

ART. 2. — L'épreuve d'admissibilité commune à tous les candidats comprend :

(*a*) Une consultation écrite sur la conduite à tenir dans un cas de pratique obstétricale (15 points).

Une demi-heure est accordée aux candidats pour la rédaction de cette consultation.

(*b*) Une composition écrite sur un sujet de pathologie médicale (20 points).

Une heure est accordée aux candidats pour cette composition.

(*c*) Appréciation des services médicaux publics (10 points), dont 4 seront acquis aux anciens internes des hôpitaux ; 2 aux anciens internes provisoires ; 1 aux anciens externes ; 1 à 3 suivant la nature et la durée des services aux médecins ayant fait des suppléances dans les bureaux de bienfaisance.

Lecture de la consultation et de la composition sera faite en public par les candidats.

A la suite de l'épreuve d'admissibilité, le jury classera les candidats suivant le nombre de points attribués à chacun d'eux et déterminera le nombre de points au-dessus duquel les candidats seront admis à subir l'épreuve définitive spéciale à chacun des arrondissements.

ART. 3. — Le jury fixe le jour de l'épreuve définitive, spéciale à l'arrondissement.

Les candidats, reconnus admissibles à la suite de l'épreuve précédente commune à tous les candidats, sont seuls admis à subir l'épreuve définitive spéciale à l'arrondissement.

Les candidats doivent se faire inscrire à l'administration centrale de l'Assistance publique (service des secours), et justifier qu'ils résident dans l'arrondissement pour lequel ils concourent

ou dans un quartier limitrophe. Cette obligation peut être remplacée par l'engagement de remplir les conditions nécessaires de résidence aussitôt après leur institution.

Le registre des inscriptions est clos à quatre heures, deux jours avant la date de l'épreuve définitive spéciale à l'arrondissement.

ART. 4. — L'épreuve définitive spéciale à l'arrondissement consiste en une épreuve de diagnostic, suivie d'une ordonnance avec formule.

Cette épreuve est publique.

Les malades seront choisis dans un hôpital et tirés au sort par les candidats à mesure qu'ils seront appelés par voie de tirage au sort.

Il sera donné à chaque candidat dix minutes pour l'examen du malade, quinze minutes pour réflexion et rédaction de l'ordonnance avec formule;

Dix minutes pour l'exposition orale du diagnostic.

Puis le candidat lira sa rédaction, 25 points seront donnés pour cette épreuve. Ces 25 points seront divisés en 15 points pour le diagnostic et 10 points pour l'ordonnance.

Lorsque la liste des candidats aura été épuisée, le jury classera les candidats suivant le nombre de points attribués, augmenté des points acquis à la suite de l'épreuve d'admissibilité, et déclarera définitivement admissibles, en suivant l'ordre de classement, des candidats en nombre égal aux vacances à remplir.

ART. 5. — Les candidats non pourvus pourront se présenter successivement à l'épreuve définitive du concours pour chacun des arrondissements, en se conformant aux prescriptions de l'article 3.

ART. 6. — Le jury sera composé de quatre médecins des bureaux de bienfaisance, ayant au moins six ans de fonctions et tirés au sort, et d'un délégué de l'administration de l'Assistance publique.

ART. 7. — Les règles générales des concours de l'Assistance publique seront applicables à ce concours.

ART. 8. — L'arrêté du 25 février 1887 est rapporté.

Fait à Paris, le 13 juillet 1889.

Le ministre de l'Intérieur,

CONSTANS.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Par M. le docteur PASSANT.

Statistique du 1er avril au 31 juin 1889.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	7	11	1	19
2e	14	16	1	31
3e	22	31	20	73
4e	29	45	18	92
5e	16	37	11	64
6e	15	23	5	43
7e	9	26	6	41
8e	2	7	5	14
9e	14	28	1	43
10e	11	30	12	53
11e	53	105	55	213
12e	42	47	13	102
13e	34	64	13	111
14e	48	53	26	127
15e	38	74	23	135
16e	20	17	3	40
17e	43	59	23	125
18e	45	105	33	183
19e	46	70	28	144
20e	73	122	53	248
	581	970	350	1901

La moyenne des visites par nuit est de 21,35. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 18,49.

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	136	E. Affections cérébrales	80
Croup	36	Convulsions, éclampsies	79
Coqueluche	12	Névralgie	19
Ophthalmie	2	Névroses	70
B. Asthme	32	Epilepsie	27
Affections du cœur	51	Aliénation mentale	12
Bronchites aiguës et chroniques	103	Alcoolisme, delirium tremens	29
Pleuro-pneumonie	72	F. Rhumatisme	25
Congestion pulmonaire	23	Affections éruptives	53
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	132	Fièvre intermittente	2
Cholérine	46	Fièvre typhoïde	35
Athrepsie	54	Hémorrhagies de causes internes et externes	88
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	74	G. Plaies, contusions	130
Hernie étranglée	17	Fractures, luxations, entorses	25
Rétention d'urine	17	Brûlures	5
Orchite	2	Empoisonnements	19
Chute du rectum	1	Asphyxie par le charbon	5
D. Métrite, métro-péritonite	63	— submersion	1
Métrorrhagie	40	Suicide	5
Fausse couche	58	H. Mort à l'arrivée du médecin	42
Accouchement, délivrance	160		
Accouchement non terminé	19	Total	1901

Visites du deuxième trimestre de 1888	1 683
Visites du deuxième trimestre de 1889	1 901
Différence en plus	218

Les hommes entrent dans la proportion de 31 p. 100.
Les femmes — — 51 —
Les enfants au-dessous de trois ans 18 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier dimanche ont eu lieu les élections aux conseils généraux, parmi les élus nous relevons les noms des docteurs en médecine suivants :

MM. Brillat-Savarin, à Belley; Baudin, à Nantua; Allaux, à Estaing; Bourienne, à Caen (Est); Bonnat, à Evaux; Flous, à Villaudrant; Daudé, à Marvéjols; Blatin, à Clermont-Ferrand; Bouloumié, à Vittel; Roussel, à Saint-Chély-d'Apcher.

— Par décret, en date du 24 juillet 1889, les professeurs titulaires des Écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie sont nommés par le ministre de l'Instruction publique, après avis de la section permanente du Conseil supérieur de l'instruction publique.

— Par décret, en date du 27 juillet 1889, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Corolleur, docteur en médecine, médecin auxiliaire de deuxième classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 juillet 1889, la chaire de géologie et minéralogie de la Faculté des sciences de Rennes est déclarée vacante.

— Le concours du clinicat chirurgical s'est terminé par la nomination de M. Clado.

— Le concours du clinicat obstétrical s'est terminé par la nomination de MM. Boissard et Tissier.

— *Hôpitaux de Paris.* — MM. Lutz, ancien pharmacien de Saint-

Louis, et Vialla, ancien pharmacien de Bicêtre, sont nommés pharmaciens honoraires des hôpitaux.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Loche (Charles) est chargé des fonctions d'aide-préparateur d'histologie, en remplacement de M. Toussaint, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Sont maintenus pour l'année scolaire 1889-1890, dans les fonctions ci-après désignées, à la Faculté de médecine de Nancy :

MM. Vallois, chef des travaux du laboratoire d'hygiène ; Pierrot, chef des travaux du laboratoire de thérapeutique ; Bagnéris, chef des travaux du laboratoire de physique ; Lambert, préparateur du laboratoire de physique ; Chambelland, aide d'anatomie pathologique ; Mouginet, aide d'histoire naturelle ; Parisot (Paul), aide d'histologie (en remplacement de M. Friant).

MM. Senique (Alfred) et Adam (François-Joseph-Alexis) sont nommés, pour trois ans, chefs de clinique chirurgicale, en remplacement de MM. Étienne et Vautrin, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Bédart, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est institué, en outre, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— L'inspectorat médical de Cauterets est supprimé.

— Conformément à la délibération prise, lors de la dernière session à Washington, dans la séance du 9 septembre 1887, le dixième congrès médical international aura lieu à Berlin.

Le Congrès, ouvert le 4 août, sera clos le 9 août 1889.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Desage (du Châtelet-en-Berry).

— Nous venons de recevoir les *Annales de l'enseignement supérieur* de Grenoble. Ce premier numéro est des plus intéressants ; il montre ce que peuvent nos Facultés et quel rang elles peuvent prendre dans le mouvement scientifique. Nous y relevons une communication fort intéressante de M. le docteur Montaz, sur laquelle nous aurons à revenir.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— *Erratum.* — Page 768, ligne 57, au lieu de « solution de cocaïne au 500e » il faut lire « solution de cocaïne au 50e ».

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'ophthalmologie, guide pratique à l'usage des étudiants et des médecins, par les docteurs L. de Wecker et J. Masselon. 1 vol. in-8° avec 576 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 20 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Traitement par l'électricité et le massage, par le docteur A.-S. Weber. — In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, A. Coccoz.

L'acide urique, sa physiologie et ses rapports avec les calculs rénaux et la gravelle, par le professeur Garrod, ouvrage traduit par le docteur H. Cazalis. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Étiologie de la myopie, par le docteur G. Martin. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 87. — JEUDI 1er AOUT 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 1er AOUT 1889. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie procède d'abord à l'élection de deux membres correspondants étrangers : MM. Rommelaere (de Bruxelles) et Sidney-Ringer (de Londres) sont élus presque à l'unanimité des votants.

M. Mesnet est venu lire la relation d'une très intéressante opération, pratiquée par M. Tillaux, dans le sommeil hypnotique. Nous reproduisons en entier cette communication. Nous faisons de même pour deux nouveaux procédés d'entéro-anastomose de M. Chaput.

Au nom de la Commission permanente du Congrès pour l'étude de la tuberculose, M. Villemin a lu des conclusions très utiles à répandre et que nous placerons prochainement sous les yeux de nos lecteurs.

Signalons enfin une note de M. Constantin Paul sur la saccharine, et celle de M. Michon sur l'effet d'une projection d'eau froide sur la région cervicale dans les accidents dus au chloroforme.

HOTEL-DIEU. — M. TILLAUX.

Cystocèle vaginale opérée pendant le sommeil hypnotique.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-cinq ans, atteinte d'une cystocèle vaginale volumineuse, survenue à la suite d'un accouchement, il y a deux ans. Cette tumeur devint peu à peu douloureuse et importune, au point que la malade vint réclamer les secours de la chirurgie.

Elle ne présentait, dans l'ensemble de sa santé, aucun phénomène nerveux appréciable. Un jour cependant, en causant avec elle, l'interne du service remarqua qu'elle le fixait d'une façon toute particulière, qu'elle avait de légères secousses dans les membres, puis il la vit, à son grand étonnement, s'endormir subitement devant lui. Il apprit d'elle que, depuis six ans, elle s'endormait chaque fois qu'elle fixait un objet, que ses amies l'hypnotisaient avec la plus grande facilité, et que plusieurs fois, à Nancy, M. Bernheim l'avait endormie pour l'étudier.

Alors, sur ces indications, il fut facile de constater qu'au moment où se produisait le sommeil hypnotique, toutes les sensibilités de la malade s'éteignaient instantanément ; que l'examen de sa tumeur pouvait être fait sans qu'elle le sentît ; que, séparée complètement du monde extérieur, elle n'avait, pendant toute la durée de son sommeil, de communications qu'avec l'expérimentateur, et que, réveillée, elle ne savait rien de ce qui s'était passé.

M. Tillaux se décida à opérer sans faire usage du chloroforme; il s'agissait de pratiquer la colporrhaphie.

Tout étant préparé à cet effet, la malade endormie, vint d'elle-même à l'amphithéâtre. Elle fut soumise à cette pénible et longue opération qui dura vingt minutes, sans avoir un seul instant manifesté la plus légère trace de douleur ; sa seule inquiétude était de savoir quand on l'opérerait.

Rapportée dans son lit et réveillée, elle ne savait rien de ce qui était fait. M. Tillaux lui dit qu'il remet l'opération au lendemain, elle est fort mécontente ; il lui dit qu'elle est faite, elle répond brusquement que ce n'est pas vrai ! La malade a quitté l'hôpital guérie, sans avoir connu son opération autrement que par ouï-dire.

Étude de l'état psycho-sensoriel de la malade.
Par M. le docteur MESNET.

La facilité avec laquelle elle s'endort est extrême et la transition de l'état de veille à l'état hypnotique presque instantanée.

A ce moment, les sensibilités s'éteignent sur toute la surface du corps et des muqueuses, tout aussi bien à droite qu'à gauche, la sensibilité du tact seule persiste.

Ce remarquable exemple de dissociation des sensibilités, avec abolition de telles d'entre elles, et conservation de telle autre, est un fait assez fréquent chez les hypnotisés, et l'ignorance dans laquelle on a été pendant longtemps de la conservation du tact, alors qu'on pouvait traverser le doigt d'une malade avec une épingle sans qu'elle le sentît, a été rapporté au merveilleux, et a servi de prétexte à l'illusion de la transposition des sens. C'est grâce à cette apparence de raison qu'on a pu dire :

Ses yeux sont fermés — tout son corps est insensible, ses mains peuvent être tenaillées sans douleur — et cependant elle reconnaît ce qu'elle touche !

Donc elle voit par la pulpe des doigts!

Illusion !!! illusion disparue, comme bien d'autres dispa-

raîtront encore avec la connaissance de plus en plus intime des troubles fonctionnels du système nerveux!

Voyons le rôle réciproque de l'expérimentateur d'une part, et de l'opérateur d'autre part, vis-à-vis de l'opérée.

L'influence de l'expérimentateur est souveraine, il est le maître absolu de la situation, il dispose, il commande; quant à l'opérateur il n'a, pour le moment, qu'un rôle très effacé; il est indifférent à la malade au même titre que tout autre assistant; elle ne le voit, ne l'entend, ni ne le connaît, alors que tout à l'heure il occupait toute sa pensée.

L'isolement de la malade avec le monde extérieur serait donc complet, s'il ne lui restait un point d'attache dans la personne de l'expérimentateur, dont elle entend la voix, et auquel elle obéit servilement.

L'ouïe et le toucher persistant seuls dans ce naufrage des impressions sensitivo-sensorielles, c'est par l'exercice de ces deux sens que la communication reste établie avec l'expérimentateur, alors qu'ils sont fermés à tout autre excitant, d'où qu'il vienne; ils arrivent même souvent, vis-à-vis de lui, à un degré d'hyperesthésie fonctionnelle qui dépasse de beaucoup la moyenne de leur exercice normal. Il n'est point nécessaire qu'il parle haut, qu'il grossisse sa voix pour être entendu; la malade est tout oreilles, elle entend et exécute ses moindres commandements, elle n'a d'activité mentale que par lui et pour lui; cesse-t-il de lui parler, elle reste immobile et muette, incapable de toute spontanéité.

Elle porte ses mains vers l'expérimentateur, dont elle recherche les mains, les bras, comme si elle trouvait à leur contact une impression agréable. Qu'une autre personne la touche, elle se retire brusquement avec une expression de malaise très manifeste.

Cette concentration exclusive de la malade sur l'expérimentateur doit être entretenue par des appels incessants faits à son activité mentale : « Comment vous trouvez-vous? » « Êtes-vous bien? » « Souffrez-vous? » ou par des suggestions telles que : « Soyez calme! n'ayez nulle inquiétude, vous vous trouverez bien quand je vous réveillerai »; car, abandonnée à elle-même, elle pourrait se réveiller brusquement et perdre, en retrouvant sa sensibilité, le profit de l'anesthésie.

Je ne dois pas terminer cette communication sans vous parler des troubles de la mémoire et de l'ignorance absolue de l'opération quand on réveille la malade.

Elle voit avec surprise les personnes qui l'entourent, elle promène ses yeux autour d'elle pour reprendre possession de son milieu.

Il faut assurément qu'un grand trouble cérébral ait été produit dans l'ensemble des facultés, pour qu'une scission aussi complète s'opère dans l'exercice de la mémoire.

On pourra dire : « Mais quelle certitude avez-vous que la mémoire est anéantie? Vous n'avez d'autre preuve que la sincérité de la malade, et vous pouvez être dupe d'une mystification? »

Je ne vois d'autre réponse à faire à cette objection que celle-ci :

Soyez témoin des faits dont je vous parle; observez froidement, sans parti pris, le réveil d'un hypnotisé; voyez son expression, son regard, son étonnement, la transformation qui se fait dans tout son être, dans la coloration de sa peau, dans le timbre de sa voix, et vous n'échapperez point à l'émotion qu'ont eue tous les assistants de M. Tillaux quand sa malade, rapportée dans son lit, lui a demandé de fixer au lendemain le jour de son opération.

Tous les sujets hypnotisables — qu'on nous dit bien plus nombreux à Nancy, que nous ne les trouvons à Paris — n'arrivent pas à un même degré d'insensibilité générale et profonde qui permette de tenter, à leur insu, une opération sanglante.

L'anesthésie hypnotique ne sera donc jamais que le privilège de quelques malades, mais son application aura, sur le chloroforme, l'avantage de les soustraire aux dangers de la chloroformisation, ainsi qu'aux inconvénients qui en résultent.

Je ne verrais — nous disait M. Tillaux, au sujet d'une hémorrhagie survenue, une heure après, chez son opérée — je ne verrais qu'une seule observation à faire relativement aux quelques malades qui peuvent profiter de cette méthode, c'est que le spasme des petits vaisseaux, qui diminue la perte du sang pendant l'opération, peut devenir, quand il cesse au réveil et que la circulation se rétablit largement, l'occasion d'hémorrhagies qui devront être surveillées.

Quoi qu'il en soit, je conclus à cette nouvelle affirmation d'un fait déjà connu :

Que l'hypnotisme exerce sur certains sujets une action perturbatrice du système nerveux qui suspend momentanément les sensibilités superficielles et profondes, au point qu'une grande opération sanglante peut être pratiquée sur eux, sans éveiller de douleur, sans qu'ils en aient connaissance.

HOPITAL BEAUJON. — M. FERNET.

Des injections intrapleurales antiseptiques dans les pleurésies infectieuses (1).

II

La troisième observation présente une grande analogie avec la précédente : l'état typhoïde y fut plus accusé encore, mais ici l'existence des taches rosées lenticulaires, si importante pour le diagnostic de la nature de la maladie, a fait défaut.

OBS. III. — La nommée B... (Jeanne), âgée de trente-huit ans, domestique, entre dans mon service (salle Axenfeld, n° 19), le 20 février 1889 (2).

Cette malade est originaire du Mexique, mais elle habite la France depuis sa jeunesse; elle a le teint fortement pigmenté et des cheveux d'un noir foncé; elle est de petite taille, mais de constitution assez vigoureuse. Sa santé a été excellente jusqu'ici, et on ne trouve rien à relever dans ses antécédents.

Elle est tombée malade assez brusquement, il y a huit jours après une journée passée comme d'habitude, elle eut, sans raison apparente, une nuit mauvaise, agitée; le lendemain matin, elle éprouvait une lassitude générale et se leva péniblement pour faire son travail ordinaire. Dans la journée, elle ressentit un violent point de côté à gauche de la poitrine et, pendant toute une semaine, elle se traîna péniblement, ayant toujours la douleur de côté, un mal de tête persistant, de la fièvre tous les soirs et passant de très mauvaises nuits. Elle se décida alors à venir à l'hôpital.

Dans nos premiers examens, à voir son apparence de lassitude extrême et de prostration, sa langue tremblotante, couverte à sa partie supérieure, rouge sur les bords et à la pointe, l'intensité

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 785.

(2) Observation rédigée sur les notes de M. Barrisien, externe du service.

de la fièvre avec une température de 39 degrés le matin, 40 le soir, nous pouvions penser à une fièvre typhoïde, mais pourtant il n'y avait ni diarrhée, ni sensibilité exagérée dans la fosse iliaque droite, ni taches rosées lenticulaires, et, d'autre part, l'examen physique de la poitrine révélait tous les signes d'une pleurésie gauche avec épanchement déjà assez considérable : matité depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas, et occupant ainsi toute l'aisselle; souffle expiratoire dans la fosse sous-épineuse, silence complet au-dessous, égophonie, transmission de la voix chuchotée, suppression des vibrations thoraciques. Le cœur était un peu déplacé, et sa pointe venait battre près du bord droit du sternum. Les deux poumons paraissaient sains, du moins on n'y constatait aucun trouble morbide, et la respiration était peu gênée. L'urine contenait une petite quantité d'albumine.

Le 24 février, les phénomènes généraux sont toujours aussi graves, la fièvre persiste aussi intense; l'épanchement a encore augmenté; la matité s'étend à la partie antérieure de la poitrine dans tout le creux sous-claviculaire. Nous pratiquons d'urgence la thoracentèse et nous retirons 1400 grammes de liquide. Ce liquide est séreux avec une teinte verdâtre; il ne fournit, après vingt-quatre heures, qu'un très petit caillot fibrineux, et l'analyse chimique qui en est faite indique à peine 30 centigrammes de fibrine par litre (45 centigrammes de fibrine, quantité totale).

Ces caractères du liquide (peu fibrineux malgré l'intensité de la maladie), joints aux caractères de gravité apparente des troubles généraux, à la violence de la fièvre, me font porter un pronostic défavorable; il me paraît à peu près certain que l'épanchement se reproduira, et, d'autre part, j'incline à croire que cette pleurésie est secondaire, subordonnée peut-être à quelque maladie du poumon qui nous échappe et de nature infectieuse : je rappelle ici l'état typhoïde, l'élévation de la température et la présence de l'albumine dans les urines. Cependant, des cultures du liquide, pratiquées par M. Girode, n'ont donné que des résultats négatifs.

Trois jours après la ponction, la situation ne s'est pas améliorée : l'épanchement devient de nouveau apparent et remonte vers l'angle inférieur de l'omoplate. La fièvre demeure aussi vive et n'a subi aucune détente depuis la ponction : le 27 février, la température est de 40°4 le matin et 40°6 le soir; l'état typhoïde est toujours le même, mais les phénomènes abdominaux sont toujours absents. Ce jour-là, nous administrons à la malade 1 gramme de sulfate de quinine, et, à partir du lendemain, nous commençons les injections de liqueur de Van Swieten dans la plèvre, et nous en pratiquons successivement cinq dans l'espace de sept jours; chaque fois, nous retirons 5 grammes de liquide et nous injectons 5 grammes de liqueur de Van Swieten. Le liquide extrait par ces ponctions a été soumis à des cultures par M. Girode, mais ce procédé n'y a pas révélé la présence de micro-organismes.

En pratiquant ces injections, je me proposais de rendre le liquide pleural aseptique et d'avoir la chance qu'il ne s'y reproduisit pas quand je ferais une seconde ponction évacuatrice; peut-être même celle-ci pourrait-elle être évitée et le liquide serait-il résorbé, grâce à la modification apportée dans sa composition.

Pendant cette période des injections, qui s'étendit du 27 février au 6 mars, l'état de la malade changea peu; cependant la fièvre fut un peu moindre (température, 39°4 environ le matin, 39°8 le soir); il y eut, pendant deux ou trois jours, un peu de diarrhée sans autres phénomènes abdominaux; l'apparence typhoïde persistait; les nuits étaient mauvaises. Le sulfate de quinine, dont on donnait 1 gramme de temps en temps, était sans influence marquée ou du moins persistante sur la fièvre. Quant à l'épanchement, il restait stationnaire, du moins il n'augmentait certainement pas.

C'est dans ces conditions que, le 8 mars, nous pratiquons une nouvelle injection, différente des précédentes, dans la plèvre : nous retirons 100 grammes de liquide séro-fibrineux, tout à fait analogue à celui de la première ponction, et nous injectons à la place 100 grammes d'une solution de chloral au 100e, bien aseptique, soit 1 gramme de chloral dans 100 grammes d'eau filtrée, distillée et bouillie. Cette injection ne donne lieu, sur le moment, à aucun phénomène appréciable dans l'appareil respiratoire.

Dans les cinq jours suivants, il ne se produit aucun changement dans l'état de la malade : la fièvre reste aussi intense (pouls, 100-120; température, 39 à 40 degrés); les signes d'épanchement persistent.

Mais, le sixième jour après l'injection (14 mars), l'épanchement paraît positivement avoir diminué, et cette diminution se confirme par la suite; le 27 mars, il n'y en a plus trace, et la respiration est la même au niveau des deux bases. En même temps, la malade se sent mieux; et cependant, son apparence a peu changé; elle a toujours l'aspect d'une typhique et sa fièvre n'a guère varié, à peine quelques dixièmes de température en moins. Tous les trois ou quatre jours, on lui administre 1 gramme de sulfate de quinine, qui abaisse momentanément la température en provoquant une transpiration très abondante, mais cet abaissement ne persiste pas et le bénéfice paraît nul.

Cette fièvre, dont la cause est restée indécise, a duré encore pendant près d'un mois sous ce type continu, ou avec des rémissions insignifiantes. Pourtant, la malade accusait un peu de mieux. A partir du 1er avril, craignant de la voir se cachectiser, je commençai à l'alimenter, et cette tentative réussit bien. Quelques jours plus tard, la malade se plaignant de ne pouvoir dormir dans la salle commune, je la fis transférer dans une chambre séparée où elle retrouva le sommeil, et il y eut alors une atténuation de la fièvre : le pouls restant à 100-120, la température s'abaissa entre 38 et 39 degrés.

Enfin, le 15 avril, commença une période qui dura un mois, pendant laquelle la fièvre prit le type rémittent, 37 degrés le matin, 40 degrés le soir. Malgré une grande faiblesse, la malade s'améliorait petit à petit : elle mangeait un peu, dormait passablement, commençait à se lever presque tous les jours, et ne s'apercevait pas de la fièvre indiquée tous les soirs par le thermomètre. L'état de la poitrine restait satisfaisant; nous ne relevions qu'un peu d'affaissement du thorax du côté gauche (côté de la pleurésie), et aussi un peu de faiblesse du bruit respiratoire dans le sommet du même côté, sans aucun bruit morbide.

Le 21 mai, la malade était en état de partir pour le Vésinet, conservant un mouvement de fièvre tous les soirs avec une température de 39 degrés, mais dans un état général vraiment satisfaisant.

Au milieu de juin, elle est rentrée dans mon service, bien que son état de santé fût bon; mais elle était encore très faible et aurait été incapable de reprendre son service de domestique. Sa température s'élevait encore à 38 degrés dans la soirée; elle était normale le matin. Mais les progrès de sa convalescence ont été rapides; son appétit est bien revenu, elle a engraissé, et aujourd'hui (12 juillet) elle va sortir incessamment de l'hôpital.

Quelle qu'ait été la nature de la pleurésie dans les observations qui précèdent, que l'on admette, comme je l'ai pensé, qu'il s'agissait d'une maladie typhoïde dans les deux dernières observations, d'une maladie infectieuse mal déterminée dans le premier cas, ou qu'on laisse la question indécise, il me paraît incontestable que, chez les trois malades, le pronostic devait être considéré comme grave; l'intensité et la persistance de la fièvre, le développement des phénomènes généraux caractérisant un état typhoïde, suffisaient pour rendre le pronostic sévère, et, au point de vue de la pleurésie en tant que maladie locale, on pouvait craindre la purulence de l'épanchement, ou tout au moins la reproduction du liquide qui est habituelle lorsqu'on en pratique l'évacuation pendant la période d'activité de la maladie.

Le traitement par les injections antiseptiques s'est pro-

posé de rendre le liquide aseptique et d'en favoriser ainsi la résorption ou tout au moins d'en éviter la reproduction après une ponction évacuatrice. Dans les trois observations, nous avons, à plusieurs reprises, injecté dans la plèvre de la liqueur de Van Swieten; nous avons fait choix de cette liqueur parce qu'elle est considérée comme un des meilleurs antiseptiques. La dose a varié, dans les injections, de 5 grammes à 7gr50. Cette dose, en supposant qu'elle soit absorbée en totalité, est certainement inoffensive pour le malade, et, d'autre part, mêlée au liquide de l'épanchement, elle paraît capable d'empêcher ou tout au moins de gêner le développement des bactéries dans ce liquide; elle serait peut-être un peu faible, si l'on s'en rapporte aux tableaux dressés par les bactériologistes sur la valeur antiseptique de diverses substances introduites dans les bouillons de culture (1); mais M. Renaut n'hésite pas, d'après ses recherches expérimentales et ses observations cliniques, à la considérer comme efficace et suffisante.

Dans les trois observations qui précèdent, la maladie s'est terminée d'une façon favorable; or, étant donné le pronostic que ces trois cas semblaient comporter, je crois que les injections intra-pleurales ont été utiles et ont contribué au bon résultat final.

J'ai encore suivi la même méthode de traitement dans un cas récent de ma pratique particulière, où il paraît évident que la pleurésie devait être de nature infectieuse.

Obs. IV. — Il s'agit d'un malade âgé de cinquante-cinq ans, diabétique depuis plusieurs années, qui, à la suite d'une lymphite d'un des membres inférieurs, résultant d'un cor au pied enflammé et mal soigné, présenta tous les symptômes d'une affection purulente : outre plusieurs arthrites infectieuses, il survint une manifestation thoracique caractérisée d'abord par une violente douleur au milieu du dos et vers l'omoplate droite, qui persista pendant une huitaine; puis, par un épanchement dans la plèvre droite, qui atteignit bientôt l'angle inférieur de l'omoplate; enfin, par une certaine fétidité de l'haleine. Les symptômes que je viens d'indiquer me donnèrent à penser qu'il s'était fait un infarctus pulmonaire, et qu'il se développait sans doute un foyer gangreneux du poumon dont les signes physiques étaient d'ailleurs nuls ou masqués; quant à la pleurésie, je la considérais comme subordonnée à la lésion que je supposais dans le poumon. Que telle fût son origine ou qu'elle se rattachât directement à l'infection purulente, je craignais, en tout cas, qu'elle ne fût ou ne devînt purulente, et il me paraissait au moins certain qu'elle était de nature septique. Une ponction avec la seringue de Pravaz me permit de constater que le liquide récemment épanché était formé de sérosité transparente; l'examen bactériologique, pratiqué par M. Girode, n'y fit pas découvrir de micro-organismes. Néanmoins, je pratiquai, à quatre reprises différentes et à deux jours d'intervalle, des injections intrapleurales de liqueur de Van Swieten (une fois 1 gramme, trois fois 4 à 5 grammes), et, pendant ce temps (du neuvième au quinzième jour de la maladie), je pus constater, à chacune des ponctions, que le liquide n'augmentait pas de quantité et qu'il restait absolument séreux; c'est ce dernier résultat que je poursuivais et qui a été entièrement atteint. Malgré tout, le malade succomba aux progrès de la maladie infectieuse, le traitement antiseptique général au moyen du sulfate de quinine, du salicylate de soude, du naphtol à l'intérieur, n'ayant pu exercer aucune influence sur l'évolution de l'infection purulente.

Dans une de mes observations, j'ai fait, en outre, une fois, dans la plèvre, une injection de 100 grammes d'une solution de chloral au 100e. Cette injection avait pour objet, en présence d'un épanchement rendu aseptique par des injections de sublimé antérieures, de substituer un liquide facilement absorbable à un liquide qui ne semblait pas l'être, puisqu'il ne montrait aucune tendance à la résorption, et encore de mêler un liquide antiseptique à ce qui pouvait rester de liquide aseptique. Cette intervention a encore paru heureuse dans ce cas, puisque, au bout de quelques jours, liquide pleurétique épanché et liquide injecté étaient totalement résorbés, et que la malade pouvait être considérée comme guérie.

Il me paraît inutile d'insister sur la nécessité des plus grandes précautions opératoires : il va de soi que ce traitement, comme tous les traitements chirurgicaux, ne peut être inoffensif que si l'on s'astreint, dans tous les détails de l'intervention, aux plus minutieuses précautions antiseptiques.

(1) Si l'on admet que le plus faible titre des dilutions de sublimé, capables de détruire les bactéries en plein développement dans les bouillons ou les infusions, soit le titre de 1/20000, on voit que 5 milligrammes de sublimé ou 5 grammes de liqueur de Van Swieten ne peuvent stériliser que 100 grammes de liquide. Pour stériliser 1 litre de liquide, il faudrait 50 grammes de liqueur de Van Swieten, et même 80 grammes, d'après les tableaux de Duclaux.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Le Dentu.

Néoplasme de l'épiploon hernié.

(Observation recueillie par M. Lafourcade, interne des hôpitaux.)

Alfred S..., cinquante-quatre ans, ciseleur, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, le 12 février 1889.

C'est un homme amaigri et cachectique. Sa mère est morte d'une maladie de cœur; il a perdu un frère et une sœur de la poitrine. Lui-même a eu une fièvre typhoïde à dix-sept ans, puis, à deux reprises (vingt-cinq et vingt-sept ans), une « fluxion de poitrine »; depuis, il tousse tous les hivers.

L'an dernier, en juin 1888, il fut opéré par M. Le Dentu, d'un sarcome des fosses nasales; il était déjà pâle et affaibli, et, depuis deux ans, il sentait ses forces décliner de jour en jour, mais nulle part l'examen clinique ne fit alors découvrir de néoplasme herniaire.

L'opération n'améliora que pour un temps assez court sa santé générale. Six mois plus tard, il était pris d'une diarrhée presque continuelle, et qui ne s'arrêtait que pour faire place à une constipation opiniâtre; le ventre était sensible, et des crises douloureuses survenaient de temps en temps.

Les accidents herniaires proprement dits datent de huit jours. Une nuit, le malade est réveillé par des tiraillements douloureux à l'aine gauche : il y porte la main, il y trouve une tumeur grosse comme un œuf, arrondie, assez dure, qui venait de paraître. Un médecin, appelé, ordonne le repos au lit et des cataplasmes. La hernie était encore réductible en totalité, il y avait de la diarrhée au début.

Mais les douleurs devinrent plus aiguës; depuis deux jours, l'irréductibilité était complète; les selles étaient suspendues mais les émissions gazeuses continuaient à se faire; quelques vomissements, sans caractère fécaloïde. Ce fut alors que le malade entra dans les salles de M. Le Dentu. La tumeur herniaire était peu tendue et comme fluctuante : on pensa à une épiploïte simple avec pincement latéral de l'intestin.

La kélotomie fut pratiquée le 12 février :

Le sac ouvert, il s'écoule un liquide séro-sanguin, louche, d'une odeur fécaloïde très accusée; une masse épiploïque, rougeâtre, épaissie, noueuse, le remplit et adhère à sa face interne. Cet épiploon est criblé de noyaux néoplasiques, dont la grosseur varie d'un pois à une amande, noyaux durs, finement bosselés, blanchâtres à la coupe, qui s'accolent et forment masse entre les

plis recroquevillés de la séreuse. D'intestin, on ne peut découvrir de trace.

L'épiploon cancéreux est lié et réséqué; la masse se prolongeait dans la fosse iliaque; on met un drain et l'on suture.

Le lendemain, le pansement est imprégné de pus; et le second jour, ce sont des matières stercorales qu'on trouve épanchées au-dessous de lui. On enlève les sutures : un anus artificiel s'établit.

Mais l'état général avait empiré chaque jour, et le malade, agonisant, fut emmené par sa famille.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juillet 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Costomiris, se portant candidat au titre de correspondant étranger;

2° La demande d'ouverture d'un pli cacheté de M. le docteur Alison, sur l'emploi du tannin dans le traitement de la grippe;

3° Un travail de M. Semet, médecin-major, sur la fièvre typhoïde dans la garnison de Nîmes (1884-1888).

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers.

Pour la première place, le nombre des votants étant 39 et la majorité 20 :

M. Rommelaere obtient 35 voix; M. Sidney Ringer, 2 voix; M. Van den Corput, 1 voix. Il y a un bulletin blanc.

M. Rommelaere, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

Pour la deuxième place, le nombre des votants étant 28 et la majorité 15 :

M. Sidney Ringer obtient 24 voix; M. Moncorvo, 2 voix; M. Van den Corput, 1 voix. Il y a un bulletin blanc.

M. Sidney Ringer, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

LECTURES

Prophylaxie de la tuberculose. — M. VILLEMIN lit les conclusions de la commission instituée par le Congrès de la tuberculose pour étudier la prophylaxie de cette affection. (Sera publié.)

Opération dans le sommeil hypnotique. — M. MESNET rappelle que, depuis 1829, les chirurgiens ont parfois eu recours à l'état d'hypnose pour pratiquer des opérations. Il annonce que M. Dureau prépare un relevé des opérations faites dans le sommeil hypnotique et lit la relation d'une cystocèle vaginale, opérée par M. Tillaux pendant l'état d'hypnose. (Voir plus haut, p. 793.)

Entéro-anastomose. — M. CHAPUT lit une communication sur une entéro-colostomie par le procédé de la pince et sur l'entérorrhaphie longitudinale.

Il s'agit d'un homme de cinquante-trois ans qui, le 27 septembre 1888, subit l'entérostomie sur le cæcum pour occlusion intestinale. Les jours suivants, le malade rendit une quantité énorme de noyaux de cerises mangées deux mois auparavant. Cette constatation permit de penser à la cure de l'anus contre nature.

Le 27 octobre de la même année, M. Chaput se proposait de fermer l'orifice intestinal quand on lui apprit que, ni purgatifs, ni lavements n'avaient pu amener d'évacuations. Une sonde œsophagienne, introduite séance tenante, fut arrêtée à la partie supérieure du rectum. L'opération projetée étant contre-indiquée, le chirurgien fit, séance tenante, la laparotomie dans le flanc gauche pour aller à la recherche de l'obstacle, et trouva le colon descendant très rétréci.

Devant l'étendue des lésions, l'opération resta exploratrice et la guérison se fit en quelques jours.

Cinq mois après, le 21 mars 1889, M. Chaput exécuta de la façon suivante l'entéro-colostomie iliaque gauche pour dériver le cours des matières.

Une incision médiane de 10 à 12 centimètres fut faite au-dessus du pubis; après ouverture du péritoine, on alla chercher l'S iliaque qui fut fixé avec un fil et amené dans la plaie. L'opérateur alla ensuite à la recherche du cæcum et amena dans la plaie la dernière anse de l'iléon, environ à 30 ou 40 centimètres de sa terminaison. Une suture continue accola les deux intestins l'un à l'autre sur une hauteur de 10 centimètres. L'intestin grêle fut ensuite fixé à la lèvre droite de la plaie et l'S iliaque à la lèvre gauche. Deux incisions ouvrirent l'un et l'autre intestin. Le 27 mars, M. Chaput introduisait par les deux orifices les deux mors d'une longue pince à pédicule qui fut fortement serrée.

Au bout de quelques jours la pince étant tombée, la communication se trouvait établie entre les deux viscères, mais les matières sortaient toutes par la plaie médiane. Deux tentatives de réparation, faites l'une le 6 avril, l'autre le 19 mai, amenèrent des selles régulières par l'anus normal. Actuellement le malade peut être considéré comme guéri, bien qu'il persiste une petite fistule du volume d'une tête d'épingle sur la ligne médiane. Cet orifice se fermera de lui-même ou très facilement par une petite opération complémentaire.

Entérorrhaphie longitudinale. — M. CHAPUT a fait des expériences sur les chiens, au sujet desquelles il veut seulement établir la priorité.

Si l'on suppose exécutée une résection de l'intestin, les deux bouts à réunir sont sectionnés longitudinalement sur une longueur de 12 à 15 centimètres. On réunit par une suture continue les lèvres correspondantes des deux incisions de façon à faire communiquer largement les deux anses entre elles. Reste l'oblitération des orifices des deux canons de fusil. M. Chaput l'obtient très simplement en abrasant la muqueuse avec une curette tranchante sur une étendue de 1 à 2 centimètres et en suturant ensuite les surfaces ravivées. On termine l'opération en fixant par quelques sutures l'épiploon à la surface de l'anse opérée. Les avantages de cette méthode sont tels que l'auteur pense qu'elle se substituera à tous les autres procédés d'entérorrhaphie.

Saccharine. — M. CONSTANTIN PAUL a continué avec M. Marfan ses recherches sur la saccharine.

Le pouvoir antiseptique de la saccharine diminue par l'addition des alcalins et augmente de plus en plus à mesure que la saccharine est de moins en moins alcalinisée. De là une application thérapeutique évidente. Lorsqu'on voudra employer la saccharine comme substance sucrante et non comme antiseptique chez les diabétiques, il faudra absolument y joindre une égale proportion de bicarbonate de soude. Si, en effet, la saccharine n'était pas alcalinisée, les fermentations digestives seraient entravées et on aurait à craindre le retard de la digestion et les maux d'estomac dont se sont plaints certains diabétiques.

Au contraire, quand on voudra obtenir une action antiseptique énergique, on emploiera la saccharine pure en poudre. Toutefois lorsqu'il s'agit du microbe de la putréfaction, du microbe de la suppuration et de tous les microbes qui vivent dans la bouche, la proportion de deux parties de bicarbonate de soude pour trois de saccharine permet d'arrêter le développement de ces microbes.

Cette addition du bicarbonate de soude à la saccharine la rendra soluble et en fera un dentifrice précieux.

Accidents chloroformiques. — M. J. MICHON rappelle qu'au laboratoire de M. Claude Bernard, on ne chloroformait les chiens qu'après les avoir fait manger. Les accidents étaient moins fréquents.

Lorsque les accidents se produisaient et que la respiration

artificielle et l'électrisation échouaient, on avait recours, avec succès, à la projection d'un jet puissant d'eau froide sur la nuque des animaux.

Ces expériences ont, du reste, été reprises avec le même résultat, au laboratoire de M. Laborde.

PRÉSENTATION

Jumelles. — M. TARNIER présente quatre jumelles vivantes, âgées de deux mois et demi. Le père de la mère de ces enfants était un jumeau.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Nourrices-vierges et pères-nourrices (1).

Par M. Victor MEUNIER.

Cédant à l'instinct d'imitation, une petite fille de huit ans se plaisait à approcher de son sein la bouche d'un enfant à la mamelle. Au bout de quelque temps, elle eut du lait, et elle en eut assez pour nourrir cet enfant pendant un mois.

Pardon du rapprochement : Buffon cite une chienne vierge qui nourrit de son lait plusieurs chiens nouveau-nés qu'on lui donna.

Pour qui aime les contrastes, nous opposerons à cette petite fille de huit ans une femme de soixante-quinze ans, qui se mit en tête d'allaiter son petit-fils et fut à la hauteur de la tâche. Le fait est rapporté par MM. Filhol et Joly. Avait-elle lu Aristote qui a écrit : « On peut faire venir du lait à des femmes déjà âgées en les tétant, et même on en a vu avoir assez de lait, par ce moyen, pour nourrir un enfant. »

M. Charrier a vu une grand'mère, quinze ans après son dernier accouchement, donner le sein à l'enfant de sa fille.

M. Perrin a possédé une chatte, qui mourut quelques semaines après avoir mis bas. Son petit, le seul qu'on lui eût laissé, fut adopté et allaité par la grand'mère qui n'avait pas mis bas depuis l'année précédente.

Ces deux derniers faits sont cueillis à la Société de médecine de Paris.

Celui qui écrit ces lignes a eu à la campagne, dans le pays même et non loin de la place où Jean Valjean fit la rencontre de Cosette, une chatte nourrice qui tétait encore sa propre mère.

Ce qui rappelle en bien ces trois crabes dont Frédol (Moquin-Tandon) parle dans son *Monde de la Mer*, qui étaient attablés les uns aux autres : le premier étant mangé par le second, qui l'était au même moment par le troisième.

Revenons à la Société de médecine.

M. Perrin cite une dame de sa clientèle, que des abcès multiples du sein, survenus pendant qu'elle allaitait son huitième enfant, contraignirent de mettre celui-ci aux mains d'une nourrice. Au bout de quatre mois, voyant le petit malheureux dépérir, et s'apercevant que son lait n'était pas entièrement tari, elle eut l'idée de présenter le sein à l'enfant, qui le remplit en y puisant.

M. Blondeau a vu chez un enfant de quelques semaines un abcès laiteux du sein. Il a vu le lait sourdre du mamelon de nouveau-nés.

Ce dernier fait est loin de constituer une rareté.

M. Lolliot rappelle que, chez certaines peuplades, quand une femme meurt pendant l'allaitement, ses devoirs de nourrice incombent à sa plus proche parente qui est quelquefois une femme âgée, et qui toujours, même dans ce dernier cas, grâce aux efforts du nouveau-né, finit par se trouver à la hauteur de sa tâche. J'ajoute que c'est quelquefois aussi une jeune fille vierge, et, après ce qui précède, on ne s'étonnera pas d'apprendre qu'elle s'en tire à honneur.

Livingstone, dans son premier voyage, cite, comme à sa connaissance personnelle, plusieurs exemples de grand'mères ayant allaité leurs petits-enfants.

A Kuruman, Sina, jeune indigène de dix-huit ou dix-neuf ans, étant accouchée de deux jumeaux, sa mère, Masina, s'empara de l'un des nouveau-nés, et, quoiqu'elle n'eût pas nourri depuis quinze ans au moins, eut immédiatement assez de lait pour suffire à l'enfant. Masina avait une quarantaine d'années qui en valent plus pour les femmes de là-bas que pour celles d'ici.

Une autre grand'mère du même âge, étant seule avec son petit-fils et l'entendant pleurer, lui donna sa mamelle flétrie d'où la consolation ne tarda pas à sourdre.

Qu'un enfant soit nourri simultanément par sa mère et sa grand'mère, cela se rencontre aussi chez ces bonnes gens-là, et le grand voyageur en eut un exemple sous les yeux.

Voilà pour les âges.

Livingstone avait vu tant de choses en ce genre, il avait vu tant de fois la succion déterminer à elle seule la production du lait, qu'il ne trouvait rien d'inadmissible dans l'histoire légendaire de ce père qui, durant les guerres religieuses d'Écosse, aurait allaité son fils ; en quoi il avait bien raison, la zoologie fournissant des exemples de mâles lactifères.

Aristote raconte, en son *Histoire des animaux*, qu'à Lemnos un bouc fournissait du lait dont on faisait de bons fromages. La ménagerie du Muséum a possédé un bouc du même genre, et, par parenthèse, il venait de Lemnos.

Mais la sécrétion lactée n'est pas, parmi les mâles, le privilège des boucs. Humboldt, dans son *Voyage aux régions équinoxiales*, rapporte l'histoire d'un certain laboureur, Francisco Lozano, âgé de trente-deux ans, qui de son propre lait nourrit son fils, lequel ne reçut aucune autre nourriture. L'amiral Franklin raconte qu'un Esquimau, ayant perdu sa femme, éprouva un vif désir de pouvoir allaiter son enfant, privé de nourrice ; qu'il lui vint du lait et qu'il put pendant quelque temps remplir l'office de mère. M. Alfred Maury, d'après qui je cite le fait (1) et qui renvoie lui-même à la *Revue britannique* de 1838, y voit un effet de la puissance de la volonté et du désir.

Au sujet de l'anecdote écossaise à laquelle il vient d'être fait allusion : « On a cité ce fait comme un miracle, écrit Livingstone, mais le sentiment d'un père pour le fils de celle qu'il aimait et qu'on vient d'assassiner sous ses yeux, ne peut-il pas se rapprocher du sentiment maternel? » — interprétation bien digne de la grande âme de l'illustre voyageur, conforme, d'ailleurs, à celles qui précèdent et que n'infirme point ce que nous savons aujourd'hui de l'influence du moral sur le physique.

Notons que cette action morale est, en tout cas, secondée par l'action physiologique du nouveau-né. Carlier cite un exemple de lactation chez un mouton dont une mamelle était régulièrement traite par un berger.

On demande quel est le but de tels et tels organes, dont les fonctions ne sont point apparentes : la queue du chien, les mamelles de l'homme, etc. Pour ces dernières, si on ne voit pas à quoi elles servent, les exemples précédents montrent à quoi elles pourraient servir. Ces organes prouvent que si les hommes, qui ont envahi les professions de femme, portaient aussi leurs vues sur l'emploi de nourrices, laissé vacant par tant de mères, avec de l'application ils y pourraient réussir.

Il y a en Océanie des sauvages chez qui l'usage veut, lorsqu'une femme vient d'accoucher, que son mari prenne le lit à sa place ; on voit que ces fainéants, puisqu'il leur plaît de jouer à l'accouchée, pourraient remplir ce rôle ridicule d'une façon encore bien plus ressemblante.

Quant à la queue du chien, ceux qui demandent à quoi elle sert, oublient apparemment la part du geste dans l'éloquence.

---

(1) Cet article est extrait des *Excentricités physiologiques*, livre qui va paraître chez Dentu.

(1) A. MAURY. *La magie et l'astrologie dans l'antiquité et au moyen âge*, p. 368.

Dans le roman zoogénique actuel, les mamelons, chez le sexe barbu, s'expliquent par la supposition que les premiers mâles partagèrent avec les premières femelles le soin d'allaiter les portées, supposition qu'on peut qualifier d'intrépide en présence de ce fait négatif, qu'il n'est pas une seule espèce de mammifères, même parmi les moins élevées ou les plus dégradées, qu'il n'en n'est pas une, — quoique, chez toutes, le mâle soit muni de mamelons, — qu'il n'en n'est pas une seule, dis-je, chez laquelle la fonction de lactation soit commune aux deux sexes. Ne serait-ce pas en souvenir de ce temps hypothétique des mâles-laitiers, que les sauvages mentionnés ci-dessus prennent le lit quand leurs femmes accouchent?

M. Edward Taylor n'a pas pensé à celle-là dans le livre remarquable (1), où avec trop peu d'ordre, à l'anglaise, et un peu trop compendieusement, à l'allemande, il développe ce qu'il a appelé le « Principe de la survivance ».

Voilà pour les sexes.

Double curiosité : un mulet nourrice ou qui du moins pourrait l'être, ses mamelles fournissant une notable quantité de lait. Ce phénomène est un produit du Mexique. Un médecin du pays en fit l'objet d'une note communiquée à la Société de biologie par Paul Bert.

La curiosité est double, puisque : 1° le sujet est un mâle, et 2° puisqu'il ne l'est même pas, n'étant qu'incomplètement sexué.

Toutefois, sur ce dernier point, il y a à dire que la stérilité du mulet, pour être un fait général, très général, n'est pas un fait absolu ; le mulet produit par exception dans notre climat ; il produit, par exception encore, mais moins rarement, sous les basses latitudes. Gray, dans son ouvrage sur la ménagerie de Kowsley-Hall, décrit même ce qu'il appelle un double mulet, le produit d'une jument croisée avec un hybride d'âne et de zébresse. Ce double mulet avait en lui le sang de trois espèces.

(1) E. Taylor. *La civilisation primitive.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aux docteurs en médecine élus conseillers généraux et dont nous avons déjà donné la liste, ajoutons les suivants :

MM. Blanc, à la Bâtie-Neuve ; Gando, à Saint-Sauveur ; Fonbarlet, à La Voulte ; Bounet, à Liégnières ; Barbé, à Henrichemont ; Alessandri, à Piedicorte-di-Gaggio ; Millet-Lacombe, à Saint-Pardoux-la-Rivière ; Jegun, à Montréal ; Boichin, à Nozeroy ; Lecanelier, à Barneville ; Naudet, à Auberive ; Leroyer, à Carouges ; Vauclin, à Courtomer ; Gravier, à Modane ; Cunéo, au Beausset ; Beguin, à la Roche-Brussanne ; Duchâteau, à Bessines ; Boudard, à Vermentoux.

— Par décret, en date du 27 juillet 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Manoha, médecin principal de deuxième classe, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe, retraités, Aubert, Chauvin, Combier, Daguenet, Delort, Dumont, Gaumé, Louis, Planque, Protain et Scovazzo.

— M. le docteur Reynier, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien titulaire de l'hospice d'Ivry.

— *École de médecine naval de Brest.* — M. le médecin de première classe de la marine Auvray est nommé professeur de thérapeutique.

— Par décisions ministérielles, en date des 27 et 28 juillet 1889, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Daum, pour le 79e d'infanterie ; Boyer, pour le 1er spahis, et Salle, pour le 2e zouaves.

MM. les médecins aides-majors de première classe Olivier, pour le 12e d'artillerie ; Langle, pour le 29e bataillon de chasseurs à pied.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Renaud, pour l'hôpital militaire de Nancy.

— La séance d'inauguration du Musée de l'hôpital Saint-Louis et d'ouverture du Congrès de dermatologie et de syphiligraphie aura lieu le lundi 5 août, à neuf heures du matin.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Merzbach, élève en médecine, décédé dans sa vingtième année.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

25

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

17

PEPTONE DENAEYER

Éléments de la viande digérés et diffusibles, en solution concentrée à 20 p. 100, **limpide et stérilisée;** saveur et arôme de fort bouillon de bœuf.

Analyses de MM. les professeurs Violette, Frésénius, Krukenberg, etc.

Rapport à l'Académie royale de médecine de Belgique.

BROCHURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

PEPTONATE DE FER DENAEYER

ferrugineux neutre, non astringent, complètement assimilable.

Dépôt central : MICHELAT *et* LESUEUR, *9, rue des Guillemites, Paris. — Pour le Nord, Pharmacie* GOBERT, *à Lille.*

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

96

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

seule décrétée d'intérêt public.

CONNUE ET RECOMMANDÉE DEPUIS 150 ANS.

Exiger la source du **Pavillon.**

58

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

92

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

65

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

93

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

16

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

79

NI GASTRALGIES, NI ENTÉRALGIES !

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé.	0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . . .	0 20
Extrait de salsepareille	0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, BORDEAUX, et phies.

42

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est d'après les plus illustres médecins un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

82

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

79

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

66

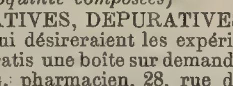
PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.



Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

67

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César. Paris.

23

GRANULES ANTIMONIAUX

DU Dr PAPILLAUD

Médication à base d'arséniate d'antimoine

(0,001 milligr. par GRANULE)

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (séances des 8, 15, 22 nov. et 6 déc. 1870).

Médicament prescrit avec succès par le Corps médical depuis plus de vingt années.

Troubles de la circulation, Palpitations, Intermittences, Affections névrosiques et rhumatismales du cœur, Hypertrophie cardiaque, Asthme, Bronchite chronique, Phthisie au début.

DOSE : de 2 à 8 granules par jour.

Dépôt général : Phie GIGON, 7, r. Coq-Héron, Paris et ttes phies, env. de flacon d'essai à MM. les Docteurs.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

N° 88. — SAMEDI 3 AOUT 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 3 AOUT 1889. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. D. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Néoplasmes herniaires et péri-herniaires.

Par M. le docteur LEJARS,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

Nous prendrons ce terme de néoplasme dans son sens le plus large, et nous l'appliquerons ici aux tumeurs, bénignes ou malignes, aux kystes, à la tuberculose, ayant la hernie pour siège et nés aux dépens de son contenu, du sac ou des enveloppes externes. Si différentes qu'elles soient par leur nature, leur origine et leur évolution, un lien pathogénique rattache toutes ces lésions herniaires; de plus, elles modifient profondément les caractères objectifs de la hernie, sa marche clinique, les procédés opératoires qui lui deviennent applicables.

Ces faits semblent rares, s'il faut en croire le laconisme des traités; et pourtant, sans compter les kystes, il ne nous a pas été fort difficile d'en rassembler plus de trente-cinq observations.

Arnaud (1) en parle un des premiers. Citant un exemple de ce qu'il appelle l'adhérence spongieuse, il ajoute que « ces sortes d'excroissances fongueuses sont d'autant plus dangereuses que, outre les accidents qu'elles causent en étranglant l'intestin, elles peuvent dégénérer en carcinome ».

Scarpa, J. Cloquet, Malgaigne ne parlent pas des néoplasmes herniaires proprement dits, mais ils connaissent les kystes; pourtant, il faut arriver à la thèse de M. Duplay (2) [1865] pour en trouver une étude complète.

En 1873, dans son article HERNIES du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, M. Le Dentu signale « les kystes qui se forment dans les couches sous-cutanées, l'hypertrophie du tissu graisseux parfois sous forme de véritable lipome, l'hypertrophie de l'épiploon et du mésentère, enfin les adhérences unissant les viscères entre eux ou avec la face interne du sac »; mais les tumeurs du sac ou de son contenu sont encore à peine connues.

(1) ARNAUD. *Traité des hernies*, cité dans la Thèse de M. Boiffin, *Hernies adhérentes au sac*, 1887.

(2) DUPLAY. *Des collections séreuses et hydatiques de l'aine*, Thèse de doctorat, 1865.

Dans le traité de Pitha et Billroth, Benno Schmidt consacre un chapitre spécial aux « néoplasmes dans les hernies ». « Jusqu'à présent, écrit-il, l'attention n'a pas été portée sur les néoplasmes de l'intestin hernié; peut-être résultent-ils des mauvaises conditions circulatoires dont il est le siège. » Il en expose un cas, l'observation de Sonnenburg, que nous retrouverons tout à l'heure; mais il s'occupe surtout des kystes du sac et des viscères herniés.

Ce sont encore les kystes que l'on trouve étudiés presque exclusivement dans les traités de Follin et Duplay, de Kœnig (1), etc. Enfin M. Boursier, dans un article tout récent (2), se contente aussi de signaler les lésions pathologiques et les dégénérescences susceptibles de se développer sur le le péritoine du sac (tubercule, cancer, etc.); mais, ajoute-t-il, « ces lésions n'y sont presque jamais primitives ».

De cette brève revue ne faut-il pas conclure que les néoplasmes herniaires n'ont point encore été l'objet d'un travail d'ensemble ? Et pourtant, à chercher les faits épars dans les journaux et les recueils, il est possible d'en grouper un nombre suffisant, pour esquisser l'histoire de cette complication peu étudiée. Ce qui est certain, c'est que l'examen anatomique des hernies, plus souvent pratiqué sur le vivant, aujourd'hui que la cure radicale est devenue œuvre de chirurgie courante, et, aussi, l'autopsie plus régulièrement et plus soigneusement faite des hernies, dans les hôpitaux de vieillards, en particulier, que ces deux modes de recherche ne tarderont pas sans doute à grossir le nombre des observations.

Nous l'avons indiqué déjà, les néoplasmes herniaires peuvent être : *intra-sacculaires*, *sacculaires*, *péri-sacculaires*, en d'autres termes, intéresser le contenu du sac, le sac, les enveloppes externes de la hernie.

I

NÉOPLASMES INTRA-SACCULAIRES. — Ce sont les plus fréquents; il n'est pas rare, du reste, que, de l'intestin ou de l'épiploon, le néoplasme ou la tuberculose s'étendent à la paroi du sac, et qu'il en résulte une masse confluente englobant à la fois le contenu de la hernie et ses enveloppes. Les différents organes herniés peuvent être atteints : l'intestin, l'épiploon, le mésentère, l'ovaire, le testicule, etc.

(1) KŒNIG. *Handbuch der speciellen Path.*, Bd. II, p. 281.

(2) BOURSIER. *Dictionnaire encyclopédique*, 1888, art. HERNIES.

1. *Intestin.* — Nous avons observé, en 1886, à la clinique de notre maître M. le professeur Le Fort, un fait de sarcome de l'intestin hernié avec propagation au sac : nous débuterons par l'exposé résumé de cette observation.

C'était un homme de trente-trois ans, typographe. Il portait depuis l'enfance une hernie inguinale droite. Une première fois, le 25 février 1885, il était entré à la clinique de Necker, pour des accidents d'étranglement. M. le docteur Routier n'avait pu réduire qu'en partie la masse herniée, mais l'intervention avait suffi pour faire cesser la constipation et les vomissements; le 13 mars, le malade quittait l'hôpital, avec une hernie toujours partiellement irréductible. Il ne portait pas de bandage.

Il y a huit jours, dans la nuit, la hernie sortit plus grosse, et douloureuse; mais, sous une légère compression, elle se réduisit au bout de quelques heures; ou plutôt elle revint à son volume primitif.

Hier (2 mai) dans l'après-midi, sans effort, elle sort de nouveau; dans la soirée, les vomissements commencent, pour durer toute la nuit. Ce matin, le malade entre dans nos salles, et voici ce que l'on constate :

La région inguino-scrotale droite est occupée par une tumeur allongée qui se soulève en trois bosselures : l'une tout inférieure, arrondie et rénitente, d'une sensibilité spéciale à la pression, c'est le testicule; l'autre plus grosse, séparée de la première par un sillon circulaire très net; la troisième, la plus développée, se dessinant sous forme de relief aplati au-dessus du pli de l'aine. Toutes trois sont mates, aucune n'est transparente.

Selles et gaz étaient interrompus depuis la veille; pas de vomissements; pouls plein et fréquent, facies coloré. On pratique une séance de taxis sous le chloroforme, d'environ un quart d'heure, sans résultat.

Le lendemain, la hernie était moins tendue. M. Le Fort fit encore une courte tentative de taxis. Dans la journée, le malade vomit environ deux litres d'un liquide un peu trouble, mais sans odeur, sans caractère fécaloïde. La douleur seule était vive, à la moindre pression.

Le jour suivant, une nouvelle séance de taxis fut instituée : sous la pression, la bosselure moyenne céda et se réduisit, le testicule devint très net, en bas, mais le relief inguinal persistait, même sous le chloroforme, il devenait, au contraire, plus tendu.

M. Le Fort fit alors une ponction aspiratrice dans cette tumeur que rien ne pouvait refouler définitivement : il retira 100 grammes d'un liquide bien fluide, sans odeur, rougeâtre; la pointe de la canule était libre dans une cavité close, au fond de laquelle on la sentait buter contre un corps dur.

Le malade eut une émission gazeuse, dans la nuit, et le lendemain, une première selle. Dès lors, le cours des matières se rétablit peu à peu, et l'amélioration s'accusa de jour en jour : mais il restait au pli de l'aine cette masse arrondie, du volume d'un œuf, mollasse à la pression, irréductible.

Quinze jours après, le 20 mai, on décida une intervention définitive.

Le malade endormi par le chloroforme, M. Le Fort fait sur la tumeur inguinale une incision parallèle à son grand axe, celle de la kélotomie. Il coupe sur la sonde cannelée une série de feuillets celluleux, il ponctionne avec la pointe du bistouri : du liquide s'écoule, en petite quantité, séreux. Le sac est alors largement ouvert : sa face interne, son collet sont explorés avec soin : nulle part on ne trouve d'intestin, ni d'épiploon.

On revient à la face externe du sac; lentement, à petits coups, on la décortique jusqu'au niveau de l'anneau inguinal externe; là, on tombe sur une petite masse blanchâtre, arrondie, mollasse. La dissection remonte plus haut, la paroi antérieure du canal inguinal est sectionnée, et, suivant toujours la continuité du sac, on découvre sa portion intra-inguinale, celle qu'on avait toujours sentie irréduite, bosselée, grisâtre, indurée. L'isolement en est laborieux, il se fait au doigt et au bistouri : tout à coup, de l'angle supérieur de la plaie, s'échappe un flot de liquide intestinal. On prolonge largement l'incision abdominale vers l'ombilic, un fil passé dans le mésentère maintient l'anse déchirée. Enfin, on arrive à enlever tout entière la masse néoplasique adhérente à l'intestin ; mais il avait fallut en réséquer une longueur de 8 centimètres environ. Les deux bouts sont rapprochés, réunis par leur bord mésentérique, suturés à la peau par le reste de leur circonférence : anus contre nature.

Les suites de l'opération furent d'abord presque rassurantes : l'anus artificiel fonctionnait bien, il n'y avait pas de douleurs, pas de vomissements. Mais la température restait haute : 39 degrés.

Cette fièvre persista et s'accrut; et, sans accidents bruyants, trois jours après, le malade succombait à la péritonite.

L'autopsie ne révéla que les lésions banales de la péritonite aiguë : il n'y avait nulle part trace d'autre tumeur.

L'examen de la pièce enlevée, bien que les difficultés de l'opération l'eussent un peu défigurée, était d'un tout autre intérêt.

C'était une plaque épaisse de 1 centimètre à 1 centimètre et demi, semée de noyaux arrondis et durs, qui occupait la paroi du sac herniaire, dans la plus grande partie de son évasement intra-inguinal, et plus haut, vers le collet profond, se continuait sur l'anse herniée et sur son mésentère. Il y avait une adhérence intime, une fusion véritable, à ce niveau, du sac, du mésentère et de l'intestin ; le tube intestinal, libre encore dans le reste de sa circonférence, se confondait, par l'une de ses parois, dans le bloc néoplasique, et son mésentère n'était plus qu'une lame épaisse et rigide. Les lésions étaient circonscrites à la portion herniée.

Le néoplasme était blanchâtre et sec, à la coupe. L'examen histologique, pratiqué par notre collègue et ami M. Leroy, aide-préparateur d'histologie à la Faculté, permit de conclure à un fibro-sarcome.

A côté de ce fait, nous avons relevé trois autres observations de néoplasmes de l'intestin hernié. Celle de M. Chauffard (1) est la plus caractéristique : c'était chez un homme de cinquante-deux ans, mort de péritonite généralisée. « La hernie, presque aussi grosse que les deux poings, était formée par une anse de gros intestin, longue de 20 centimètres environ, et correspondant à l'S iliaque; le sac et l'intestin étaient comme soudés par des adhérences épaisses, résistantes, comme lacunaires, dues à l'interposition d'un tissu non pas fibreux, mais grisâtre, vasculaire, friable et d'apparence plutôt néoplasique qu'inflammatoire. Au niveau du collet, le sac communiquait librement avec la cavité péritonéale, sans étranglement ni coarctation notable, et la péritonite cancéreuse herniaire se transformait en périto-

(1) Chauffard. Société anatomique, 1882.

nite inflammatoire aiguë. L'anse herniée avait des parois épaisses et comme charnues, elle était le siège, au niveau du bord mésentérique, d'une tumeur volumineuse, en forme de plaque à peu près circulaire, de 7 à 8 centimètres de diamètre, en relief, et constituée par de nombreux lobules mamelonnés, d'un tissu rosé, friable et très vasculaire. »

Ailleurs, il s'agissait d'une lésion beaucoup plus circonscrite, d'un rétrécissement squirrheux de l'intestin grêle (hernie ombilicale), chez la malade de Dupuytren (1), et qui portait sur l'extrémité inférieure de l'anse herniée. Il fallut l'attirer tout entière au dehors pour le découvrir. « Dupuytren paraissait regretter de n'avoir pas pratiqué l'opération, lorsque l'*interne des autopsies*, M. Teissier, en examinant le bout inférieur de l'intestin, trouva la cause sans cesse renaissante de la hernie ; il existait, en effet, au-dessous de cette portion d'intestin, un épaississement comme squirrheux des membranes, épaississement qui était parvenu au point d'apporter obstacle au cours des matières stercorales. »

Sonnenburg (2), en faisant la cure radicale d'une hernie inguinale congénitale, trouva l'intestin adhérent, il le déchira dans ses tractions, et, sur la muqueuse, il vit, largement implantée, une végétation d'aspect polypeux, néoplasique.

De tuberculose de l'anse herniée, nous n'avons trouvé qu'un fait, mais d'un haut intérêt. Un homme de vingt-cinq ans était soigné dans le service du professeur Lasègue pour une phthisie au début; il portait, depuis dix ans, une hernie inguinale droite. Des accidents de péritonite herniaire et d'engouement éclatent, on l'opère, il meurt en quarante-huit heures. « L'anse intestinale et le collet du sac étaient le siège d'une infiltration tuberculeuse confluente : c'est de là qu'était partie la péritonite ultime (3). »

Ici peut-être faudrait-il encore faire une place à une variété spéciale de kystes endo-sacculaires, dont Wœlfler (4) et Bennett (5) ont donné des observations, et que Schmidt étudie à son tour : poches kystiques nées aux dépens du processus vermiforme, hernié dans le canal inguinal, que des adhérences de péri-typhlite avaient oblitéré près de son attache cæcale; ou bien kystes diverticulaires formés par la hernie d'une portion seulement de la paroi intestinale, étranglée à son pédicule et devenue kystique : faits exceptionnels, et d'interprétation encore obscure.

2. *Épiploon.* — L'épiploon est atteint plus souvent que l'intestin; on y trouve aussi le cancer, la tuberculose, ou d'autres tumeurs, telles que le lipome, ou encore une dégénérescence kystique spéciale, qui relève pour une grande part de la péritonite herniaire.

M. Codet (6) rapporte un fait d'épiplocèle ombilicale cancéreuse, chez une femme de trente-six ans, atteinte d'un épithélioma utérin. « Une coupe antéro-postérieure de la tumeur permit de constater que toute la portion herniée de l'épiploon a subi la transformation cancéreuse. Elle se présente sous l'aspect d'une masse lardacée, parsemée de points jaunâtres, laissant s'écouler par le raclage une grande quantité de suc opalescent. Particularité intéressante : « Toute la partie de l'épiploon qui est au delà de l'anneau ombilical, ou, autrement dit, de l'orifice herniaire, est absolument saine; seule, la portion herniée s'est transformée en une masse cancéreuse. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait d'un cancer encéphaloïde. »

La lésion était beaucoup moins étendue dans une observation de M. Cannuet (1) : un gros ganglion épiploïque était seul cancéreux; il y avait un cancer du foie. « Ce ganglion, ajoute l'auteur, par son développement ultérieur, pouvait devenir un élément de diagnostic très embarrassant. »

Signalons encore l'intéressante observation de néoplasme herniaire épiploïque, provenant du service de M. le docteur Le Dentu, et qui vient d'être publiée (2).

Il faut insister, dès maintenant, sur cette localisation si tranchée du néoplasme au territoire de la hernie. Nous allons la voir tout aussi nette dans les faits de tuberculose épiploïque.

L'an dernier, M. le docteur Largeau (de Niort) présentait, à la Société de chirurgie et à la Société anatomique, une observation d'épiploïte tuberculeuse, qui fut, à la Société de chirurgie, l'objet d'un rapport de M. Lucas-Championnière. C'était chez un enfant de cinq ans. L'épiplocèle était compliquée d'une hydrocèle à poche séparée du sac herniaire. La kélotomie faite, on trouva un épiploon adhérent et semé de tubercules, il fut réséqué sur une longueur de 10 centimètres, et l'examen histologique, fait par M. Toupet au laboratoire de M. le professeur Cornil, le montra infiltré de tubercules; une figure, insérée dans les *Bulletins de la Société anatomique* (3), représente la disposition des noyaux tuberculeux dans le tissu épiploïque.

A la suite de cette présentation, M. Hartmann avait signalé une observation analogue de M. Berger. Voici ce fait, encore inédit, et que nous sommes en mesure d'exposer, grâce à la bienveillance de M. Berger et à l'obligeance de notre collègue M. Calot :

C'était chez une femme de trente-huit ans, bien portante et qui ne présentait aux sommets des poumons que des lésions très vaguement appréciables. La hernie était apparue depuis trois semaines, à la suite d'efforts violents : elle était du volume d'un œuf, mollasse, irrégulière au palper, sans fluctuation et irréductible : on fit le diagnostic d'épiplocèle crurale gauche. Il n'y avait pas d'accidents d'étranglement; pourtant, il s'était produit, au début, plusieurs crises douloureuses, et, pour en éviter le retour, on se décida à pratiquer la cure radicale. L'incision conduisit sur un lipome herniaire de volume moyen; le sac ouvert, on trouva une masse épiploïque, étalée en nappe sur toute la surface interne du sac, épaisse de 1 centimètre au moins et semée de nodules crétacés : au centre, une petite cavité kystique, large comme une noix, était ménagée par l'enroulement du feuillet épiploïque, et remplie d'un liquide séro-sanguin, noirâtre, tout semblable à celui qu'on trouve dans les sacs herniaires. Il n'y avait pas trace d'intestin; le pédicule, gros comme le petit doigt, se prolongeait seul dans

(1) Dupuytren. Hernie ombilicale, étranglement interne produit par un rétrécissement squirrheux de l'intestin grêle, réduction de la hernie, persistance des accidents d'étranglement, mort, autopsie, *Lancette française*, 1834.

(2) Sonnenburg. *Deuts. Zeitschr. f. Chir.*, Bd. XII, p. 309.

(3) Observation de M. Brissaud, in Thèse d'agrégation de M. Hanot, 1883.

(4) Wœlfler. *Langenbeck's Archiv*, Bd. XXI, p. 432.

(5) Bennett. *Dublin Journal*, octobre 1876. Cité, comme Wœlfler, par Schmidt (Unterleibsbrüche, in *Pitha-Billroth's Hdb*).

(6) Codet. Thèse de doctorat, 1883. Cité in Thèse de M. Villar, *Tumeurs de l'ombilic*, 1886 (Obs. LXXXVIII).

(1) Cannuet. Société anatomique, 1852, p. 274.

(2) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 796.

(3) Largeau. Société anatomique, mars 1886, p. 317.

l'abdomen : il fut lié et coupé, mais le décollement total du sac était impossible; à l'orifice profond, il adhérait intimement à la paroi interne de la veine fémorale, et une dissection poussée plus loin n'eût pas laissé que d'être dangereuse. Sutures et drain. Aucune élévation thermique les jours suivants; guérison rapide. L'épiploon réséqué fut examiné au laboratoire de M. Mathias-Duval, où fut confirmé histologiquement le diagnostic anatomique, porté pendant l'opération, de tuberculose épiploïque.

C'est une lésion courante, que de trouver l'épiploon chargé de graisse, dans les vieilles hernies, et l'hypertrophie lipomateuse s'explique tout aussi bien ici que le lipome rénal, dans les pyélites, que le lipome vésical dans les cystites chroniques (1). Mais il est plus rare que le tissu graisseux se rassemble en tumeur circonscrite, encapsulée, autonome. MM. Cornil et Ranvier signalent seulement les lipomes pédiculés, qui naissent des franges épiploïques; nous en rapporterons une très belle observation, de Hartmann, au chapitre du diagnostic. Virchow indique un peu vaguement le lipome épiploïque. Notre collègue, M. Delagénière, en présentait un fort bel exemple à la Société anatomique, en juillet 1888 : malade du service de M. Monod. Le diagnostic de lipome de l'épiploon hernié avait été porté avant l'opération. On trouva dans le sac herniaire une anse du gros intestin et de l'épiploon. En étalant l'épiploon, on vit dans son épaisseur une tumeur bosselée, grosse environ comme une orange, et de consistance molle, manifestement lipomateuse; elle était située entre les deux lames de l'épiploon; à la coupe, on constata autour d'elle une sorte de capsule enveloppante; d'ailleurs un examen histologique extemporané permit de vérifier immédiatement le diagnostic de lipome.

Au même titre que la lipomatose diffuse, la production de cavités enkystées est souvent une des formes de l'inflammation chronique des épiplocèles. Lamorier (2), dès 1778, en rapporte une observation, chez un jeune homme de vingt ans, qui portait une tumeur prise pour une hydrocèle. L'incision faite, on reconnut un épiploon rempli d'hydatides (hydatide est ici synonyme de kystes). Les détails manquent. Arnaud en a observé deux cas, discutables tous deux, d'après M. Duplay : « Car elles pouvaient tout aussi bien être rapportées à des hydrocèles dans un sac herniaire, divisé en plusieurs loges, par suite d'adhérences partielles de l'épiploon. » Dieffenbach, Richter en ont vu aussi des faits; Schmidt et Kœnig les signalent, mais pour les attribuer aussi à la péritonite herniaire. M. le docteur Kirmisson, en 1874, présentait à la Société anatomique une observation où il existait, dans l'épaisseur de l'épiploon hernié, deux kystes, isolés de la cavité abdominale, clos de toutes parts, à paroi épaisse, l'un d'eux contenait assez de liquide pour avoir nécessité une ponction. En résumé, on peut trouver des kystes dans l'épaisseur de l'épiploon hernié; ces kystes procèdent presque toujours de la péritonite herniaire ou de l'épiploïte, grâce aux soudures incomplètes des feuillets séreux, et à l'exsudation liquide qui se collecte dans les espaces intermédiaires, mais leur volume peut devenir suffisant pour acquérir les caractères d'une véritable tumeur liquide.

(1) Hartmann. Quelques causes rares d'irréductibilité des hernies, *France médicale*, 1887, t. I, p. 305 et 317.

(2) Lamorier. Observation sur une épiplocèle hydatideuse (cité in Thèse de Duplay), *Hist. de la Soc. royale des sciences de Montpellier*, 1778.

3. *Mésentère.* — M. Dupuy (1), en 1873, a publié une étude intéressante des lésions du mésentère dans les hernies; il a décrit les épaississements, les dilatations variqueuses des veines mésentériques, dont Scarpa avait déjà fourni une remarquable observation, les hémorrhagies interstitielles, d'origine traumatique, etc.; des tumeurs, il ne parle pas. En effet, elles semblent le plus souvent consécutives, comme dans notre observation, aux néoplasmes de l'anse intestinale voisine.

4. *Ovaire et testicule.* — Nous voici arrivé à une série de faits bien étudiés et d'une fréquence relative : les néoplasmes de l'ovaire ou du testicule, ectopiés dans une hernie.

Il est rare que l'ovaire hernié soit sain, l'ovarite chronique, les hémorrhagies interstitielles, et, ce qui nous intéresse en ce moment, les kystes et les néoplasmes peuvent s'y rencontrer.

Les kystes sont la lésion la plus fréquente : English (2), sur 38 cas de hernie ovarienne, les a trouvés 5 fois. Hégar les mentionne à son tour, comme une indication de la castration, mais sans en rapporter de faits nouveaux. Leur volume est quelquefois relativement énorme; Cazati, cité par Beigel (3), ne parle-t-il pas d'une hernie ovarienne, grosse comme une tête d'enfant? C'était une portion herniée d'un kyste ovarien contenu dans le bassin, et qui guérit par une ponction suivie d'injection iodée. Lallement rapporte une observation de kyste hydatique; Deneux, Balling, Verdier (4) ont vu des kystes dermoïdes; Sonnenburg (5), un adénome kystique de l'ovaire hernié; il s'agissait d'une grosse tumeur polykystique, qui remplissait et débordait même le triangle de Scarpa du côté droit; on l'enleva, on ne trouva pas de pédicule, mais, sur la foi d'une exploration faite sous le chloroforme, on conclut à l'absence de l'ovaire dans le bassin, à sa hernie, à sa dégénérescence kystique.

Mais on voit encore des néoplasmes proprement dits, le cancer ou le sarcome, dans les hernies de l'ovaire, ou même la tuberculose.

Chez une femme de soixante ans, qui n'avait pas d'utérus, il existait, à la région inguinale droite, une tumeur ovoïde, grosse comme une tête d'enfant. Sa forme fit porter le diagnostic de tumeur de l'ovaire en hernie inguinale. L'opération fut pratiquée par Bardenheuer; la masse enlevée pesait 750 grammes; c'était un angio-sarcome de l'ovaire, comme en témoigna l'examen histologique (6).

Papen (1759) avait vu un cancer de l'ovaire ectopié. Guersant (7) relate un fait plus étrange, que voici résumé en quelques mots : chez une enfant de trois ans, hernie congénitale des deux ovaires; tous deux étaient cancéreux, le grand épiploon l'était aussi. Absence d'utérus, vagin terminé en cul-de-sac.

Enfin Puech signale même un cas de tuberculose. Ajoutons ici que la trompe herniée pourrait être aussi le siège

(1) Dupuy. *Progrès médical*, 1873, p. 305, 319, 349, et 1874, p. 29.

(2) English. Uber Ovarialhenien, *Med. Jahrb. v. Stricker*, 1871, III, p. 335.

(3) Beigel. *Krankheiten der weibl. Geschl.*, Bd. I, p. 436.

(4) Verdier. Cité par M. Ferrand, *Dictionnaire encyclopédique*, art. Ovaire.

(5) Sonnenburg. Observation résumée in *Revue Hayem*, 1876.

(6) Rheinstædter. *Centralbl. f. Gynœkol.*, 1878, p. 529.

(7) Guersant. *Hernies abdominales chez les enfants.*

de kystes : Dolbeau (1) a signalé une hernie de la trompe avec un kyste séreux dans sa cavité, le tout contenu dans un sac herniaire enflammé. Le sac avait suppuré, et, en s'ouvrant dans l'abdomen, il avait provoqué une péritonite rapidement mortelle.

Le testicule ectopié, tel qu'on le trouve dans les hernies congénitales, est sujet aux mêmes altérations avec des degrés de fréquence différents. Nous n'avons pas à en faire ici l'histoire détaillée, qu'il nous suffise de rappeler la fréquence relative du cancer dans ces testicules arrêtés à l'étape inguinale de leur migration. M. Hénocque a présenté un fait de kystes multiples du testicule ectopié (2), et Kocher, sur 55 cas, a rencontré 3 fois pareille dégénérescence. MM. Monod et Terrillon, dans leur mémoire sur la castration dans l'ectopie inguinale (3), ont rassemblé 42 cas de cancer du testicule ectopié.

Enfin, n'a-t-on pas signalé des faits plus exceptionnels de tumeurs herniées qui semblaient tenir à l'utérus ? Schmidt, en 1884 (4), montrait, à la Société médicale de Leipzig, un myome trouvé avec l'ovaire dans une hernie inguinale : il était né, croyait-il, dans le ligament rond ; la malade avait été examiné par Sænger, qui pensait plutôt à un utérus bicorne, et à un myome développé dans la corne droite, et hernié, on ne sait par quel mécanisme, jusqu'en dehors de l'anneau inguinal.

II

Néoplasmes sacculaires. — Le sac est le premier atteint par l'extension des néoplasmes développés dans les organes herniés ; aussi, lors de cancer de l'anse herniée, est-il de règle de trouver l'intestin rattaché et comme soudé à la face profonde du sac par des adhérences épaisses, friables, vasculaires, néoplasiques en réalité ; c'est la péritonite cancéreuse herniaire. Par places, l'adhésion devient plus étroite, c'est une coalescence véritable du néoplasme intestinal ou épiploïque et de la paroi sacculaire ; l'œil ni le doigt ne distinguent plus dans cette masse grisâtre qui se déchire, qui saigne, qui s'effrite en brides irrégulières, les limites du contenu et de l'enveloppe, et le bistouri s'égare aisément dans la paroi intestinale. Ainsi en était-il dans le fait que nous avons observé.

Ailleurs, le sac est envahi seul ou primitivement. Le docteur Samuel Lewis communiquait, en 1887, un fait de ce genre, à la Société de médecine de New-York (5) ; malheureusement, le compte rendu du *New-York Medical Record* n'y consacre que quelques lignes. C'était la seule observation que l'auteur connût de tumeur maligne développée dans un vieux sac herniaire, et il voyait là une nouvelle preuve à l'appui de cette idée que « les affections non malignes peuvent devenir l'origine du cancer ».

Elle aussi, la tuberculose du sac herniaire est fréquemment associée à celle des viscères herniés.

C'est Cruveilhier qui l'a décrite le premier : « Comme exemple de tuberculisation partielle des séreuses, écrit-il, je citerai le fait d'un individu mort d'une phthisie laryngée et dont les poumons étaient parsemés d'une grande quantité de granulations miliaires, disséminées au milieu d'un tissu pulmonaire sain. Cet individu avait deux énormes hernies inguinales ; or, le sac herniaire et la portion déplacée du mésentère étaient seuls couverts de granulations miliaires transparentes. »

C'étaient encore des granulations miliaires confluentes sur toute l'étendue de l'anse herniée et au niveau du collet du sac, dans l'observation de M. Brissaud, dont nous parlions plus haut.

Nous avons recueilli un fait de ce genre que nous résumerons en quelques mots. Il vient encore de la clinique de Necker.

Une femme d'une quarantaine d'années, atteinte de lésions pulmonaires bien accentuées, était soignée dans les salles pour une autre affection. Une hernie crurale droite, qu'elle portait depuis longtemps, s'étrangle ; on fait la kélotomie. Le sac, peu graisseux, était semé de fines granulations grisâtres, dures, grosses à peine comme un grain de millet ; le contenu de la hernie ne présentait rien d'analogue. Le débridement fut fait, l'intestin réduit, le sac réséqué et lié ; l'opération eut des suites fort simples. Les granulations du sac, examinées histologiquement par notre collègue M. Leroy, étaient bien manifestement de fins nodules tuberculeux.

Ainsi, il faut décrire aussi une péritonite tuberculeuse herniaire ; mais, à côté de la forme miliaire que nous venons d'exposer, il en est une autre où les adhérences, les loges cloisonnées et l'agglutinement de l'intestin, de l'épiploon et du sac, rappellent mieux encore ce que l'on voit dans la cavité péritonéale. Sous le titre de « Tumeur inguinale cloisonnée due à une transformation du sac herniaire et compliquant une hernie étranglée », Reverdin a présenté à la Société anatomique (1871) une hernie crurale gauche, dont le sac, très épaissi, se continuait, à sa partie inférieure, avec une tumeur multiloculaire, qu'il décrit ainsi : « Elle a sur la coupe l'aspect d'une éponge à très larges mailles ; les cloisons sont épaisses, de façon que, le contenu liquide s'étant vidé, les parois sont cependant restées béantes ; on trouve dans quelques-unes des loges des amas de substance jaunâtre gélatiniforme, dus vraisemblablement à la coagulation du liquide séreux contenu. » M. Hayem émit l'opinion qu'il s'agissait d'une ancienne péritonite herniaire ; il avait vu récemment, ajouta-t-il, évoluer sous ses yeux, sans douleurs, une péritonite tuberculeuse d'un sac herniaire ; à l'autopsie, les lésions étaient les mêmes.

D'autres tumeurs peuvent être localisées au sac : Munaron a publié l'observation d'une « hernie inguinale guérie rapidement par l'ablation du sac devenu le siège de deux fibrosarcomes », mais il nous a été impossible d'en avoir la relation complète (1).

Parlerons-nous du lipome herniaire ? Non ; car il est plutôt le résultat d'un processus inflammatoire chronique, comme l'hypertrophie lipomateuse des épiplocèles, qu'il ne représente un véritable néoplasme, bien que son volume puisse simuler une tumeur. Nous y reviendrons au diagnostic.

III

Néoplasmes et kystes péri-sacculaires. — L'histoire des kystes péri-herniaires ne date pas d'hier ; on les trouve

(1) Dolbeau. Société anatomique, 1854.
(2) Hénocque. Société anatomique, 1867.
(3) Monod et Terrillon. *Archives de médecine*, février et mars 1880.
(4) Schmidt. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1884, p. 400.
(5) Lewis. *New-York Med. Record*, 10 décembre 1887.

(1) Cette observation a paru dans la *Gazetta med. Ital. di provinc. Venete* du 11 juin 1882, mais le journal n'existe ni à la bibliothèque de la Faculté, ni à celle de l'Académie.

signalés, à titre exceptionnel, dans les plus anciens ouvrages de herniologie. D'après J. Cloquet, ils représentaient assez souvent d'anciens sacs herniaires oblitérés et accolés au sac nouvellement formé; Bérard, Broca leur assignaient plutôt pour siège des bourses séreuses accidentelles, et ils en rattachaient l'origine, l'un au taxis prolongé, l'autre à la simple pression du bandage. M. Duplay, dans sa thèse, a rassemblé tous les éléments de leur description, et celle qu'il en a donnée est devenue classique. En voici une observation récente, qui, par sa netteté, se prête bien à servir de type.

« Une femme de quarante-cinq ans portait une hernie inguinale, grosse comme un œuf de poule, irréductible et douloureuse depuis trois jours. Pas de signes certains d'étranglement. Kélotomie. Après incision de la peau et du pannicule adipeux, on tombe sur un kyste, gros comme un citron, tendu, et qui semble uniloculaire. Une ponction donne 30 centimètres cubes d'un liquide jaune, salé et trouble. Le kyste ouvert, sa face interne apparaît, lisse, séreuse, close de toutes parts; la paroi postérieure est soulevée par un relief fluctuant. On l'incise; il s'écoule 20 centimètres cubes d'une sérosité claire, jaune-paille, et cette fois l'on est dans le véritable sac herniaire; on y trouve une masse épiploïque de 2 centimètres et demi de long, épaisse comme le petit doigt. Elle est réséquée, le sac herniaire et le kyste sont extirpés, et l'orifice profond fermé par la suture (1). »

Flatten donne de son kyste une pathogénie fort hypothétique : il l'attribue à une dilatation de la partie inférieure persistante du canal de Nück. Nous n'y insisterons pas.

En effet, les kystes péri-herniaires sont, pour la plupart, des hygromas. L'action simple de la tumeur herniaire sous la peau (Duplay), les frottements qu'elle détermine suffisent à expliquer la production des bourses séreuses au-devant du sac. M. Verneuil n'en a-t-il pas signalé autour de ganglions inguinaux simplement hypertrophiés ? Et M. Duplay rapporte un fait curieux où l'hygroma était intermédiaire entre un sac herniaire et des ganglions. La paroi de ces hygromas est souvent épaissie et doublée de graisse; ils contiennent du liquide séreux, du sang, même du pus; ils sont quelquefois multiloculaires. Un autre kyste, d'apparence et de caractères très analogues, mais d'origine tout autre, c'est le kyste sacculaire (Duplay), ancien sac déshabité, oblitéré à son collet, et qu'un sac nouveau refoule, écarte ou rejette sur l'un de ses côtés, en s'en coiffant pour ainsi dire. D'après Cloquet, Kuhn (de Niederbronn), M. Duplay, on retrouverait toujours en quelque point, sur la face interne de ce sac nouvellement hernié, des stigmates, une dépression froncée, une macule blanchâtre, indices de l'ancien collet. Enfin, M. Duplay, B. Schmidt et Kœnig signalent, sans en fournir d'observations, des kystes hydatiques du sac ou de son contenu.

D'autres tumeurs se rencontrent sur les confins du sac herniaire, et il semble bien que la pression et les frottements du bandage ne soient pas étrangers à leur production. Ainsi, M. Monod (2) [de Bordeaux] a enlevé un lipome inguinal qui s'était développé au-dessous d'un bandage. Il s'agissait d'une ancienne hernie inguino-scrotale; la pelote du bandage était d'une dureté considérable. Depuis un an, il était apparu, immédiatement en contact avec le rebord

(1) Flatten. *Centralbl. f. Chir.*, 1884, p. 126.

(2) Monod. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1881-2, XI, p. 106.

de cette pelote, une tumeur molle, de la grosseur d'une noix; elle avait grossi, indolente, elle avait acquis le volume d'un œuf d'autruche, molle, nettement lobulée, sans adhérences profondes ni superficielles, elle offrait le type clinique parfait du lipome pur.

Dans des conditions très analogues, Demeaux (1) avait rencontré une tumeur uniforme, au-devant d'une grosse hernie inguinale gauche, depuis longtemps irréductible. « Très dure et mobile, ses parois étaient épaisses et entièrement osseuses, on ne les divise que par un trait de scie; l'intérieur de la tumeur est moins dur que la coque; il est difficile d'en déterminer la nature. Elle est renfermée dans un kyste séreux qui communique par une petite ouverture avec le sac herniaire lui-même. »

Telle est la série déjà longue des néoplasmes herniaires et péri-herniaires ; nous avons dit qu'une pathogénie commune les réunissait : il est facile de l'établir.

IV

Il y a une première catégorie de faits, qu'il faut d'abord mettre à part, tant leur étiologie est simple : ce sont les kystes péri-herniaires, dont nous discutions, il y a un instant, l'origine topographique. Ces bourses séreuses accidentelles, ces hygromas se développent sous des influences mécaniques qui suffisent à les expliquer, et rien ne sépare ces kystes herniaires de ceux que l'on trouve autour des grosses tumeurs, au sommet des déviations rachidiennes, sur les reliefs des pieds bots, ou à l'extrémité de certains moignons. On doit aussi distinguer tout de suite ces tumeurs qui existaient avant que la hernie ne parût, et qui même, par leur poids, par les déplacements imprimés, contribuent sans doute à faire sortir, de l'enceinte abdominale, les organes qui en sont le siège : les ovaires kystiques et herniés en représentent l'exemple le plus fréquemment observé.

Mais tout l'intérêt se concentre autour de ces faits, les plus nombreux du reste, où, la hernie existant déjà, néoplasmes ou tuberculose se sont localisés sur elle.

Cette localisation primitive n'est-elle pas évidente le plus souvent ? Elle l'est surtout dans les néoplasmes du sac ou de la région herniaire, comme le lipome observé par M. Monod (de Bordeaux), le cancer du sac, de Samuel Lewis, ou les fibro-sarcomes de Munaron. Cette observation de lipome est à ranger dans le groupe des lipomes traumatiques, groupe très restreint autrefois et dont la légitimité semblait même hypothétique à quelques-uns, mais qui, aujourd'hui, recule ses frontières. P. Broca avait dit lui-même : « Le lipome est ordinairement unique et se développe le plus souvent sans cause connue. Il est toutefois parfaitement certain que les pressions, fréquemment répétées, peuvent provoquer la formation d'un lipome ; tous les chirurgiens ont vu des cas où cette étiologie était évidente. » Et il cite les lipomes de la nuque et des épaules, chez les portefaix, ceux de la voûte du crâne, au niveau du chapeau, ceux du cou, chez les militaires, et même un lipome prérotulien, chez une religieuse. L'an dernier, MM. Reboul et A. Broca, à la Société anatomique, étudiaient, sur de nouvelles observations, les lipomes d'origine traumatique. A ces faits, il faut donc joindre encore le *lipome du bandage*.

Nous rappellerons seulement que ces influences locales

(1) Société anatomique, 1842.

sont tout aussi nettes pour l'ovaire ou le testicule ectopiés : elles ont été, dès longtemps, relevées.

Mais là question se pose un peu autrement, en présence de l'intestin ou de l'épiploon : on peut toujours se demander si le cancer de l'anse herniée ou l'épiplocèle cancéreuse, si la tuberculose herniaire ne représentent pas seulement un des éléments d'une affection généralisée, si la localisation n'est pas toute fortuite. L'examen des observations démontre aisément le contraire.

Qu'il s'agisse de cancer ou de tuberculose, le fait ordinaire, c'est que la hernie soit le siège primitif où le mal se développe.

Le cancer était primitif chez le malade de Chauffard : il y avait des noyaux secondaires dans le foie. Il était primitif dans les faits de Dupuytren et de Lewis.

D'autres fois, c'était une localisation secondaire d'un cancer viscéral, ganglion épiploïque cancéreux, avec cancer du foie (Cannuet), épiplocèle cancéreuse avec épithélioma de l'utérus (Codet), mais, là encore, la hernie seule avait servi de terrain au processus secondaire, la carcinose à distance s'y était cantonnée, et nulle part elle n'avait laissé d'autres vestiges (dans les deux cas, l'autopsie avait été pratiquée).

Et, du reste, plusieurs observations en témoignent, le néoplasme s'arrête nettement au collet du sac, c'est pour lui une barrière qu'il ne franchit pas, il se limite à la portion herniée, à la portion soumise aux mille traumatismes que nous énumérerons tout à l'heure.

Il en est ainsi pour la tuberculose. La péritonite tuberculeuse herniaire est une péritonite entièrement locale. « Le sac herniaire et la portion déplacée du mésentère étaient seuls couverts de granulations », dit Cruveilhier. Chez la malade de M. Brissaud, où l'autopsie fut faite aussi, la tuberculose était bornée à l'anse herniée et au collet du sac, mais il existait une tuberculose pulmonaire au début. Au contraire, l'examen pulmonaire était presque négatif dans l'observation de M. le docteur Berger. Mais le cas de M. Largeau est, à ce point de vue, le plus intéressant de tous : à part l'épiplocèle tuberculeuse, il n'y avait nulle part aucun indice de l'infection bacillaire, et la guérison durable qui succéda à son intervention lui permet de formuler, sur le traitement des tuberculoses locales et leur pronostic, des conclusions que nous indiquerons plus loin.

Voilà des faits indéniables. Comment s'expliquent-ils ? Une théorie complète, et qui rendît compte du mécanisme intime, serait encore prématurée, mais les données acquises sont déjà nombreuses.

Il est certain que, par les frottements, par la pression du bandage, par les alternatives de réduction et de sortie nouvelle, par les efforts et quelquefois le traumatisme du taxis, une hernie est, plus que toute autre tumeur, soumise à une *irritation* presque incessante. Sous ce rapport, nous ferons remarquer que ce sont surtout les hernies anciennes et les grosses hernies qui, dans les observations publiées, sont devenues le siège de néoplasmes ou de tuberculose. C'est la hernie inguinale qui fournit le plus grand nombre des faits, puis la hernie ombilicale, et, en dernière ligne, la hernie crurale. Trois fois, il s'agissait de hernies congénitales, sans tenir compte des ectopies ovariennes et testiculaires.

La seule conclusion qui soit actuellement permise, c'est que l'état de congestion permanente et de sub-inflammation, dans certaines hernies, y crée un appel à la tuberculose ou au cancer ; par quel processus pathogénique, on ne peut que l'entrevoir encore.

M. Hanot, dans sa thèse (1), insiste sur l'importance de cette localisation herniaire de la tuberculose, dont il rapporte les deux observations de Cruveilhier et de M. Brissaud au chapitre : *De l'inflammation pré-tuberculeuse.* « Autrement probante, écrit-il, est l'apparition pour la première fois de tubercules dans un péritoine soumis antérieurement à une irritation, une inflammation. Cette question est très importante, car elle en explique deux autres : y a-t-il tuberculisation de péritoine provoquée par des causes banales, et celles-ci peuvent-elles être de nature inflammatoire ? Nous croyons que la double réponse doit être affirmative. » La tuberculose herniaire n'est, du reste, qu'un cas particulier de ces tuberculoses de cause externe et traumatique, dont l'existence aujourd'hui n'est plus à discuter.

Là aussi, il y a un document de plus pour le dossier : *Traumatisme et cancer*, dossier qui grossit de jour en jour, depuis l'époque, toute récente, où la question a été reprise sur des bases scientifiques. L'idée est loin d'être neuve : Bœrhaave, Velpeau, Virchow avaient soutenu l'influence du traumatisme et spécialement du traumatisme répété, de la contusion chronique, sur le développement des néoplasmes ; mais cette notion, trop simple, avait été délaissée : on la rangeait, hier encore, parmi les croyances populaires. Et il s'est trouvé qu'elle n'était que l'expression plus ou moins défigurée d'un fait vrai, et dès longtemps observé.

M. Le Clerc (2), dans sa thèse sur les rapports de la contusion et des néoplasmes, faite sous l'inspiration de M. le professeur Verneuil, a su rassembler une série d'observations probantes. En 1887, à la Société de médecine de New-York, à l'occasion du fait de cancer du sac herniaire que présentait Samuel Lewis, plusieurs chirurgiens sont venus à leur tour citer des cas, où l'influence de l'irritation locale et de l'inflammation simple sur la production des tumeurs malignes était indéniable. Jusqu'à l'époque, prochaine peut-être, où nos idées sur l'origine et la nature du cancer seront fondées sur de meilleures assises, la pathogénie réelle reste encore obscure. Ce qu'il faut retenir, ce sont les faits, et, parmi eux, il faut compter les néoplasmes herniaires.

V

Il est tel cas où le néoplasme herniaire ne modifie en rien les caractères cliniques et l'évolution de la hernie : c'est par hasard, lors de la kélotomie, qu'on le découvre ; ainsi en advint-il chez les malades de M. Largeau, de M. Berger, etc. Mais, alors même, sa présence crée parfois, au diagnostic anatomique et à la *reconnaissance* des différentes parties constitutives de la hernie, des difficultés toutes spéciales ; nous y reviendrons.

Mais, en règle, une hernie affectée de néoplasme ou de tuberculose acquiert une physionomie spéciale, et devient le siège ou l'origine de certains accidents.

Sous ce rapport clinique, les néoplasmes exo-sacculaires, ceux qui portent sur la paroi du sac ou les enveloppes externes, diffèrent des néoplasmes endo-sacculaires.

Les kystes péri-herniaires, s'ils prennent du volume, les lipomes, le cancer du sac, forment des tumeurs plus nettes,

(1) Hanot. *Rapports de l'inflammation et de la tuberculose*, Thèse d'agrégation, 1883.

(2) Le Clerc. Thèse de doctorat, 1883.

plus circonscrites, d'observation plus aisée. C'est un relief qui naît et se dessine progressivement au-devant de la hernie, qui en altère la forme, qui ne se réduit pas ou ne se prête qu'à une fausse réduction. Cherche-t-on à refouler la masse herniée dans l'abdomen, l'intestin ou l'épiploon rentrent seuls, un noyau plus ou moins gros reste en arrière, et le doigt n'arrive pas à lui faire franchir le trajet. Malgaigne dit avoir été trompé deux fois par deux petits kystes existant, partie dans le canal, partie hors de l'anneau, avec hernie intestinale du même côté. Après la réduction de la hernie, il restait à l'anneau une grosseur dure, mobile, prise pour une portion d'épiploon. Dans un fait de Chassaignac, le kyste était placé sous la hernie, le même phénomène se reproduisit par le taxis, mais la ponction seule permit de faire le diagnostic (1).

Le kyste est, à l'état ordinaire, fluctuant et transparent, mais les exceptions ne manquent pas : sa paroi, épaisse et doublée de graisse, supprime quelquefois la transparence et obscurcit la fluctuation, et il est tel kyste péri-herniaire dont le liquide, étendu en nappe tout autour du sac, ne saurait fournir qu'une fluctuation très confuse.

Les autres tumeurs sont dures, elles s'étendent souvent, à un moment donné, au contenu de la hernie. Des accidents spéciaux naissent quelquefois dans ces kystes : des hématomes, lors de contusions ou par les froissements du bandage, la suppuration; c'est alors un véritable hygroma suppuré péri-herniaire, et le sac est en danger d'être envahi à son tour.

Les faits cliniques sont autrement intéressants, lors de tumeurs endo-sacculaires, ou de péritonite herniaire, tuberculeuse ou cancéreuse.

Quelquefois, le malade s'est aperçu de la tumeur dès les premiers temps où elle est apparue, et, par ses souvenirs, on peut en suivre pas à pas le développement progressif. L'observation de M. Delagénière nous en fournit un exemple : « Il y a quatre ou cinq ans, en réduisant sa hernie quand elle sortait, le malade s'aperçoit qu'elle présente dans son épaisseur un noyau induré qui, à cette époque, aurait eu le volume d'une noix. Cette tuméfaction rentrait du reste parfaitement avec la hernie. Mais peu à peu la masse dure augmente de volume, et la réduction devient de plus en plus difficile. Elle devient même impossible, il y a deux ans. A partir de cette époque, le malade ne peut plus appliquer de bandage, il soutient la masse herniée avec un suspensoir; il souffre constamment de coliques, ne peut plus travailler régulièrement; enfin, par moments, il a des troubles dyspepsiques, caractérisés par des vomissements alimentaires, mais cédant parfaitement après un séjour de deux ou trois jours au lit. »

Il est plus ordinaire que la hernie change d'aspect lentement et par degrés, qu'elle devienne plus grosse, moins réductible, douloureuse par moments, et que des accidents répétés de pseudo-obstruction viennent indiquer des altérations qu'ils ne suffiraient pas seuls à caractériser. Unis aux résultats de l'exploration physique, ils permettent alors, dans quelques cas, de porter un diagnostic, avant même toute intervention.

Douleurs, accidents fréquents d'obstruction : tels sont les phénomènes ordinaires de ces hernies compliquées. On retrouve avec quelque netteté, dans certaines observations, le moment où la hernie, presque toujours ancienne, est devenue douloureuse : il marque les premières atteintes du néoplasme. Ces douleurs affectent la forme de crises, elles se compliquent de ballonnement du ventre, de vomissements, de constipation prolongée : c'est le type ordinaire des accès de péritonite herniaire. Le petit malade de M. Largeau, garçon de cinq ans, avait depuis la première enfance une hernie pour laquelle il avait porté bandage pendant deux ans. « Il avait ensuite cessé de le porter, sans être incommodé par son infirmité. Un jour cependant, revenant de l'école, il se plaint de souffrir dans le ventre. Les douleurs augmentent, son ventre se ballonne, il se met au lit. Nous le voyons quinze jours après le début des accidents. Le ventre est très gros, la hernie douloureuse est une épiplocèle compliquée d'un hydrocèle à poche séparée du sac herniaire. » Dans le fait de Sonnenburg, dans celui de Chauffard, dans le nôtre, dans plusieurs encore, on retrouve ces phénomènes douloureux à répétition, ces accidents de pseudo-étranglement et de péritonite localisée, dont la gravité s'accusera de plus en plus; avec eux, on voit se produire l'irréductibilité, temporaire d'abord, puis définitive, et se transformer peu à peu les caractères physiques de la masse herniée.

« La hernie avait été une fois étranglée et réduite par le taxis; depuis un mois seulement, elle était devenue irréductible » (Chauffard). Ailleurs, chez la malade de M. Codet, c'était une hernie ombilicale d'abord réductible; « puis, à sa place, s'était produite une tumeur du même volume, mais extrêmement dure et irréductible. » Notre malade de Necker était entré une première fois à l'hôpital, une année avant, avec une tumeur inguino-scrotale qui simulait une hernie congénitale étranglée. La réduction eut lieu, mais partielle, il restait toujours à la racine des bourses, au-dessous de l'anneau, une masse, grosse comme un œuf, assez dure, qui ne rentrait jamais, et que le malade renonça à maintenir par un bandage. Le taxis avait suffi pour faire tomber les accidents, et, malgré l'absence de réduction, une année entière se passa, sans que les douleurs se fussent renouvelées.

L'irréductibilité partielle est donc l'un des attributs ordinaires de ces hernies compliquées de tuberculose ou de néoplasmes, et sa pathogénie se comprend fort bien d'après les autopsies ou le résultat des opérations. Presque toujours l'intestin est adhérent, c'est quelquefois sur toute sa surface, comme dans le fait de Sonnenburg, où la paroi intestinale se déchira, au cours de l'opération. Nous avons dit que Scarpa avait déjà indiqué ces adhérences néoplasiques, et il est inutile de revenir sur les caractères anatomiques de la péritonite herniaire, tuberculeuse ou cancéreuse : elle est dans le sac herniaire ce qu'elle est dans le péritoine lui-même.

Mais il existe un autre agent d'irréductibilité dans les hernies : c'est le volume même du néoplasme. On pratique la réduction avec peine, en partie, lentement, mais il reste quelque chose, une masse, un noyau, qui se refuse au taxis, qui se dessine en partie dans le canal herniaire, mais qui ne rentre pas en entier. Si cette masse irréductible est dure, assez bien circonscrite, douloureuse, si la hernie se réduisait tout entière autrefois, si l'on a vu surgir à plusieurs reprises, à mesure que l'irréductibilité s'accusait, les accidents douloureux, péritonitiques, il faut penser au néoplasme.

Les kystes endo-sacculaires, d'origine épiploïque, ont présenté quelquefois tous les caractères ordinaires des

(1) Cité in Thèse de Duplay.

kystes. Chez le malade de M. Kirmisson, « le côté droit du scrotum formait une masse volumineuse où l'on reconnaissait trois parties : 1° le testicule ; 2° au-dessus, une tumeur globuleuse, kystique ; 3° enfin, le sac contenant de l'épiploon. Une ponction fut faite dans ce kyste, inclus lui-même dans l'épaisseur de l'épiploon hernié. »

Beaucoup plus nets, dès les premiers temps, sont en général les néoplasmes de l'ovaire ou du testicule ectopiés, dans une hernie. Même quand la tumeur est devenue volumineuse, sa forme quelquefois, l'absence du testicule correspondant, au fond des bourses, ou celle de l'ovaire, dans le bassin (Sonnenburg), les antécédents permettent de la localiser plus aisément et d'en retrouver l'origine. Nous y reviendrons.

Telle est l'évolution ordinaire des hernies compliquées de néoplasmes. Deux autres accidents doivent être signalés, qui dérivent de la même cause, et qui ont fréquemment provoqué la terminaison ultime : l'étranglement dans la hernie elle-même, la péritonite généralisée consécutive à la péritonite cancéreuse ou tuberculeuse herniaire.

On retrouve ce fait, à plusieurs reprises, dans les observations : que le néoplasme était devenu l'agent même de l'étranglement. C'était le bouchon épiploïque cancéreux qui obstruait le collet du sac et comprimait l'anse herniée, ou encore le sac lui-même, épaissi, induré, infiltré de cancer, qui s'était rétracté progressivement à son pédicule profond, en constituant un anneau de plus en plus étroit et toujours plus rigide. Ailleurs, il y avait, à proprement parler, étranglement interne dans le sac herniaire ; l'observation de Dupuytren en est le plus remarquable exemple (rétrécissement squirrheux de l'anse herniée).

C'est à la péritonite généralisée que succombèrent les malades de M. Brissaud, de M. Chauffard, de M. Codet, et, dans les trois cas, la péritonite locale l'avait précédée dans la marche clinique des accidents ; il y a plus, elle l'avait provoquée, et la propagation du sac au péritoine était évidente dans plusieurs autopsies. « Au niveau du collet, dit M. Chauffard, le sac communiquait librement avec la cavité péritonéale, sans étranglement ni coarctation notable, et la péritonite cancéreuse herniaire se transformait en péritonite aiguë. » A part son origine, cette péritonite généralisée ne revêt pas ordinairement de caractères spéciaux.

D'aussi graves complications, et leur fréquence dans les hernies avec néoplasmes, suffisent à assombrir leur pronostic ; et, ce qui doit y concourir encore, ce sont les difficultés d'un diagnostic porté de bonne heure et l'impossibilité d'une intervention réellement utile, dans certaines conditions. Mais la localisation du mal, au moins durant une longue période, crée un terrain favorable à l'intervention précoce, et plusieurs succès opératoires sont là pour en témoigner.

VI

Le diagnostic peut-il être fait ?

Il l'a été trois fois dans les observations que nous avons rapportées. M. Codet, en présence de son exomphale cancéreuse, a diagnostiqué « une tumeur cancéreuse de l'ombilic, probablement développée aux dépens d'une épiplocèle ». Rheinstœdter s'était arrêté à l'idée d'une tumeur de l'ovaire hernié, en se fondant sur la *forme ovarienne* (ovarielle Form) que conservent habituellement les tumeurs solides de l'ovaire et qu'il retrouvait ici. Les caractères étaient si nets, à la palpation, chez le malade de M. Delagénière, que M. le docteur Monod n'hésita pas à porter le diagnostic d'épiplocèle avec tumeur bénigne de l'épiploon hernié, sans doute un lipome. « En saisissant le scrotum à pleine main, on trouve une masse principale volumineuse, mollasse, lobulée ; cette masse semble située au milieu d'autres parties molles et mobiles sur elle. Dans les tentatives de réduction, les parties molles rentrent dans le ventre, mais la masse principale est irréductible. On la déplace aisément, on la refoule contre l'anneau auquel elle semble rattachée par une sorte de pédicule ; mais il est impossible de le lui faire franchir. »

Nous insistions plus haut sur le caractère plus circonscrit et plus accessible des tumeurs exo-sacculaires, sur quelques signes spéciaux, la fluctuation, la transparence, qui marquaient les kystes péri-herniaires. Mais les conditions anatomiques sont loin d'être toujours aussi favorables ; un sac épaissi, induré, doublé de graisse à sa face externe et de fausses membranes en dedans, en imposerait aisément pour un néoplasme véritable, et l'erreur inverse a été notée.

Mais ce sont surtout les tumeurs endo-sacculaires qui prêtent à confusion. Dans l'observation de M. Chauffard, où le cancer de l'anse herniée, propagé au sac, apparut avec tant de netteté à l'examen microscopique, on avait porté le diagnostic de « vieille entéro-épiplocèle, avec péritonite généralisée, consécutive probablement à la péritonite herniaire ». Et, en effet, les épiplocèles anciennes et adhérentes ne donnent-elles pas maintes fois la sensation de tumeurs, de noyaux, de masses indurées, que la main seule distingue mal des néoplasmes vrais ? L'œil lui-même s'y trompe une fois le sac ouvert ; nous le verrons dans un instant. Il faut ajouter que la rareté relative de ces néoplasmes herniaires fait qu'on y pense rarement. Les traités ne les rangent pas parmi les agents d'irréductibilité, et ils n'ont souvent été que des surprises opératoires ou des trouvailles d'autopsie.

M. Cénac, dans sa Thèse (1), ne les signale nullement ; mais notre collègue M. H. Hartmann (2) les range au nombre des causes rares qui, par l'augmentation de volume d'une des parties herniées, peuvent produire l'irréductibilité des hernies. « L'augmentation de volume peut être due à la production d'un néoplasme dans l'épaisseur de la paroi intestinale, un cancer, par exemple... Il y a toujours, dans ces cas, des adhérences inflammatoires aux parois du sac. » Mais les causes principales de cette irréductibilité, par excès de volume et sans adhérences, ce sont l'hypertrophie graisseuse des franges épiploïques du gros intestin et celle de l'épiploon.

L'hypertrophie des franges épiploïques serait de règle dans les hernies du gros intestin, mais avec un développement variable : il est des cas où elle pourrait en imposer pour un néoplasme. Chez une malade de M. Terrier, que rappelle M. Hartmann, on sentait « une série de nodosités surmontant un cordon épais qu'on pouvait sentir à travers la peau ». Ailleurs, c'était un véritable lipome intra-herniaire : « Nous avons observé il y a quatre ans, écrit toujours M. Hartmann, un de ces cas. La mort du malade, survenue par suite d'une perforation intestinale, nous per-

(1) Cénac. *Des obstacles à la réduction des hernies abdominales après le débridement*, Thèse de doctorat, 1877.

(2) Hartmann. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 27 juin 1888.

mit d'étudier la cause de l'irréductibilité de la hernie qu'il portait. Cette hernie ne présentait aucune adhérence. Elle ne pouvait être réduite en totalité, par suite du développement énorme d'une frange épiploïque, qui était arrivée à constituer une tumeur de la forme d'une poire mesurant 10 centimètres de long sur 6 de large. »

L'an dernier, à la Société de chirurgie, M. le docteur Peyrot présentait une nouvelle observation de hernie du gros intestin irréductible par suite de l'hypertrophie des franges épiploïques : la hernie contenait une longue anse du gros intestin, mais « cette anse portait sur tout son bord convexe une série de masses graisseuses, au nombre de huit à dix, grosses comme de beaux abricots ». Dans la discussion qui suivit, MM. Bouilly, Lucas-Championnière, Schwartz, Terrier, Prengrueber, Nicaise, rapportèrent des faits analogues.

L'exploration manuelle, quelque nets que puissent être les résultats, ne permettrait donc pas seule d'affirmer le néoplasme. Il y a plus, même le sac ouvert, le diagnostic peut être encore difficile.

Et d'abord, les kystes péri-herniaires peuvent créer certaines difficultés au cours de la kélotomie. L'incision faite, on sectionne un à un une série de feuillets, on ouvre une cavité d'où s'écoule un liquide séreux et rougeâtre, cavité lisse, séreuse, qu'on prendrait pour un vrai sac herniaire, mais vide. D'intestin, d'épiploon, pas de traces. C'est au-dessous qu'il faut chercher la hernie proprement dite ; c'est la paroi postérieure du kyste, bombée et en relief quelquefois, qu'il faut inciser pour la découvrir. Ces kystes sont de deux variétés : les uns, pré-herniaires, se dessinent en tumeurs isolées, au-devant du sac ; les autres s'infiltrent tout autour de lui, en lui constituant comme une gaine surajoutée : kystes péri-herniaires.

Ce n'est pas tout. Dans le sac lui-même, l'épiploon, épaissi et induré par une inflammation prolongée, peut revêtir des aspects néoplasiques et simuler le cancer. Il forme des masses et des noyaux durs, blanchâtres à la coupe ; on s'y méprendrait aisément, si le cancer, dans les hernies, était plus fréquent et surtout de notion plus courante. C'est à l'examen histologique qu'il faudrait alors recourir. Dans l'observation d'épiploïte tuberculeuse de M. Berger, dans celle de M. Largeau, ce fut lui qui permit de confirmer définitivement le diagnostic posé au cours de l'opération.

VII

J'arrive au traitement. Je ne m'occuperai pas de celui de l'ovaire ou du testicule cancéreux, en ectopie herniaire ; à part les cas d'extension trop large ou de généralisation, la castration est là évidemment l'opération nécessaire.

Les indications sont fort simples, également, pour les tumeurs péri-herniaires, quand le diagnostic en a pu être fait. Chez son malade, M. Monod (de Bordeaux) fit l'extirpation du lipome développé sous un bandage inguinal. « L'opération fut des plus simples », et le sac herniaire ne fut nullement intéressé, la tumeur étant sous-cutanée. Le meilleur traitement des kystes péri-herniaires, c'est encore l'incision et l'ablation, qui s'est faite ordinairement lors de la kélotomie.

Mais les tumeurs endo-sacculaires sont de nature à susciter une discussion opératoire plus intéressante. L'exposé des interventions nous permettra de conclure, de ce qui a été fait, ce qui semble le mieux à faire.

Trois fois l'épiploon a été réséqué. Chez le malade de M. Monod (observation de M. Delagénière), « pour être plus à l'aise et se rendre mieux compte des parties à enlever, on extirpa d'abord la tumeur (le lipome épiploïque), en plaçant au-dessus de lui quatre catguts en chaîne. Dès lors, il fut facile d'attirer au dehors le tablier épiploïque : on amena ainsi à l'extérieur l'anse du gros intestin qu'on avait aperçue au moment de l'opération. C'est à 2 centimètres environ de cette anse que l'épiploon est réséqué sur quatre fils de catgut en chaîne. » M. Berger fit aussi la résection de la masse épiploïque, où il reconnut la tuberculose, pendant l'opération, et la malade ne tarda pas à quitter l'hôpital complètement guérie. Mais le fait de M. Largeau est le plus instructif. Il s'agissait, nous le disions plus haut, d'une épiploïte tuberculeuse chez un jeune garçon de cinq ans. « Je fais l'opération de la kélotomie, écrit M. Largeau. Le sac ouvert, je trouve un épiploon semé de tubercules, adhérent à la face interne de ce sac. Cet épiploon est réséqué sur une longueur de 10 centimètres, après avoir été lié au catgut. On laisse rentrer dans le ventre le moignon lié. Il sort ensuite de la cavité péritonéale un demi-litre environ de liquide clair, comme un liquide de kyste hydatique. Le ventre étant bien vidé, je fais la cure radicale de la hernie par dissection du sac et ligature de celui-ci aussi haut que possible... Les suites de l'opération furent très heureuses ; au bout d'un mois, l'enfant était guéri... Il y a deux ans bientôt que l'opération est faite, et l'enfant ne présente aucune manifestation tuberculeuse. Il ne porte pas de bandage et il n'y a pas trace de hernie. » Et M. Largeau ajoute : « L'observation montre d'abord que les épiplocèles de l'enfance, avec ou sans hydrocèle, peuvent être justiciables de la cure radicale, et que celle-ci peut être véritablement radicale ; ensuite que les tuberculoses locales peuvent être guéries par l'ablation de la partie malade, et que cette intervention hâtive peut arrêter la marche de la tuberculose. »

Les choses se compliquent un peu quand l'intestin est intéressé. L'indication demeure pourtant fort nette, à moins que le néoplasme n'ait envahi une trop grande longueur du tube intestinal ou qu'il y ait des indices évidents d'une généralisation avancée. Cette intervention, Dupuytren la conseillait déjà à propos du fait de rétrécissement squirrheux de l'intestin grêle qu'il a rapporté : « On se demande, dit-il, si, dans une occasion semblable et en supposant que l'on eût connu la cause des accidents secondaires, on n'eût pas pu, ainsi que l'ont conseillé et fait Hévin et Scarpa, attirer au dehors la portion d'intestin rétrécie, couper l'anse intestinale à l'endroit de la constriction et établir ainsi un anus contre-nature. »

Telle fut la conduite suivie par Sonnenburg ; l'intestin s'étant déchiré pendant les manœuvres de dissection, il aperçut le néoplasme pédiculé, émergeant de la muqueuse ; il l'enleva et établit un anus contre-nature.

Le même accident survint chez notre malade de Necker ; la paroi intestinale fut blessée, mais la tumeur l'avait envahie sur une grande longueur ; il fallut faire une résection de 8 centimètres, et les deux bouts, suturés à leur bord mésentérique, furent abouchés à la plaie cutanée par le reste de leur circonférence. Mais les lésions avaient été très étendues, et le malade mourut, quelques jours après, de péritonite.

La conclusion générale qui paraît se dégager des faits déjà acquis et des caractères de localisation et d'évolution

de ces néoplasmes herniaires, c'est que, dans ces conditions, il faut opérer, et opérer le plus tôt possible. Le diagnostic peut souvent être posé; il doit avoir pour corollaire une intervention rapide, la cure radicale, hormis certaines contre-indications exceptionnelles. Un fait de haute importance se dégage de l'ensemble des constatations anatomiques, c'est la localisation primitive du néoplasme à la hernie seule et la longue durée de cette limitation. Opérer de bonne heure, ce sera donc souvent enlever tout le mal.

Le mode d'intervention est assez simple à formuler. Il est tel cas où l'on peut se contenter d'enlever la tumeur seule, qui n'a d'attaches ni avec l'intestin, ni avec l'épiploon : ainsi pour le myome dont parle Sonnenburg et qu'on supposa détaché de la corne utérine droite ; mais il faut toujours faire suivre ce premier temps opératoire de la résection et de l'oblitération du sac herniaire. Si l'épiploon est le siège du mal, c'est la résection de toute la portion herniée qu'il faudra faire, en ayant soin d'attirer au dehors le pédicule épiploïque et de jeter la ligature en tissu sain, ce qui est possible, grâce à la netteté avec laquelle l'altération finit au collet du sac.

La situation devient plus grave quand l'intestin est intéressé. La résection de la portion atteinte s'impose alors, sous la réserve toutefois que le segment à enlever ne sera pas trop considérable. La résection faite, c'est à l'entérorrhaphie qu'il faudra recourir. Fera-t-on la suture circulaire complète et réduira-t-on dans l'abdomen le tube intestinal ainsi reconstitué ? Créera-t-on un anus artificiel ? Le choix dépendra nécessairement des conditions où l'on se trouvera placé. Si les délabrements opératoires ont été étendus, si la paroi intestinale est altérée sous l'influence de la péritonite locale qui entoure ordinairement ces néoplasmes, l'anus contre-nature donnera sans doute plus de sécurité. Ce sont déterminations à prendre, suivant chaque cas particulier, au cours même de l'opération.

AMPUTATION INTRA-CALCANÉENNE HORIZONTALE

Par M. le docteur Chaput.

Le premier temps comprend le tracé d'une raquette à queue externe, qui se compose d'une incision dorsale et d'une incision plantaire.

L'incision dorsale commence au bord interne du pied, à un travers de doigt en avant du tubercule du scaphoïde ; elle s'arrondit en guêtre sur le dos du pied et atteint le bord externe à sa limite inférieure, au niveau de la tête du cinquième métatarsien. De là, elle se dirige d'avant en arrière, parallèlement au bord du pied, qu'elle contourne en arrière, et cela jusqu'au niveau du bord interne du tendon d'Achille.

Cette incision comprend deux temps : dans un premier la peau seule est incisée ; dans un second tous les tendons sont coupés.

L'incision plantaire transversale est dirigée parallèlement à l'incision dorsale qu'elle rejoint sur l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien. Cette incision est menée jusqu'à l'os par une seule section.

Dans ce deuxième temps de l'opération, on pratique la désarticulation médio-tarsienne et on enlève l'avant-pied, dans son ensemble, os et parties molles. Puis saisissant la lèvre inférieure de la plaie correspondant au bord externe du pied, on détache au bistouri le lambeau plantaire de manière à le séparer complètement de la face inférieure du calcanéum.

Le calcanéum, ainsi isolé par ses surfaces externe et inférieure, et un peu par sa surface interne, on en fait la section horizontale par un trait de scie d'avant en arrière, passant aussi près que possible de la face inférieure de l'os.

Enfin le dernier temps de l'opération comprend une section verticale d'un centimètre d'épaisseur de l'extrémité postérieure du calcanéum, emportant l'insertion du tendon d'Achille.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 juillet 1889, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Comet, Gaume, Combe, Gilles, Delahaye, Delbert, Lafforgue, Sourice, Gilbert, Depoix, Canac, Mugnerot, Pitiot, Louvet, Chabannes, Vahé, Chopard, Catoir, Pannetier et Haultement.

— Par décret, en date du 31 juillet 1889, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Lecorre, Rit et Barre.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Truitet, Ourse, Chataing, Dédet, Durand et Rançon.

— Par décret, en date du 31 juillet 1889, la chaire de matière médicale et thérapeutique à la Faculté de médecine de Lille prend le titre de thérapeutique.

— Par décret, en date du 31 juillet, il est créé à l'École de médecine d'Alger : une chaire de physique, une chaire de matière médicale, une chaire d'anatomie pathologique et histologie, une chaire des maladies des pays chauds.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Desprès.

Hématome suppuré de la cuisse.

(Observation recueillie par M. Bardol, interne du service.)

Le nommé C... (Pierre), âgé de vingt ans, employé de commerce, est entré le 8 mai 1889, salle Boyer, lit n° 6, pour une tumeur de la cuisse qui, dans un concours et à divers examens, a été diagnostiquée : « Abcès tuberculeux d'origine osseuse. » M. Desprès n'a pas posé le même diagnostic, quoique celui des divers jurys qui se sont prononcés à cet égard fût plausible et rationnel. Mais comme il y a des tumeurs relativement rares qui simulent les abcès tuberculeux, — et il est toujours utile de les mettre en lumière, — nous avons publié ce fait.

Le malade a perdu sa mère de la poitrine; de son côté, rien de saillant à noter. Première enfance passée en grande partie à la campagne. Pas d'accidents scrofuleux. Pas de toux, ni d'hémoptysie. Première blennorrhagie à dix-huit ans, sans complications.

En somme, bonne santé habituelle, quoiqu'il fût d'apparence pâle et lymphatique.

Il y a trois mois environ, vers le milieu de février 1889, le malade s'est violemment heurté le bas de la cuisse contre une pièce de fer ou de bois très dur, en voulant monter trop vite en chemin de fer. Négligeant ce simple accident, que rien ne traduisait à l'extérieur, il a continué son train de vie ordinaire et a dû marcher beaucoup. Mais, au bout d'un mois, il a ressenti des douleurs de plus en plus vives à l'endroit de sa contusion et avant l'apparition de tout gonflement. Celui-ci ne s'est manifesté que trois semaines avant son entrée à l'hôpital, et, à partir de cette époque, le malade a dû interrompre son travail et s'abstenir de toute marche un peu longue.

A son entrée, le malade présente une légère claudication du côté droit; il ne peut marcher qu'à l'aide d'une canne.

Douleurs moins vives dans la cuisse du même côté et principalement à son tiers inférieur; exaspérées par la marche, très peu par la pression.

L'examen physique fait constater, au tiers inférieur de la cuisse droite et sur les parties latérales et externes, à trois travers de doigt au-dessus de la rotule, l'existence d'une tuméfaction allongée, de forme ovoïde ou ellipsoïde, analogue, par son volume, à un œuf de poule et à grand axe dirigé dans l'axe longitudinal de la cuisse. Les téguments sont sains à son niveau et sans modifications extérieures d'aspect et de coloration.

La palpation permet de distinguer dans la tumeur deux partie bien différentes par les sensations qu'on en retire : l'une, inférieure, nettement fluctuante; et l'autre, supérieure, très indurée, moins facile à délimiter que la première, et formant une sorte de bourrelet qui tend, d'ailleurs, à faire le tour complet de la tumeur. La peau paraît amincie au niveau de la partie fluctuante. Si l'on fait tendre la cuisse au malade pour faire contracter son triceps, la tumeur reste superficielle avec tous ses caractères et on ne sent point le muscle contracté au-dessus d'elle. Elle ne communique pas d'ailleurs avec l'articulation du genou, quoique très voisine du cul-de-sac supérieur de la synoviale. Les mouvements du genou sont parfaitement libres. La pression ne détermine que peu ou pas de douleur au niveau de la tumeur, ni d'ailleurs sur aucun autre point de l'os, qui a gardé partout son volume normal.

Aucun symptôme de fièvre; pas d'insomnie; pas de troubles digestifs; aucune lésion des poumons ni des testicules.

En présence de ces divers symptômes et de la marche de l'affection, le diagnostic fut celui-ci : « Abcès froid d'origine traumatique, sans nécrose superficielle de l'os au niveau du foyer de l'abcès, et ayant pris son origine dans l'épaisseur du muscle, autrement dit *hématome* musculaire suppuré. »

En raison du voisinage de l'articulation, M. Desprès se propose, non pas d'ouvrir l'abcès, mais d'y pratiquer une ponction exploratrice.

L'abcès ne paraissant pas complètement mûr, il croit utile d'attendre quelque temps avant d'intervenir. Et, de fait, le bourrelet périphérique tend de plus en plus à disparaître, principalement de la partie supérieure de la tumeur, où il était le plus volumineux. L'abcès s'agrandit par conséquent, et toutes les parties de la tumeur deviennent ainsi nettement fluctuantes. La peau conserve toujours ses caractères normaux.

Le 6 juin, M. Desprès pratique, après un mois d'expectation, la ponction aspiratrice de la tumeur avec l'appareil de M. Potain. Il en retire une assez faible quantité (50 à 60 grammes) d'un liquide huileux, franchement séro-purulent. L'examen bactériologique du liquide n'a pas été fait.

Après la ponction, la tuméfaction s'affaisse et une légère excavation la remplace.

Température vespérale, 38 degrés.

La fièvre persiste cinq à six jours. Elle est causée par la formation d'un abcès secondaire, siégeant plus haut, vers la partie moyenne de la cuisse, toujours dans le muscle. A ce niveau, et sur un espace de l'étendue de la paume de la main, surviennent bientôt de la rougeur et du gonflement, avec une fluctuation diffuse, qui nécessitent une nouvelle intervention.

Le 11 juin, M. Desprès fait une incision, longue de 3 centimètres, au point douloureux maximum de la région tuméfiée. Il s'écoule une assez grande quantité de pus crémeux, qui continue à couler pendant quatre à cinq jours après l'incision.

Application de cataplasmes sur la plaie.

Néanmoins, le malade s'est senti très soulagé à partir du moment de l'incision et toute fièvre a disparu.

Le 18 juin, en pressant de haut en bas et de bas en haut sur la cuisse, on ne fait plus sortir du pus par les lèvres de l'incision, mais seulement de la lymphe légèrement teintée de sang.

Les jours suivants, aucun liquide ne s'écoule plus par la plaie, les bourgeons charnus accélèrent sa cicatrisation. M. Desprès fait faire la compression ouatée sur la partie inférieure de la cuisse.

Le 22 juin, les parties profondes de la plaie sont complètement réunies, et la réunion superficielle ne tardera pas à se faire.

Le 24 juin, au niveau de la tumeur primitive, la place de la ponction aspiratrice est seulement indiquée par un point rougeâtre. L'excavation, qui avait succédé à la tumeur, a disparu; mais il persiste un certain empâtement à cet endroit. Les mouvements du genou sont aussi libres qu'auparavant. Le malade peut d'ailleurs se lever et marcher parfaitement. Son état général est excellent.

Le 25, en pressant sur la plaie où existait la première tumeur, on fait encore couler de la lymphe par la plaie de l'incision. M. Desprès fait appliquer la compression ouatée pour la deuxième fois, et elle est renouvelée tous les quatre jours.

Le 8 juillet, l'appareil compressif est enlevé; la plaie est cicatrisée, mais il reste un peu de liquide dans le genou (la compression étant faite immédiatement au-dessus avait, en effet, provoqué un peu d'hydarthrose).

Le 26 juillet, le malade sort entièrement guéri, et il ne reste même plus une légère induration au point où existait la tumeur. Tous les mouvements du genou sont absolument libres.

Le diagnostic que M. Desprès a porté est donc vérifié par le traitement; il nous disait que l'on abuse aujourd'hui de la tuberculose locale et que cela entraîne les chirurgiens à faire des opérations de grattage dont ils pourraient se dispenser; que l'engouement pour les antiseptiques aura eu cet inconvénient d'encourager à faire des opérations inutiles après des erreurs de diagnostic.

Pour ce qui est des motifs de son diagnostic, M. Desprès nous disait que la tuberculose, chez un des deux ascendants, était le seul argument à invoquer pour ceux qui pensaient à une tuberculose locale; il n'y avait que cela, et rien que cela. En faveur de l'hématome, il y avait un fait positif : *un coup violent* au-dessus du genou, *moins de trois mois* avant l'apparition de la tumeur. De plus, la tumeur siégeait dans le muscle. Avec de tels signes, il était impossible de songer à autre chose qu'un hématome musculaire suppuré ou à un de ces abcès froids des muscles signalés par Fischer et rapportés par M. Desprès dans sa thèse. Mais ces abcès ont une origine obscure et sont petits. Rien de semblable n'existait chez notre malade, et c'est le cas de rappeler, avec Nélaton, qu'on arrive à de bons diagnostics en ne faisant intervenir, pour les établir, que des signes absolument positifs.

HOPITAL BEAUJON. — M. Fernet.

Des injections intrapleurales antiseptiques dans les pleurésies infectieuses (1).

III

J'ai eu récemment, dans mon service, un cas malheureux, pour lequel je me suis demandé si le traitement auquel j'ai eu recours n'avait pas, à mon insu et bien que j'aie cru m'entourer de toutes les précautions nécessaires, été responsable des complications funestes qui sont survenues.

Obs. V. — Un homme de trente-neuf ans était atteint de pleurésie hémorrhagique du côté gauche de la poitrine, et, en outre, d'artério-sclérose d'origine alcoolique. Deux fois déjà, à un mois d'intervalle, nous avions dû faire une ponction pour remédier à la dyspnée intense dont le malade était affecté, et nous avions retiré chaque fois près d'un litre et demi d'un liquide fortement sanguinolent et de couleur un peu brunâtre. Quelques jours après la seconde ponction, j'en fis une troisième, dans laquelle je retirai près d'un litre de liquide, et j'injectai à la place 300 grammes de solution de chloral au 100e. Mon but était d'éviter la diminution de pression intrapleurale qui pouvait favoriser l'issue du sang, et de substituer au liquide de l'épanchement un liquide susceptible d'être graduellement résorbé; c'est ce que j'avais fait avec avantage dans l'observation III.

Dès le lendemain, nous constations des signes de pneumothorax, qui devenaient évidents les jours suivants, et, huit jours après, une quatrième ponction donnait issue à 2 litres de liquide brun grisâtre ayant une odeur fétide de macération anatomique et à des gaz. L'état général était détestable, l'haleine était fétide et il y avait de la diarrhée. A partir du lendemain de cette ponction, on commença des injections de liqueur de Van Swieten à la dose de 5 grammes, qu'on répéta tous les jours.

Nous reculions devant l'empyème, que le malade, alcoolique et lésé dans tous ses organes par l'artério-sclérose, ne nous paraissait pas pouvoir supporter : une nouvelle ponction, au bout de huit jours, nous donnait encore 1 litre de liquide trouble et des gaz, mais moins fétide que l'autre fois, et, trois jours plus tard, la situation restant la même, nous nous résignions à pratiquer l'empyème, qui amenait le rejet de 2 litres environ de liquide fétide mêlé à des gaz; nous pratiquions un lavage avec la solution de sublimé au 1/10000e et nous placions deux drains; pansement à l'iodoforme et à l'ouate au salol.

Le soir de l'opération, la fièvre tombait à 37°7; mais, le lendemain, elle remontait, pour osciller entre 38 et 39 degrés. Bien que la plèvre ne fournît presque pas de liquide, que les lavages pratiqués tous les jours ne donnassent presque rien, le malade était en proie à une agitation continuelle, poussant des plaintes inarticulées; il avait de la diarrhée avec incontinence. Dès lors, il s'affaissa rapidement et succomba six jours après l'opération.

A l'autopsie, nous ne trouvâmes que les lésions d'une pleurésie néomembraneuse, avec néomembranes épaisses, atrophie du poumon; quelques noyaux tuberculeux au sommet des deux poumons, mais pas de perforation du poumon gauche ni de lésion pulmonaire, gangreneuse ou autre, à laquelle on pût imputer l'altération putride du liquide pleural. L'aorte était athéromateuse, et les viscères, cœur, foie, reins, présentaient des lésions de sclérose et des altérations graisseuses en rapport avec la lésion du système artériel.

Les dangers auxquels peut exposer la négligence des précautions antiseptiques ne doivent pas cependant détourner de l'emploi des injections intrapleurales, si leur efficacité vient à être démontrée; ils imposent seulement l'observance rigoureuse de ces précautions, et, grâce à elles, ces injections semblent au moins inoffensives. Les faits que j'ai rapportés et ceux que j'ai cités d'après divers auteurs me paraissent démontrer que, dans certaines circonstances déterminées, elles ont été efficaces. Je voudrais citer encore quelques exemples de ma pratique où une intervention du même genre a donné de bons résultats.

Obs. VI. — Chez une malade de mon service, atteinte de tumeurs multiples (dont la nature est probablement celle du lymphadénome ou du lymphosarcome), qui, développées sans doute dans l'utérus ou dans ses annexes d'abord, ont envahi successive-

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 794.

ment le mésentère et les ganglions mésentériques, puis les ganglions du médiastin et les parois thoraciques du côté droit, et enfin les ganglions du côté droit du cou, il était survenu un épanchement abondant dans la plèvre droite, vraisemblablement subordonné à la maladie principale, par extension de la dégénérescence à la plèvre. Déjà deux fois il avait fallu évacuer cet épanchement, à cause de la dyspnée qu'il occasionnait, et on retirait chaque fois 1 litre et demi de liquide séro-fibrineux.

Pendant mes dernières vacances, notre collègue, M. Barié, qui me remplaçait, essaya de combattre la reproduction incessante de liquide par des injections d'une solution de chlorure de zinc, suivant les indications données ici même par notre collègue, M. Juhel-Rénoy ; à trois reprises différentes, les ponctions furent suivies d'injection de chlorure de zinc; mais ces injections, d'ailleurs inoffensives, ne donnèrent pas le résultat qu'on désirait ; le liquide paraissait devenir de plus en plus fibrineux, mais il se reproduisait.

Quand je repris mon service, je voulus continuer ces tentatives, qui me paraissaient justifiées ; mais, devant l'insuccès du chlorure de zinc, je résolus d'employer l'iode, et je me servis de la solution recommandée par M. Moizard pour le traitement des pleurésies infectieuses dépendantes du pneumothorax. Après évacuation de la plèvre, j'injectai dans sa cavité 30 grammes d'une solution iodurée d'iode (teinture d'iode, solution d'iodure de potassium au dixième, alcool à 60 degrés, parties égales de chaque). La malade accusa une vive douleur et ressentit comme un coup dans la tête, à perdre connaissance ; mais ces désordres se calmèrent bientôt et, au bout d'une demi-heure, toute douleur avait cessé. Dans les jours suivants, on constata qu'il se reproduisait un peu de liquide, mais, peu de temps après, cet épanchement était résorbé, et, depuis lors, on n'en a plus constaté aucune trace.

Obs. VII. — Chez une autre malade, atteinte de tuberculose péritonéo-pleurale avec épanchement liquide assez abondant dans le péritoine, j'ai fait, à deux reprises différentes, une injection d'eau iodée dans la cavité péritonéale ; j'espérais par cette intervention agir sur les deux éléments de la maladie, le tubercule d'une part, la péritonite d'autre part. La solution dont je me suis servi est analogue à celle dont j'ai déjà parlé, moins l'alcool, qui paraît inutile et qui, peut-être, est cause de la douleur vive qui accompagne l'injection ; voici donc la formule que j'ai employée :

Iode	1 gramme.
Iodure de sodium	4 grammes.
Eau filtrée, distillée et bouillie	35 —

La première fois, j'injectai 5 grammes de cette solution, après avoir retiré une égale quantité du liquide épanché, qui était composé de sérosité jaunâtre bien transparente, et m'être assuré que l'eau iodée diffusait parfaitement dans ce liquide. Je recommandai à la malade de se déplacer en divers sens après l'injection, dans le but de mélanger l'eau iodée avec le liquide péritonéal. La douleur après l'injection fut absolument nulle. Les urines, recueillies depuis la ponction, donnèrent, par l'amidon et l'acide nitrique, la réaction caractéristique de l'iode : les premières urines, recueillies huit heures après la ponction, en contenaient déjà d'une façon manifeste, mais les urines des mictions suivantes en contenaient davantage encore et on en trouva ainsi pendant six jours, l'élimination paraissant être au maximum le second jour, puis diminuant graduellement. Il n'y eut, d'ailleurs, aucun phénomène d'iodisme.

Huit jours plus tard, les phénomènes abdominaux ne présentant pas de modification sensible, je fis une seconde injection avec 8 grammes de la même solution. Comme la première fois, il n'y eut aucune douleur et aucun symptôme immédiat imputable à l'injection. Comme la première fois, l'élimination d'iode par les urines persista pendant six à sept jours.

Quant au résultat de ces injections, quatre ou cinq jours après la seconde, il devint manifeste que le ventre était moins tendu et plus souple ; petit à petit, le liquide épanché fut résorbé presque totalement et le ventre redevint sonore dans les parties déclives. Il parut donc que la péritonite et l'épanchement qui lui est subordonné avaient cédé, le résultat était satisfaisant sous ce rapport ; pour les lésions tuberculeuses, elles étaient sans doute bien avancées déjà et difficilement accessibles à un traitement quelconque ; dès après la première injection, nous commencions à sentir un plastron dur, occupant tout l'épigastre et la région ombilicale, et formé sans doute par l'épiploon infiltré de tubercules ; les lésions de la plèvre gauche semblent demeurer stationnaires ; l'état général est médiocre, la malade s'alimente peu et a souvent des troubles digestifs, elle maigrit, et la cachexie finale est à craindre dans un délai peu éloigné.

Ce dernier cas, bien que l'état actuel de la malade soit très peu satisfaisant, est favorable à la pratique des injections intrapéritonéales. Il ne me paraît pas douteux, et j'ai cherché à l'établir dans une communication antérieure, que la tuberculose péritonéo-pleurale, dans sa forme subaiguë du moins, est curable. Or, si l'on pouvait, par des injections appropriées, combattre et empêcher la pullulation du microbe tuberculeux, et, d'autre part, combattre la péritonite et l'épanchement qui en est la conséquence, on atteindrait le double but qu'on doit poursuivre dans la situation actuelle : guérir la maladie présente et sauvegarder, autant que possible, l'avenir, en détruisant les germes qui pourraient se développer plus tard.

En résumé, j'ai fait, après d'autres, des essais de traitement local dans des cas de pleurésie où la nature seule ne paraissait pas faire les frais de la guérison ; et, d'après ce que j'ai vu, il me semble que la pratique des injections intrapleurales, on peut même dire des injections intraséreuses en général, constitue une *médication d'avenir*.

Il faut avouer que le traitement dit médical de la pleurésie est, en général, aussi peu efficace qu'il est banal : les antiphlogistiques paraissent utiles au début pour combattre l'élément inflammatoire ; mais plus tard, dans la longue période de l'épanchement, les révulsifs et les dérivatifs n'ont qu'une action bien incertaine et bien douteuse ; ils ne constituent souvent qu'une expectation offensive, faisant illusion au malade jusqu'à la solution naturelle de la maladie ; la thoracentèse reste alors comme ressource excellente pour enlever le liquide, mais naturellement elle ne peut rien pour empêcher sa reproduction ; elle n'est donc qu'un moyen palliatif, s'adressant à l'épanchement, non à la maladie pleurésie.

S'il en est ainsi, même dans la pleurésie dite simple, combien plus encore est-on impuissant par ce traitement contre les pleurésies infectieuses !

Que font cependant les chirurgiens dans les arthrites infectieuses, qui sont des maladies analogues ? Si elles ne sont pas justiciables des révulsifs, de l'immobilisation et autres moyens de douceur, on les ouvre, on les lave et on en obtient la guérison. Pour les pleurésies et les péritonites infectieuses, faut-il donc en venir à l'empyème et à la laparotomie, suivis de lavages antiseptiques ? Avant de recourir à ces moyens, qui donnent aux chirurgiens de si beaux résultats depuis l'antisepsie, mais qui pourtant ne sont pas encore des opérations légères, ne peut-on pas espérer qu'on arriverait, dans certains cas de pleurésies ou de péritonites infectieuses, alors même qu'elles seraient suppurées comme dans les deux cas rapportés par M. Bouchard, qu'on arriverait, dis-je, à la guérison par des injections antiseptiques et modificatrices ? Les exemples que j'ai cités et ceux que j'ai empruntés à différents auteurs montrent que ces espé-

rances sont fondées, que les injections antiseptiques et modificatrices constituent un mode de traitement sérieux de la pleurésie et des maladies des grandes séreuses en général ; ce traitement paraît inoffensif, si l'on prend les précautions nécessaires ; il paraît avantageux et même efficace.

Quant aux agents de cette médication auxquels il faut donner la préférence, sublimé, naphtol, iodoforme, chlorure de zinc, iode, etc., on aura à déterminer quels sont les plus actifs, ou plutôt ceux auxquels il vaudra mieux s'adresser suivant chaque variété de maladie ou chaque espèce d'agent pathogène. Ce qu'il faut établir d'abord, c'est la valeur de la méthode ; je n'ai eu d'autre objet que de lui apporter ma modeste contribution.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Traitement du psoriasis (1).

(Leçons résumées par M. le docteur MOREL-LAVALLÉE, ancien chef de clinique.)

III

3. *Acide chrysophanique* ou mieux *chrysarobine*. — C'est le médicament d'actualité.

Depuis longtemps, on se servait au Brésil, contre certaines maladies de peau (notamment l'herpès tonsurant), de la poudre d'*araroba*, provenant d'une légumineuse, originaire de Bahia, qui, importée aux Indes, y fut employée sous le nom de poudre de *goa*. Ayant un jour appris d'un malade qu'il s'était heureusement traité, en Chine, d'un psoriasis avec cette poudre, Balmanno Squire en fit venir et la fit analyser. Le chimiste Attfield y crut reconnaître l'acide chrysophanique et c'est sous ce nom que B. Squire annonça, en 1878, le nouvel et merveilleux agent curateur du psoriasis. Aussi a-t-il, dans la pratique médicale, gardé ce nom, bien que Liebermann soit venu, depuis, en Allemagne, montrer que c'était une autre substance, chimiquement voisine, et qu'il baptisa « chrysarobine ».

C'est un corps neutre, cristallisant en aiguilles, se présentant sous l'aspect d'une poudre jaune, insoluble dans l'eau, mais soluble dans les solutions alcalines et dans le *chloroforme*.

Sans nous arrêter aux divers moyens d'administrer ce remède qui ont été essayés, puis abandonnés (à l'intérieur, en injections sous-cutanées), voyons tout de suite la méthode externe, la seule qui ait survécu, et le procédé actuellement en usage, grâce auquel nous trouvons, dans la chrysarobine, le remède le plus puissant que nous ayons contre le psoriasis.

Voyons d'abord l'action de cette substance sur l'éruption ; elle est des plus rapides, et s'accuse, en trois ou quatre jours, par la série des phénomènes suivants ;

1° La surface tégumentaire, affectée de psoriasis et soumise à l'action de la chrysarobine, s'affaisse progressivement, parce que son infiltration disparaît.

2° Sa couleur rouge s'atténue, puis s'éteint.

3° Puis, commence à se produire ce fait étrange, presque extraordinaire, de la transposition des couleurs ; les surfaces primitivement psoriasiques se décolorent de plus en plus pour arriver à une coloration d'un blanc intense, vitiligineux, tandis qu'alentour s'établit, en forme d'auréole, une zone érythémateuse d'un rouge pourpre, violacé, voire bleuâtre ; les surfaces primitivement malades sont ainsi devenues saines, et les parties saines sont devenues pathologiques. Puis finalement, l'érythème périphérique se fane, se bistre, brunit, puis s'efface, tandis que les points vitiligineux reviennent au rose normal.

Ce « blanchiment » merveilleux du psoriasis est ainsi obtenu presque invariablement. Aussi, l'acide chrysophanique est-il, jusqu'à présent le remède préférable de cette maladie, et cela, pour une série de raisons.

1° On ne connaît pas encore d'exemple d'intoxication à son actif ; non pas qu'il ne soit toxique (Pouchet et Godard), mais sans doute parce qu'il est inoffensif dans les limites et avec le procédé en usage, c'est-à-dire en l'employant avec mesure et circonspection, et toujours par applications successives et régionales.

2° Il réalise l'effacement du psoriasis en trois semaines, en moyenne, donc d'une façon bien plus rapide que l'huile de cade et l'acide pyrogallique, qui demandent environ : la première trente à quarante jours, le second vingt à trente (on a même cité des cas d'éruptions effacées en quinze, douze jours ou même moins).

3° Il est inodore, n'affiche pas le malade, n'incommode ni lui, ni ses voisins.

4° C'est une médication propre, qui ne rebute pas ; mais surtout elle permet de ne pas hospitaliser ou séquestrer le malade.

Ce dernier desideratum a été obtenu depuis que, renonçant aux pommades et aux gélatines chrysophaniques, primitivement employées, on ne se sert plus que du procédé imaginé par Auspitz, à savoir les applications de *traumaticine*. On désigne ainsi une solution de gutta-percha dans le chloroforme, et la préparation se formule ainsi : chloroforme 100 grammes, gutta-percha 10 grammes ; faites dissoudre ; incorporez acide chrysophanique 10 grammes

Ce mélange doit avoir une consistance sirupeuse, pour ne pas couler sur les parties voisines ; on en badigeonne une fois les plaques psoriasiques (en respectant la peau saine alentour), en se servant pour cela d'un pinceau de soies de porc, d'une brosse de peintre, dite *brosse orientale* dans le commerce. Alors, que se passe-t-il ? En une minute, la partie volatile (chloroforme) s'évapore, et il reste sur la peau une pellicule jaunâtre, adhérente, masquant le psoriasis, et qui, à moins de bains, mettra de trois à sept jours à se détacher. On la remplacera alors par un nouveau badigeonnage à la traumaticine, qui, chaque fois, ne sera plus appliquée que sur les parties non encore modifiées de l'éruption.

Ce procédé réalise d'inestimables avantages :

1° Il permet de circonscrire exactement l'application et les effets du remède aux surfaces malades ;

2° Il tient le topique en contact permanent avec les surfaces morbides, d'où une action plus intense ;

3° En raison de la dessiccation subite du mélange, il ne salit ni le linge, ni les vêtements ;

4° Par là même, il constitue un mode de traitement à la fois propre et commode : c'est une peinture *à sec* ;

5° Il permet au malade de vaquer aussitôt à ses affaires.

Il y a, il est vrai, des ombres à ce tableau. D'abord la chrysarobine colore les cheveux en jaune verdâtre (pas chez

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 758.

tous les sujets, il est vrai) ; on ne doit donc pas l'employer pour les régions velues.

Ensuite, elle occasionne des conjonctivites, incidents peu graves, mais désagréables, assez douloureux, et durant de quatre à six jours; il faut prévenir le malade de leur possibilité, bien qu'on ne les observe guère que dans 5 p. 100 des cas. On avait d'abord pensé que ces conjonctivites étaient dues au transport direct de la chrysarobine dans l'œil par les doigts; mais, outre que cette affection s'est produite *plusieurs fois* chez des malades, gens, par conséquent, *prévenus* de leur danger, M. Trousseau a montré expérimentalement que l'inoculation d'acide chrysophanique dans l'œil donnait lieu à un tout autre ordre d'accidents, à savoir à l'ophthalmie purulente. On incline donc à croire que cette conjonctivite est due à l'absorption du médicament, et cela d'autant plus qu'elle est presque invariablement double (soit d'emblée, soit d'un jour à l'autre); qu'elle récidive sur les mêmes sujets, et qu'elle ne semble pas plus fréquente chez les malades qui subissent des applications médicamenteuses sur la face, au voisinage direct des yeux.

En dernier lieu, l'acide chrysophanique produit des poussées inflammatoires sur la peau, des érythèmes, des dermites, des lymphites. Mais l'érythème est un phénomène nécessaire, curatif, restreint au voisinage des parties en traitement. Très rarement il arrive qu'il fuse, s'étende à tout un membre, ou même davantage, s'accompagne de tuméfaction du derme. On évite tous ces incidents en procédant par applications partielles, régionales, et en n'en faisant pas aux points où elles peuvent nuire, par exemple là où le tissu cellulaire est lâche (paupières, scrotum, verge).

Tout cela dit, il convient toutefois d'ajouter que l'acide chrysophanique n'est pas un médicament *parfait* : 1° il a ses défaillances, dans les rares cas *où, alors, il est tout à fait inactif*; 2° il ne prévient ni les rechutes, ni les récidives. Il n'en reste pas moins supérieur à tous les remèdes connus comme intensité, comme rapidité d'action, pour effacer l'exanthème.

Comme annexe à l'histoire de la chrysarobine, il faut au moins mentionner l'*anthrarobine*, substance voisine de la précédente, très avide d'oxygène, et qui a dernièrement été expérimentée contre le psoriasis, notamment par Behrend; dans son action thérapeutique, dit cet auteur, elle tiendrait, comme activité, le milieu entre la chrysarobine et l'acide pyrogallique.

Mais, ce qui lui mériterait une certaine préférence, c'est qu'elle est moins chère, serait moins toxique, moins irritante pour la peau et sans action sur les yeux.

Il arrive quelquefois qu'aucun des topiques précités n'a pu modifier certains éléments éruptifs, ou du moins que l'éruption en mourant a laissé subsister quelques placards qui résistent opiniâtrement. Force est bien alors d'avoir recours, par exception, à des moyens brutaux, irritants, voire légèrement caustiques, tels que frictions au savon noir, emplâtres de savon noir, badigeonnages avec la teinture d'iode, pommade sulfureuse de Wilkinson, solutions subcaustiques d'acide phénique ou de potasse.

D'autres fois encore on a eu recours à la *balnéation prolongée* (bains tièdes de trois à six heures), qui n'a encore pu être expérimentée à l'hôpital Saint-Louis, faute d'une installation et d'un personnel suffisants, mais qui est réalisée à la station thermale de Loèche (Valais), où l'on prend en commun des bains de piscine de six à dix heures, sans parler des cas *exceptionnels* où l'on a eu recours à la balnéation strictement *continue*, continuée pendant dix, quinze ou trente jours.

Tels sont les traitements mis en œuvre contre le psoriasis, et l'on peut dire, en somme, qu'en ce qui concerne « l'éruption », ces moyens sont suffisants. Mais maintenant, peut-on se demander, quelle part revient, dans la cure : *a*) aux topiques; *b*) aux médicaments internes (arsenic, alcalins)? — La réponse est facile à faire : l'action de l'arsenic sur l'éruption psoriasique, bien que réelle, est infiniment lente et presque insignifiante sans l'aide de modificateurs externes; on le constate aisément chez les malades auxquels on donne un traitement arsenical, tandis que l'on ne badigeonne qu'une fraction de leur psoriasis; les régions non soumises aux topiques sont prodigieusement en retard sur les autres.

En outre, il est triste de l'avouer, si l'on efface le psoriasis éruption, on ne guérit pas le psoriasis maladie; les récidives n'y sont pas seulement possibles, éventuelles, mais *fatales*. Mais si l'on ne guérit pas le psoriasis, peut-on du moins en atténuer, en distancer les manifestations? L'arsenic, le seul remède auquel, dans l'état actuel de la science, on puisse demander ce résultat, est-il bien capable de le produire? Le temps n'est plus où l'arsenic était le spécifique incontesté de la dartre. « L'arsenic, dit Hebra, a une action temporaire, non permanente; il n'empêche ni les retours, ni les rechutes. »

La question est ainsi remise à l'étude; mais on ne pourra condamner, à bon droit, l'arsenic d'une façon définitive, que lorsqu'on l'aura employé comme on emploie aujourd'hui le mercure dans la syphilis, c'est-à-dire d'une façon méthodique, durable, longtemps prolongée (même dans les intervalles de santé), ce qui n'a jamais encore été fait.

Enfin, il va sans dire que l'hygiène est le complément indispensable du traitement médical qui précède, pendant les crises éruptives comme aussi dans leurs intervalles. Elle peut se résumer ainsi : vie calme, régime sobre, abstinence d'aliments excitants. De plus, il sera utile de favoriser les fonctions de la peau par des bains fréquents, voire par des bains de vapeur de temps à autre. A ce titre, la fréquentation de certaines eaux minérales, notamment la Bourboule, sera, pour les malades de la classe aisée, d'un utile secours.

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE (1)

I

La tuberculose est, de toutes les maladies, celle qui fait le plus de victimes dans les villes et même dans certaines campagnes.

En 1884, année prise au hasard comme exemple, sur 56 970 Parisiens décédés, environ 15 000 — soit plus du quart — sont morts de tuberculose.

Si les tuberculeux sont si nombreux, c'est que la phthisie pul-

(1) Conclusions rédigées par la Commission permanente du Congrès pour l'étude de la tuberculose, revues et approuvées par MM. les professeurs Bouchard, Brouardel, Potain et Proust, membres du Congrès et de l'Œuvre de la tuberculose.

monaire n'est pas la seule manifestation de la tuberculose, comme on le croit à tort dans le public.

Les médecins considèrent à bon droit, comme tuberculeuses, bien d'autres maladies que la phthisie pulmonaire. En effet, nombre de bronchites, de rhumes, de pleurésies, de gourmes, de scrofules, de méningites, de péritonites, d'entérites, de tumeurs blanches, osseuses et articulaires, d'abcès froids, sont des maladies tuberculeuses, aussi redoutables que la phthisie pulmonaire.

II

La tuberculose est une maladie parasitaire, virulente, contagieuse, transmissible, causée par un microbe — *le bacille de Koch*. Ce microbe pénètre dans l'organisme par le canal digestif avec les aliments, par les voies aériennes avec l'air inspiré, par la peau et les muqueuses à la suite d'écorchures, de piqûres, de blessures et d'ulcérations diverses.

Certaines maladies : rougeole, variole, bronchite chronique, pneumonie; certains états constitutionnels provenant du diabète, de l'alcoolisme, de la syphilis, etc., prédisposent considérablement à contracter la tuberculose.

La cause de la tuberculose étant connue, les précautions prises pour se défendre contre ses germes sont capables d'empêcher sa propagation.

Nous avons un exemple encourageant dans les résultats obtenus pour la fièvre typhoïde, dont les épidémies diminuent dans toutes les villes où l'on sait prendre les mesures nécessaires pour empêcher le germe typhoïdique de se mêler aux eaux potables.

III

Le parasite de la tuberculose peut se rencontrer dans le lait, les muscles, le sang des animaux qui servent à l'alimentation de l'homme (bœuf, vache surtout, lapin, volailles).

La viande crue, la viande peu cuite, le sang, pouvant contenir le germe vivant de la tuberculose, doivent être prohibés. Le lait, pour les mêmes raisons, ne doit être consommé que bouilli.

IV

Par suite des dangers provenant du lait, la protection des jeunes enfants, frappés si facilement par la tuberculose sous toutes ses formes (puisqu'il meurt annuellement à Paris plus de 2000 tuberculeux âgés de moins de deux ans), doit attirer spécialement l'attention des mères et des nourrices.

L'allaitement par la femme saine est l'idéal.

La mère tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant; elle doit le confier à une nourrice saine, vivant à la campagne où, avec les meilleures conditions hygiéniques, les risques de contagion tuberculeuse sont beaucoup moindres que dans les villes.

L'enfant ainsi élevé aura de grandes chances d'échapper à la tuberculose.

Si l'allaitement au sein est impossible, et qu'on le remplace par l'alimentation au lait de vache, ce lait, donné au biberon, au petit pot ou à la cuiller, doit toujours être bouilli.

Le lait d'ânesse et de chèvre offre infiniment moins de danger à être donné non bouilli.

V

Par suite des dangers provenant de la viande des animaux de boucherie, qui peuvent conserver toutes les apparences de la santé alors qu'ils sont tuberculeux, le public a tout intérêt à s'assurer que l'inspection des viandes, exigée par la loi, est convenablement et partout exercée.

Le seul moyen absolument sûr d'éviter les dangers de la viande qui provient d'animaux tuberculeux, est de la soumettre à une cuisson suffisante pour atteindre sa profondeur aussi bien que sa surface : les viandes complètement rôties, ou bouillies et braisées, sont seules sans danger.

VI

D'autre part, le germe de la tuberculose pouvant se transmettre de l'homme tuberculeux à l'homme sain, par les crachats, le pus, les mucosités desséchés et tous les objets chargés de poussières tuberculeuses, il faut, pour se garantir contre la transmission de la tuberculose :

1° Savoir que, les crachats des phthisiques étant les agents les plus redoutables de transmission de la tuberculose, il y a danger public à les répandre sur le sol, les tapis, les tentures, les rideaux, les serviettes, les mouchoirs, les draps et les couvertures;

2° Être bien convaincu, en conséquence, que l'usage des crachoirs doit s'imposer partout et pour tous.

Les crachoirs doivent toujours être vidés dans le feu et nettoyés à l'eau bouillante; jamais ils ne doivent être vidés ni sur les fumiers, ni dans les jardins, où ils peuvent tuberculiser les volailles, ni dans les latrines;

3° Ne pas coucher dans le lit d'un tuberculeux; habiter le moins possible sa chambre, mais surtout ne pas y coucher les jeunes enfants;

4° Éloigner des locaux habités par les phthisiques les individus considérés comme prédisposés à contracter la tuberculose : sujets nés de parents tuberculeux, ou ayant eu la rougeole, la variole, la pneumonie, des bronchites répétées, ou atteints de diabète, etc.;

5° Ne se servir des objets qu'a pu contaminer le phthisique (linges, literie, vêtements, objets de toilette, tentures, meubles, jouets) qu'après désinfection préalable (étuve sous pression, ébullition, vapeurs soufrées, peinture à la chaux).

6° Obtenir que les chambres d'hôtels, maisons garnies, chalets ou villas, occupées par les phthisiques dans les villes d'eaux ou les stations hivernales, soient meublées et tapissées de telle manière que la désinfection y soit facilement et complètement réalisée après le départ de chaque malade; le mieux serait que ces chambres n'eussent ni rideaux, ni tapis, ni tentures; qu'elles fussent peintes à la chaux et que le parquet fût recouvert de linoléum.

Le public est le premier intéressé à préférer les hôtels dans lesquels pareilles précautions hygiéniques et pareilles mesures de désinfection si indispensables sont observées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 juillet 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

RAPPORTS

Traitement électrique des fibromes. — **M. LE DENTU** fait un rapport verbal sur un travail de M. Onimus, concernant le traitement électrique des fibromes utérins.

M. Onimus recourt aux applications extérieures des réophores. Il préfère agir au moment des hémorrhagies et pendant la période cataméniale, ce qui paraît excessif. Le traitement électrique, suivant M. Onimus, a une influence très favorable sur la métrorrhagie et c'est ce qui le préoccupe avant tout.

M. DESPRÉS attire l'attention sur l'éréthisme éveillé par ce traitement chez certaines femmes. Il signale des crises voluptueuses suivies d'émission de liquide utérin, et qui déterminent un état d'anémie presque grave.

Il ne faut pas non plus oublier que certains fibromes sont intermittents.

Néoplasme perforant du crâne. — **M. KIRMISSON** fait un rapport sur un mémoire de M. Pousson (de Bordeaux), sur les néoplasmes perforants du crâne et leur traitement. Ce travail repose sur une observation personnelle. L'auteur a de plus réuni 41 observations analogues, pour lesquelles 49 opérations ont été pratiquées; sur ces 49 opérations, il y a eu 27 succès et 22 morts.

On a fait 19 incisions et excisions avec 14 morts et 5 succès; et on a pratiqué 30 extirpations avec 22 succès et 8 morts.

M. Pousson, après avoir comparé les divers procédés opératoires, préfère le thermocautère au bistouri, et se prononce pour l'anesthésie mixte.

COMMUNICATION

Statistique chirurgicale. — M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** présente la statistique des opérations pratiquées par lui dans son service de Saint-Louis. En pratiquant l'antisepsie rigoureuse, telle qu'on la pratiquait au début du listérisme, il a obtenu les résultats suivants :

Sur 324 hommes opérés, il n'a eu que 2 morts, soit 0,6 p. 100.

Sur 144 femmes opérées, 2 morts.

Les opérations de laparotomie ne sont pas comptées dans ce relevé. M. Lucas-Championnière en a pratiqué 128 avec une mortalité de 6 p. 100.

PRÉSENTATIONS

Amputation de Chopart. — M. **BERGER** présente un malade chez lequel il s'est servi du procédé en raquette de Denonvilliers. Le malade marche très longtemps et très facilement, sans gêne ni fatigue. Il n'y a pas trace de renversement.

Plaie par arme à feu. — M. **MARC SÉE** présente une balle de revolver qui s'est aplatie, comme une feuille de papier, sur le crâne du blessé.

M. **LE DENTU** a vu la même déformation d'une balle contre le fémur.

M. **LE PRÉSIDENT** annonce que la Société entre en vacances et reprendra ses séances le 2 octobre prochain.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 2 août 1889, les officiers du corps de santé, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Langlois, pour le 2e zouaves; Geschwind, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Boncour, pour le 30e d'infanterie; Mangenot, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Frilet, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie; Lagrange, pour l'hôpital militaire de Bordeaux.

M. le médecin aide-major de première classe Brisse Saint-Macary, pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Les prix de l'internat (prix Bouchet) ont été décernés : 1° médecine, à M. Givre ; 2° chirurgie, à M. Orcel.

— *Hôpitaux de Toulouse.* — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Baylac, Dirat, Estienny, Marty (J.), Daunic, Bascou, Ambialet, de Laffont, Marty (E.), Benazech, Janot, Gaillardie.

— Sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1889, pour cause d'ancienneté d'âge et de services :

MM. Coze, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, et Merget, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

MM. Coze et Merget sont nommés professeurs honoraires.

— M. Glénard, professeur de chimie minérale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est admis, sur sa demande, et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er novembre 1889.

M. Glénard est nommé professeur honoraire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les professeurs Verneuil et Charcot sont dispensés du service des examens pendant l'année scolaire 1889-1890.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Denigès, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de chimie.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont chargés des cours complémentaires suivants MM. les agrégés Poulet (accouchements) et Beauvisage (botanique).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Rauzier est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Sarda, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. le professeur Viault (de Bordeaux) est chargé d'une mission dans les Hauts-Plateaux du Pérou et de l'Équateur, ainsi que dans la Bolivie, à l'effet d'y poursuivre les expériences de Paul Bert concernant l'air raréfié.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Meyer (de Strasbourg).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance de l'Académie a été hier particulièrement intéressante. Deux questions, dont la solution est grosse de conséquences pratiques, ont été tour à tour discutées : il s'agit de la transmission de la syphilis par le vaccin humain, et des moyens prophylactiques destinés à prévenir le développement de la tuberculose.

M. Hervieux est venu confesser à ses collègues, que dans l'une des « fournées » de vaccination faites par les soins de l'Académie, cinq enfants avaient été atteints consécutivement de syphilis, manifestement due à l'inoculation vaccinale, et cela quelles qu'aient été les précautions prises au moment du choix des enfants vaccinifères. Aussi l'auteur a-t-il remporté un véritable succès en sommant l'Académie de rompre à jamais avec la vaccine interhumaine, dangereuse quoi qu'on fasse, et sans que rien puisse permettre de prévoir ou d'éviter ce danger : les enfants atteints de *syphilis latente* pourront engendrer la syphilis.

Les conclusions de M. Fournier ne sont rien moins que radicales, il conviendrait, selon lui, de condamner à jamais la vaccination interhumaine. Mais cette mesure révolutionnaire ne saurait être adoptée ainsi à la légère et sous le coup de l'émotion bien légitime qu'avait provoquée la communication de M. Hervieux. Aussi, nous ne pouvons qu'applaudir pleinement à la proposition du président, renvoyant la question devant la Commission de vaccine ; on évitera de la sorte qu'une résolution aussi grave puisse être prise précipitamment, au moment où les vacances ont rendu clairsemés les rangs des académiciens présents.

La deuxième question, qui ressortit également à l'hygiène médicale, est la suite de la discussion commencée dans la séance dernière. Comment éviter la dissémination de la tuberculose ? Comment diminuer les effets de ce véritable fléau ? Les conclusions présentées par le Congrès de la tuberculose sont-elles parfaites et doivent-elles être adoptées par l'Académie ? Toute la question est là. La discussion recommence aujourd'hui ; la conclusion ne manquera certes pas d'intérêt.

HOPITAL NECKER. — M. KIRMISSON.

Du mal de Pott; origine tuberculeuse et origine traumatique.

J'ai fait transporter ici, à l'amphithéâtre, deux malades atteints de mal de Pott, afin d'appeler votre attention sur les analogies et sur les différences qu'ils présentent entre eux.

Le premier est celui qui est couché au n° 36 de notre salle des hommes. Chez lui le mal a tous ses caractères classiques ; son siège est dans la région dorso-lombaire, et l'on constate, à peu près sur la ligne médiane, une gibbosité caractéristique. De plus, dans la fosse iliaque il existe un abcès froid fluctuant commençant à descendre à la partie supérieure de la cuisse droite. Enfin, tout le membre inférieur de ce côté est faible, émacié et le siège de douleurs assez vives.

Le second malade est couché au n° 1 de notre salle des hommes également. Il lui est très difficile de se tenir debout, et ne peut pas marcher. La colonne vertébrale ne présente pas encore de gibbosité véritable mais seulement, et depuis quelques jours à peine, une petite saillie au niveau de l'apophyse épineuse de la douzième vertèbre dorsale. D'ailleurs le siège du mal de Pott est le même que chez le malade précédent ; il occupe les onzième et douzième vertèbres dorsales et les première et deuxième vertèbres lombaires. Enfin, ce malade éprouve de vives douleurs en ceinture ainsi que dans tout le membre inférieur droit, qui est, de plus, très faible.

Voici d'ailleurs l'histoire très simple, mais très intéressante aussi, de ces deux malades, au point de vue des différences d'origine de leur mal de Pott.

Le premier, le malade du n° 36, est un charretier âgé de vingt-six ans, chez lequel le début de la maladie remonterait, suivant son dire, à deux ans et demi environ. A cette époque, il était soldat dans l'infanterie. La maladie débuta par des douleurs dans le côté droit, puis une petite tumeur apparente dans la région dorso-lombaire, le long de la colonne vertébrale, et alors survinrent aussi des douleurs dans le côté gauche.

Plusieurs fois cet homme se présenta à la visite du chirurgien de son régiment, se plaignant de souffrir dans le dos, mais sa maladie ne fut pas reconnue, et il fut chaque fois renvoyé à son corps comme cherchant un prétexte pour ne pas faire son service. Et ce ne fut qu'un an plus tard que

l'on reconnut enfin la nature du mal dont il se plaignait et qu'il fut envoyé à l'hôpital.

Là on lui appliqua quatre cautères le long de la colonne vertébrale, après quoi on l'immobilisa dans une gouttière plâtrée. Au bout de cinq mois il se trouvait dans un état d'amélioration tel qu'il quittait l'hôpital, rentrait chez lui et reprenait son métier de charretier. Pendant quelque temps les choses n'allèrent pas trop mal, mais un peu plus tard les douleurs reparurent, il fut dans l'impossibilité de travailler, resta pendant un certain temps chez lui et, finament, dut entrer ici.

Lorsqu'il est arrivé dans nos salles, il y a trois mois et demi, il se plaignait d'une grande faiblesse dans les membres inférieurs et surtout dans celui du côté droit, mais ce n'est que depuis six semaines environ qu'il éprouva, dans la cuisse et la jambe droite, des douleurs fulgurantes dans la zone de distribution du nerf crural; de plus, on constatait l'existence d'une gibbosité angulaire et médiane dans la région dorso-lombaire. J'ajoute que la pression sur les apophyses épineuses de la région malade ne déterminait pas de douleur manifeste.

Mais dans la fosse iliaque droite on sent une masse faisant un peu saillie sous la peau, arrondie, rénitente et tendue, surtout depuis deux ou trois jours; masse enfin qui se prolonge sous l'arcade de Fallope et vers la partie supérieure de la cuisse droite, et dans laquelle on commence à percevoir de la fluctuation. Cette tumeur n'est autre chose qu'un abcès froid, dépendant d'une lésion osseuse de la colonne vertébrale, suivant la gaine du muscle psoas-iliaque pour aboutir à la partie supérieure et antérieure de la cuisse.

La sensibilité et la motilité du membre inférieur sont à peu près intactes, mais il existe une très grande gêne dans les mouvements de flexion de la cuisse.

Quant à l'état général du malade il n'est pas mauvais : pas d'amaigrissement, pas de teinte terreuse de la peau; la nutrition est bonne, le malade mange bien, il ne tousse pas et nous n'avons trouvé aucun signe manifeste d'une tuberculose pulmonaire. Je dois ajouter que ses antécédents personnels sont à peu prés nuls, car nous ne trouvons chez lui qu'une bronchite, il y a sept ans, qui dura un mois environ. Depuis lors, il n'a jamais toussé, aucune trace de scrofule non plus, aucun traumatisme. Mais il n'en est pas de même de ses antécédents héréditaires, et si sa mère, ses frère et sœur sont bien portants, par contre, son père est mort, il y a dix ans, des suites d'une fluxion de poitrine qui dura six semaines, toussant déjà depuis six mois lorsqu'il tomba malade. Ces accidents pulmonaires ressemblent bien à de la tuberculose.

Le malade du n° 1 est un garçon de vingt ans, exerçant la profession de maçon, qui fit, il y a quatre mois, une chute de trois mètres de hauteur; il tomba à la renverse le dos portant sur une poutre ou sur une barre de fer, et dans l'hyperextension. Il put néanmoins se relever et faire quelques pas, mais il éprouva aussitôt une douleur extrêmement vive dans la région dorso-lombaire et trois jours après il rendait du sang dans ses selles et par des vomissements. Puis, une péritonite se déclarait pour laquelle on lui faisait des applications de glace sur le ventre. Il resta ainsi au lit, chez lui, pendant plus d'un mois, traité par un médecin de la ville, et quand il put enfin commencer à se lever, les douleurs dorso-lombaires persistaient, la marche était difficile. Néanmoins il se remit à travailler pendant cinq à six semaines. A ce moment il fit une nouvelle chute, il tomba de sa hauteur et, bien que peu important, cet accident venant s'enter, pour ainsi dire, sur le premier, le malade dut entrer le lendemain — il y a six semaines aujourd'hui — à l'hôpital.

A son arrivée ici il souffrait d'une faiblesse très grande dans le membre inférieur droit qui l'empêchait de marcher, de douleurs en ceinture très vives, spontanées, irradiant surtout dans ce membre. Il n'existait encore aucune gibbosité, aucune déformation de la colonne vertébrale. Il n'en est pas de même ce matin, où nous venons de constater une très légère saillie de l'apophyse épineuse de la onzième ou de la douzième dorsale, ainsi qu'une douleur extrêmement vive à la pression à son niveau. Enfin, la région dorso-lombaire reste immobile dans les mouvements du tronc, et le malade peut avec peine se tenir sur sa jambe droite. La sensibilité n'est pas diminuée ni les réflexes abolis dans le membre inférieur droit. La santé générale est bonne.

Voici donc, en résumé, deux cas de mal de Pott vulgaires et, si j'ai tenu à vous en parler, c'est en raison de l'étude comparative intéressante à faire de ces deux cas au point de vue de certaines différences très nettes qu'ils présentent entre eux.

Le n° 36 est un fait absolument classique, mais le n° 1 est-il bien un mal de Pott? Si la coexistence des trois termes qui caractérisent surtout cette affection était indispensable pour nous prononcer, c'est-à-dire la gibbosité, l'abcès et la paraplégie, nous dirions non ; mais nous savons qu'un ou deux de ces termes manquent assez souvent dans cette affection, et qu'on n'en a pas moins affaire au mal de Pott. C'est ce qui arrive ici; par contre, tous les autres symptômes de la maladie sont bien nets chez lui.

Mais ce n'est pas tant dans la symptomatologie que dans la pathogénie que nous trouvons des différences majeures entre nos deux malades.

En effet, chez le n° 36, nous ne trouvons d'autre cause apparente de la maladie que les fatigues du service militaire et peut-être aussi la mauvaise nourriture, chez un sujet prédisposé héréditairement à la tuberculose.

Chez le n° 1 la cause est des plus nettes : un traumatisme violent, une chute suivie de douleurs immédiates et d'accidents forçant l'individu à garder le lit pendant plus d'un mois, traumatisme qui a dû s'accompagner, selon toutes probabilités, de déchirures, d'arrachements ligamenteux et peut-être aussi d'arrachement osseux : apophyse transverse, disque intervertébral ou substance du corps de la vertèbre.

Deux opinions ont eu cours sur l'origine du mal de Pott : les uns soutenant que la tuberculose n'est pour rien dans cette affection et que toutes reconnaissent un traumatisme quelconque; l'autre n'admettant pas le mal de Pott sans tuberculose ou scrofule. Pour moi, je les considère l'une et l'autre comme empreintes d'une exagération excessive; je crois que la grande majorité des sujets atteints du mal de Pott, de lésions osseuses ou articulaires chroniques, sont d'origine scrofuleuse ou tuberculeuse, et, d'autre part, que l'on rencontre aussi un certain nombre de cas chez lesquels la cause initiale est un traumatisme.

Bref, chez le malade du n° 1, nous avons affaire à un mal de Pott purement traumatique, à un sujet vierge de toute diathèse tuberculeuse ou scrofuleuse, jouissant d'une santé

générale très bonne et sans le moindre antécédent personnel ou héréditaire.

Au contraire, le nº 36 est atteint de mal de Pott d'origine tuberculeuse, par ses antécédents héréditaires sinon personnels.

Quant au traitement, chez tous les deux il s'agit d'immobiliser le tronc par un large corset l'englobant en entier jusqu'au bassin, corset plâtré complètement chez le nº 36, corset plâtré et lacé chez le nº 1, afin de pouvoir continuer à lui faire des pointes de feu le long de la colonne dorso-lombaire.

Chez le nº 36 la présence d'un abcès froid nous fournit une autre indication, c'est-à-dire, d'ici à deux ou trois semaines probablement, l'ouverture de l'abcès, non pas par une incision, car ici l'antisepsie serait illusoire vu l'étendue de la poche et la fistule persistante qui pourrait s'ensuivre, mais par une ponction évacuant le pus, suivie d'une injection d'éther iodoformé.

HOPITAL DU MIDI. — M. Du Castel.

Du chancre induré.

J'ai l'intention de vous parler aujourd'hui du chancre induré, de cet incident qui est, comme vous le savez, la première manifestation de la syphilis acquise.

Le chancre ou ulcération chancreuse est habituellement une érosion plutôt qu'une ulcération. Sa couleur fondamentale tire sur le rouge; elle peut être atténuée ou même marquée par une teinte grise due à l'altération et à l'épaississement de l'épithélium; celui-ci, quand il est très accentué, donne à l'affection une apparence diphthéroïde. Sa forme naturelle est circulaire; elle se modifie, devient ovale, oblongue, allongée et même fissuraire, suivant les régions dans lesquelles elle se développe. Le fond en est plan ou en forme de godet, très finement granuleux dans la plupart des cas. Les bords sont, en général, légèrement surélevés en pente douce, non décollés. La sécrétion qui se fait à la surface de l'ulcération est très peu abondante, ambrée, et ne renferme aucun élément de tissu conjonctif.

L'induration chancreuse est le résultat des ulcérations de ce tissu, c'est à elle que l'accident primitif de la syphilis doit d'être caractérisé chancre induré. Elle est constante, en principe, puisque les lésions conjonctives auxquelles elle se rattache existent essentiellement dans tous les chancres; mais elle est, en réalité, parfois bien difficile à percevoir, imperceptible même pour des doigts peu exercés à sa recherche. Si elle forme, dans certains cas, des noyaux massifs, considérables, elle est, dans d'autres cas, des moins prononcées, des plus atténuées, donnant tout au plus la résistance d'une feuille de parchemin (induration parcheminée) ou de papier (induration papyracée) et des plus minces. Aussi faut-il alors connaître exactement les règles qui ont été données pour sa recherche méthodique et qui permettent de ne pas la laisser échapper.

Il faut, comme l'a dit M. Fournier, saisir le chancre superficiellement comme si on voulait le soulever, le détacher des parties sous-jacentes; c'est le moyen de le bien isoler des tissus qui le supportent. Quand le chancre est ainsi bien saisi entre les doigts, il faut exercer sur lui une certaine pression d'une extrémité à l'autre de ses diamètres, en recherchant si, dans cet effort d'opposition des doigts, on perçoit une résistance anomale. Si l'on a des doutes sur l'existence d'une induration chancreuse, il faut changer à plusieurs reprises les doigts de place de manière à saisir successivement les extrémités de plusieurs diamètres différents de l'ulcération. Quelquefois même, en cas d'induration très légère, il sera bon de rouler entre les doigts la peau qui supporte l'ulcération pour arriver à percevoir nettement son induration.

L'induration déborde très légèrement les limites de l'ulcération en dehors desquelles elle cesse brusquement, tranchant parfaitement par sa résistance sur la consistance des tissus environnants. Cette résistance est à la fois dure et élastique, elle ne rappelle en aucune façon celle de l'induration inflammatoire ou de l'œdème; elle donne, suivant son épaisseur, la sensation d'un morceau de cartilage, de carton ou de parchemin, introduit sous la peau. Ses limites sont très nettes, elle ne se fond jamais insensiblement dans les tissus voisins; elle cesse toujours brusquement, ce qui permet de la distinguer facilement.

Enfin, l'induration peut se présenter sous la forme d'une nodosité plus ou moins volumineuse, qui s'enfonce dans les tissus sous-jacents (induration noueuse, calleuse), ou bien sous la forme d'une lamelle mince et aplatie qui s'étale en surface au-dessous de l'induration (induration lamelleuse, parcheminée, papyracée).

L'aspect d'un chancre varie avec le développement inégal de ses deux éléments : induration et ulcération. Il faut d'abord bien se rappeler que l'accident primitif de la syphilis ne comporte pas fatalement la coexistence de ces deux lésions; il est des cas, rares assurément, mais dont il faut cependant bien connaître l'existence pour éviter de se laisser entraîner à une erreur de diagnostic, dans lesquels l'induration peut exister sans ulcération; d'autres dans lesquels il est impossible de percevoir au-dessous de l'ulcération aucune trace d'induration. Ces derniers sont plus fréquents chez la femme que chez l'homme; il est même des chancres chez qui les caractères de l'ulcération et de l'induration sont à tel point atténués, surtout dans les premiers temps de la lésion, que le médecin même le plus exercé hésite à affirmer qu'il n'est pas en présence d'une plaie simple et doit chercher la base de son diagnostic dans des phénomènes concomitants, tels que la pléiade ganglionnaire, par exemple.

Les chancres à induration peu prononcée sont presque tous des chancres érosifs; ils semblent être de simples desquamations épithéliales dans lesquelles le derme s'aperçoit à travers les couches profondes de l'épiderme, restées en place après la chute des couches superficielles. Ces chancres seront facilement confondus avec une érosion simple, par un esprit non prévenu. On peut, cependant, y retrouver, dans nombre de cas, les caractères particuliers de la rougeur et le petit bourrelet de circonvallation. Dans certains plis de la peau, la rougeur peut se perdre au milieu de la rougeur de l'intertrigo et il est facile d'en laisser échapper la signification (chancre intertrigineux).

Certains chancres, bien qu'ils possèdent très nettement les caractères de l'ulcération et de l'induration, jettent le doute dans l'esprit à cause de leurs dimensions tantôt exceptionnellement petites, tantôt excessivement volumineuses. Il est des chancres nains dont les dimensions ne dépassent pas celles d'une lentille, d'un pépin de poire. Ils peuvent se cacher au fond d'un pli cutané ou muqueux et échapper facilement à l'exploration. Ces petits chancres se

réunissent volontiers en groupes où l'on peut en compter jusqu'à quinze et vingt; on les confond alors facilement avec des groupes d'herpès (chancre multiple herpétiforme de Dubuc).

Par contre, il est des chancres tellement volumineux que leur vue excite plutôt la pensée d'une tumeur que celle d'une lésion syphilitique. M. Mauriac a vu un chancre induré de la lèvre inférieure avoir le volume d'une pomme d'api. Sur la langue et les amygdales, l'induration chancreuse acquiert facilement des proportions considérables, et plus d'une fois le chancre a été pris pour un cancer, un épithélioma de ces organes.

La surface du chancre, au lieu d'être constituée par une simple érosion, peut s'ulcérer (dans les trois cinquièmes des cas d'après Bassereau); le fond est alors facilement diphthéroïde. Les bords plus élevés ne sont pas, cependant, taillés à pic, mais ils conservent leur inclinaison plus ou moins raide; ils sont durs, de consistance lardacée et souvent d'une couleur rouge éclatante qui tranche sur le fond gris de l'ulcère. Ces ulcérations vraies se produisent à la suite d'irritations répétées de la surface du chancre ou sous l'influence d'un processus nécrobiotique moléculaire ou massif qui rappelle celui qu'on observe dans les lésions tertiaires et les gommes.

A côté des chancres où l'induration et l'ulcération sont nettement caractérisées, il en est donc un certain nombre dans lesquels les signes caractéristiques, l'induration, en particulier, s'atténuent à tel point qu'elle devient difficilement perceptible ou nulle; il en est d'autres aussi qui, tout en étant nettement caractérisés, éveillent facilement dans l'esprit, par suite de leur volume ou exceptionnellement petit ou, au contraire, considérable, l'impression de lésions autres que des lésions syphilitiques. La surface, enfin, de l'ulcération peut être fortement modifiée par un processus véritablement ulcéreux et non simplement érosif. Il faut donc, en présence d'une ulcération dont la nature ne saute pas aux yeux, se rappeler qu'il n'est pas un point de la peau, pas un point des muqueuses tapissant les cavités en communication directe avec l'extérieur, sur lequel le chancre ne puisse se développer. Il faut, par suite, analyser avec le plus grand soin tous les caractères de la surface, tous ceux des bords, il faut rechercher la consistance des tissus sous-jacents à l'ulcération, enfin, rechercher aussi un symptôme qui, pour ne pas exister au siège même de l'ulcération, pour ne se produire qu'à distance, n'en est pas moins de première importance, quand il s'agit de faire le diagnostic du chancre, c'est-à-dire l'adénite indolente.

CLINIQUE DES QUINZE-VINGTS. — M. VALUDE.

Des asthénopies (1).

(Leçon recueillie par M. CALAMY, interne du service.)

II

Les troubles asthénopiques, pris dans leur ensemble, forment un tout clinique qui semble d'abord assez bien défini. Toutefois l'étude des seuls symptômes permet déjà de reconnaître, dans cette formule nosologique générale, quelques tableaux différents.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 766.

Si, en effet, on veut rechercher l'étiologie de l'asthénopie, il devient nécessaire d'établir un certain nombre de variétés dans cette asthénopie et les caractères de celles-ci sont excessivement tranchés.

Les deux principales formes de l'asthénopie sont : l'asthénopie *accommodative*, propre aux hypermétropes, puis l'asthénopie *musculaire*, due à l'insuffisance des muscles droits internes et qui s'observe chez les myopes. Au second rang se place l'asthénopie des astigmates et l'asthénopie rétinienne ou nerveuse.

L'asthénopie accommodative des hypermétropes, la plus commune et la plus connue de toutes, est due à un surmenage de l'accommodation par le fait de l'hypermétropie. On sait que tout hypermétrope emploie une part de son accommodation à corriger d'abord son hypermétropie, puis qu'il utilise le reste de cette accommodation aux travaux rapprochés. S'il reste, après correction de l'hypermétropie, assez d'accommodation pour subvenir aux frais d'un exercice continu de la vision rapprochée, les troubles asthénopiques ne se produisent point et ceci explique que tout hypermétrope ne soit pas en même temps affecté d'asthénopie. Mais si, pour une raison quelconque, degré de l'hypermétropie, ou affaiblissement, *asthénie*, de l'accommodation par une cause générale, cette puissance accommodative se trouve insuffisante à soutenir le travail continu, aussitôt apparaîtront des symptômes de fatigue et bientôt l'impuissance. Le tableau clinique, en ce cas-là, est rigoureusement celui que nous avons tracé précédemment. Le malade, ainsi disposé, est capable de voir nettement un objet rapproché, mais pour un seul instant, comme le convalescent peut faire quelques pas hors de son fauteuil; mais, après un certain nombre d'efforts, les yeux refusent tout service, comme les jambes du convalescent fléchissent sous lui.

Il est un fait qui peut sembler contradictoire au premier abord, c'est que l'asthénopie ne s'observe que dans les faibles degrés ou les degrés moyens de l'hypermétropie et non pas dans les degrés élevés de cette amétropie. La raison en est pourtant très facile à donner, car si, dans les forts degrés d'hypermétropie, on ne voit pas se produire l'asthénopie, c'est que l'hypermétropie prend pour elle la totalité ou la presque totalité de l'accommodation, ne permettant, pour ainsi dire, pas du tout la vision des objets rapprochés. Dans ce cas, il y a amblyopie par le fait de l'amétropie, mais nullement asthénopie, c'est-à-dire, je le rappelle, affaiblissement de la puissance visuelle.

Telle est l'asthénopie des hypermétropes, due à un surmenage de l'accommodation ; on comprendrait que ce surmenage pût s'observer de la même façon chez les presbytes au début, chez lesquels la puissance accommodative commence à s'éteindre. On voit, en effet, ces sujets, au moment où ils se livrent à un travail continu et rapproché, et surtout à la lumière artificielle, en proie à une gêne, à une difficulté à voir qui prend, dans une mesure, la physionomie des troubles asthénopiques. Ces troubles de la presbytie n'acquièrent pas cependant l'intensité des phénomènes asthénopiques et on n'observe presque jamais, comme chez les jeunes asthénopes, ces tensions douloureuses du globe oculaire ou du front qui les obligent aussitôt à cesser d'exercer leur vision.

Quoi qu'il en soit, dans ces deux cas, hypermétropie du jeune âge ou presbytie, le traitement de l'asthénopie sera le même et consistera dans le port de verres convexes appropriés pendant toute la durée du travail. Ces verres

devront être choisis avec soin et on devra s'en rapporter au goût du malade lui-même qui les essayera pendant un temps un peu prolongé. On se gardera donc de corriger, de propos délibéré, l'hypermétropie totale du malade et encore plus d'imiter la conduite de Mackenzie, qui empêchait les asthénopes de se servir des verres à leur convenance et qui les obligeait à porter des convexes trop faibles et totalement insuffisants.

La seconde variété, importante aussi, d'asthénopie, est l'asthénopie musculaire qui se voit chez les myopes et qui est causée par une insuffisance, une paresse, une *asthénie* des muscles droits internes ; c'est là un point qui a été magistralement étudié par de Graefe. Les myopes, par définition, par le fait même de leur amétropie, ont la propriété d'être adaptés à la vision des objets rapprochés, sans accommodation ou avec une légère accommodation dans les plus faibles degrés de la myopie. Or, la fonction « convergence », qui est ordinairement tributaire de l'accommodation et qui obéit plus ou moins servilement à cette fonction primordiale, tend comme elle à se relâcher dans la vision de près, chez les myopes ; c'est-à-dire que la convergence tend à ne point s'effectuer, que les yeux se refusent à se diriger vers l'objet fixé, cherchent à rester en parallélisme. Il en résulte une sorte de lutte entre l'accommodation, qui est supprimée de fait, et la convergence, qui tend à suivre et à se supprimer également. Cette lutte ne se produit pas lorsque les droits internes jouissent d'une puissance suffisante pour effectuer quand même les efforts de convergence ; mais que pour une cause générale quelconque la force de ces muscles se trouve affaiblie et la lutte commencera, c'est-à-dire l'asthénopie avec tous ses symptômes, qui signifient ici surmenage et impuissance finale des muscles droits internes.

On comprend que les signes de l'asthénopie musculaire doivent être quelque peu dissemblables de ceux de l'asthénopie accommodative, le mécanisme étant, dans l'un à l'autre cas, différent. L'attaque d'asthénopie débute habituellement de la même façon, à la vérité, chez l'hypermétrope et chez le myope, mais ce dernier, atteint d'insuffisance musculaire, ne tarde pas à remarquer que sa fatigue visuelle cesse s'il prend la précaution de se fermer un œil avec la main ; de plus, fait absolument spécial, s'il laisse l'attaque se développer, elle n'aboutit pas, comme dans l'hypermétropie, à une impossibilité absolue de fixer, mais bien plutôt à une diplopie excessivement gênante. Ce que nous avons dit plus haut du mécanisme de cette asthénopie musculaire permet de se rendre compte de ce phénomène, puisque l'affection tient tout entière dans une difficulté à converger, c'est-à-dire à se servir des deux yeux simultanément. On se servira de ces divers symptômes et surtout du fait que le malade est myope ou hypermétrope, pour établir le diagnostic entre ces deux importantes variétés d'asthénopie. Le moyen le plus scientifique de s'assurer que deux yeux sont en puissance d'asthénopie musculaire, c'est-à-dire dans l'impuissance de converger sur un point rapproché, consiste à employer un prisme tenu verticalement et dédoublant les images de haut en bas ; si les images ne restent pas sur la même ligne verticale, on en conclura qu'il existe un certain degré d'asthénopie musculaire.

Dans le traitement de cette variété d'asthénopie, tout différent du précédent, on s'efforcera de rendre aux yeux la vision binoculaire. Pour ce faire, il faudra, tout en laissant les muscles droits internes se relâcher à leur gré, donner au malade des verres prismatiques à base tournée en dedans, suffisante pour permettre la vision binoculaire rapprochée ; le décentrage des verres correcteurs de la myopie pourra, en quelques cas, remplir le but proposé. Quand l'asthénopie résiste à l'emploi des verres prismatiques, on est autorisé à agir sur les muscles eux-mêmes, soit en renforçant les droits internes, soit mieux encore en diminuant la puissance des droits externes par la ténotomie partielle de de Graefe ou la ténomyotomie d'Abadie, d'un effet plus rationnel.

A côté de ces deux principales causes d'asthénopie, la myopie et l'hypermétropie, l'astigmatisme tient une place assez minime, et cependant il est des asthénopes astigmates. Dans ces cas, l'attaque asthénopique est causée par les efforts partiels du muscle ciliaire obligé à corriger l'amétropie qui s'oppose à la vision nette des objets fixés. Le symptôme particulier de ce genre d'asthénopie est que l'attaque se produit subitement, sans prodromes, et dès le début de l'écriture ou du travail.

L'existence de l'astigmatisme étant reconnue, il suffira, pour remédier à l'asthénopie, de faire porter au malade les verres exactement correcteurs de son amétropie.

La dernière variété d'asthénopie est l'asthénopie nerveuse, rétinienne, placée en dehors de tout vice de réfraction de l'œil et qui tient à ce que la rétine est incapable de supporter le moindre effort visuel. Chez ces malades, qui sont ordinairement des jeunes filles, anémiques, nerveuses et même hystériques, on ne rencontre ni hypermétropie, ni insuffisance musculaire, ni astigmatisme ; l'asthénopie consiste dans une impuissance absolue de se livrer à un travail d'application et s'accompagne d'une sensibilité singulièrement exagérée à l'égard de la lumière. C'est ici que le travail à la lumière artificielle est particulièrement néfaste. Vous avez pu retrouver ce tableau clinique chez une jeune fille qui s'est présentée à plusieurs reprises, il y a quelque temps, à notre consultation des Quinze-Vingts. Chez celle-ci l'asthénopie n'était améliorée ni par les convexes, ni par les prismes, c'était une jeune fille assez notablement nerveuse et douée d'une hyperesthésie rétinienne très marquée. Nous lui avons prescrit des ferrugineux et du bromure de potassium.

L'étude un peu longue, que nous venons de faire des asthénopies, pourra vous permettre actuellement de reconnaître l'origine des différentes variétés de cette affection et d'en déduire rationnellement le traitement spécial. N'oubliez pas toutefois de réserver une bonne place au traitement général approprié, car si l'amétropie ou l'hyperesthésie rétinienne sont les causes prédisposantes des attaques d'asthénopie, la débilité générale constitutionnelle ou accidentelle en devient la cause déterminante efficace.

DES GOMMES SYPHILITIQUES DE L'AMYGDALE

Par M. Ed. Juhel-Renoy, médecin des hôpitaux.

Conclusions. — L'amygdale n'est pas à l'abri du processus gommeux.

La gomme s'y présente sous des apparences trompeuses, non pas du fait de l'insidiosité de son début, mais bien de l'aspect angineux, diphthéritique ou scarlatineux que peut revêtir la maladie.

A l'indolence de la syphilis tertiaire du voile palatin, il y a lieu d'opposer la vivacité réactionnelle de la gomme de l'amyg-

dale ; cette affection mériterait le nom d'angine ou mieux d'amygdalite tertiaire gommeuse aiguë. (*Archives de laryngologie.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 août 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Doyen et M. Coutholeux (de Reims) ;

2° Une lettre de M. le docteur Ranvier (de Beyrouth), qui se porte candidat au titre de membre correspondant national.

COMMUNICATIONS

Transmission de la syphilis par le vaccin. — **M. HERVIEUX** informe l'Académie que cinq enfants, inoculés le 11 mai dernier par le vaccin de l'Académie, ont été atteints de syphilis vaccinale.

L'enquête qui a été faite, à la suite de ce malheur, a permis de retrouver les deux enfants vaccinifères. Ils sont tous deux bien portants, et, examinés de la tête aux pieds, ne présentent aucune trace la plus minime de syphilis. Les soins minutieux de propreté, usités pendant la vaccination, ne permettent pas de soupçonner que la contamination soit occasionnée par les instruments. C'est certainement du fait des enfants vaccinifères qu'un tel accident est survenu. Mais alors, qui pourra nous défendre à l'avenir contre le retour d'une pareille aventure ?

Dans ces conditions, l'orateur se demande : 1° s'il faut conserver au vaccin humain la place honorable qu'il occupe dans la prophylaxie de la variole humaine ; 2° s'il faut placer la vaccine en général assez haut dans l'opinion publique pour que, malgré ses défaillances, elle ne puisse déchoir du rang élevé où l'ont portée les immenses services qu'elle rend depuis un siècle à l'humanité?

La vaccine jennerienne est très délaissée aujourd'hui. Cependant M. Hervieux a, dit-il, pratiqué plus de 45 000 inoculations, et c'est le premier accident qu'il a à enregistrer. La vaccine animale a, d'ailleurs, également ses dangers, elle devient facilement putrescible et septique, et, dans quelques cas, l'infection qui a résulté de son inoculation a pu être mortelle.

Dans ces conditions, il convient de ne pas récriminer contre la vaccine pour quelques faits, regrettables sans doute, mais qui n'ont, du moins jusqu'à ce jour, entraîné aucune conséquence sérieuse, et qui ne sauraient, d'ailleurs, infirmer en rien les innombrables bienfaits de la découverte jennerienne.

M. FOURNIER, après avoir établi que le malheur qui vient d'arriver ne saurait être imputé en quoi que ce soit à M. Hervieux, qui a su s'entourer de toutes les garanties possibles dans le choix de ses vaccinifères et par la propreté de ses instruments, se demande si ce n'est pas la méthode elle-même qui doive être considérée comme seule responsable.

Les enfants vaccinifères sont là, les membres de l'Académie peuvent les examiner. Ils sons sains, du moins en apparence.

Les instruments sont tous soigneusement désinfectés après chaque vaccination. Ce n'est donc pas eux qui ont pu amener cinq fois de suite l'inoculation syphilitique. D'ailleurs, dans la transmission de la syphilis par l'instrument, il ne s'agit jamais que d'un cas unique, le peu de quantité de virus syphilitique dont est chargée la lancette, étant rapidement essuyé et épuisé par les premières piqûres.

Il faut en arriver à cette conclusion que M. Fournier a déjà établie dans ses écrits, c'est que la syphilis à l'état latent peut se transmettre par la voie vaccinale. Il y a donc là un danger impossible à prévoir, et la preuve, c'est qu'en 1865, pareil fait s'est déjà produit à l'Académie.

Ne conviendrait-il pas, pour éviter le retour de semblables malheurs, de formuler les propositions suivantes :

1° Tout vacciné ne devra jamais être vacciné que par des instruments à lui, ne devant toucher que lui.

2° Les vaccinations faites par les soins de l'Académie ne seront plus faites désormais qu'avec du vaccin animal.

La première proposition sera facilement suivie et exécutée à peu de frais, à la condition de se servir d'aiguilles cannelées au lieu de lancettes.

Quant à la deuxième question, elle ne tend rien moins qu'à faire disparaître la vaccine jennerienne.

Le vaccin humain a fait ses preuves, dit M. Fournier en terminant, ne lui donnons pas le temps de réaliser une troisième catastrophe.

(Les propositions de M. Fournier sont renvoyées à la Commission de vaccine.)

Instructions au public contre la tuberculose. — **M. DUJARDIN-BEAUMETZ** approuve, dans son ensemble, les instructions récemment publiées par la commission du Congrès de la tuberculose. Il pense que la tuberculose est aussi meurtrière à la campagne qu'à la ville et il propose de modifier la phrase de la commission en disant simplement : « La tuberculose est, de toutes les maladies, celle qui fait le plus de victimes. »

Rien ne démontrant chez l'homme la transmissibilité de la tuberculose par l'alimentation de lait ou de viande tuberculeuse, la mammite tuberculeuse étant d'ailleurs exceptionnelle chez la vache, l'orateur proposerait la suppression du chapitre III et du deuxième paragraphe du chapitre V.

M. DAREMBERG. La tuberculose des muscles est chose rare. Supprimer l'usage de la viande crue, des viandes saignantes et rôties, c'est enlever, dans la crainte d'un danger imaginaire, une arme puissante dont dispose le médecin.

Il convient au contraire de recommander de faire bouillir le lait, car il est maintenant prouvé par de nombreuses expériences que, même en dehors des lésions de la mamelle, le lait de la vache tuberculeuse est un lait virulent.

Il conviendrait aussi de proscrire l'usage des viscères des animaux tuberculeux, viscères utilisés pour l'alimentation des classes pauvres et qui sont bien plus souvent atteints que le muscle proprement dit.

Quant à toutes ces mesures d'isolement du tuberculeux, qui considèrent ce pauvre malade comme un pestiféré, mesures qui tendraient à en faire un objet d'horreur, à l'éloigner des siens pendant les mois et les années que dure ce long martyre, il y a là quelque chose d'inhumain que l'Académie ne saurait conseiller.

Il faut seulement prévenir que les crachats constituent les agents de contamination les plus puissants et qu'il y a là à prendre une série de précautions qu'on fera facilement adopter.

M. G. SÉE proteste contre la contagion de la tuberculose par l'air atmosphérique, où le bacille ne peut ni vivre ni se développer. Cette idée de contagion par l'air commence à se répandre dans le public, où elle produit un véritable affolement. Elle est heureusement fausse. Les expériences les mieux conduites l'ont démontré.

Les crachats sont véritablement l'agent de transmission, mais encore faut-il qu'ils soient desséchés, pulvérulents, et que ces poussières soient transportées par l'atmosphère. C'est donc contre le crachat qu'il faut agir. Il faut éviter sa dissémination sur les linges, dans les différentes pièces d'un appartement. Il faut le recueillir dans un crachoir et le détruire.

C'est à tort que la Commission recommande aux asthmatiques catarrheux de prendre des précautions. Loin d'être sujets à la tuberculose, ces malades semblent en être plus exempts que qui que ce soit. Quant à ces prétendus rhumes négligés, ce sont déjà des bronchites tuberculeuses.

M. G. Sée croit également que, si le pis de la vache n'est pas malade, le lait ne présente aucun danger. Enfin il est absolument de l'avis de M. Daremberg en ce qui concerne la viande. S'il fallait écouter la Commission, le malade serait privé de tous les meilleurs produits alimentaires.

LECTURE

Trépanation pour accidents épileptiformes. — M. LÉPINE lit une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

45. M. GAUJA. Étude critique sur le traitement chirurgical contemporain du prolapsus utérin. — 46. M. CHEMINADE. Recherches cliniques et expérimentales sur les injections hypodermiques de calomel contre les accidents syphilitiques. — 47. M. DUMUR. Recherches expérimentales sur la mécanique des articulations radio-cubitales. Mouvements de pronation et de supination. — 48. M. BOURAS. Du pseudo-tabes neurasthénique. — 49. M. VINCENT. Recherches morphologiques sur les muscles mimiques. — 50. M. DENEY. Traitement de la métrorrhagie par les injections intra-utérines de teinture d'iode. — 51. M. SEGUIN. Considérations générales sur les épidémies d'ictère catarrhal à propos d'une série de cas observés dans les troupes casernées à Lorient, en 1889. — 52. M. COROLLEUR. Contribution à l'étude des fièvres continues dans les pays chauds (Nouvelle-Calédonie). — 53. M. BAYSSELLANCE. Contribution à l'étude de la trachéotomie chez l'enfant. — 54. M. LAGUENS. Contribution à l'étude de l'anurie calculeuse. Diagnostic et traitement. — 55. M. SAVARY. De l'iodoforme et de son emploi en oculistique. — 56. M. ESTRADE. Contribution à l'étude de la fièvre palustre à détermination pneumonique. — 57. M. CAYLUS. Du cathétérisme rétrograde chez l'homme. — 58. M. RICHER DE FORGES. Des hémorrhagies traumatiques de la main. — 59. M. FOUR. Étude sur l'auscultation stéthoscopique de la percussion. — 60. M. LACAUSSE. Les dégénérés psychiques, étudiés spécialement au point de vue du service militaire. — 61. M. BERRY. Contribution à l'étude de l'arthroxesis ou abrasion intra-articulaire dans le traitement des arthrites fongueuses. — 62. M. GASSIOLLE. Contribution à l'étude des indications de la sonde à demeure. — 63. M. NOBLOT. Essai sur les affections oculaires liées à la menstruation. — 64. M. AUSSET. Contribution à l'étude de l'histogénèse du carcinome testiculaire. — 65. M. QUENNEC. Contribution à l'étude du scorbut. — 66. M. DE MOUTARD. A l'occasion d'une épidémie d'ictère observée parmi les troupes de Brest.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour les prix à décerner, en 1889, aux élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris (4e année) s'ouvrira, à quatre heures :

Médecine. — Le lundi 9 décembre, à l'Hôtel-Dieu ;

Chirurgie et accouchements. — Le jeudi 12 décembre, à l'hôpital de la Charité.

MM. les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Morelle, agrégé, est chargé d'un cours de matière médicale.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Merz, suppléant, est chargé d'un cours de clinique obstétricale et gynécologie.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Peugniez, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire.

— *École de médecine de Caen.* — M. le professeur Lepetit est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à partir du 1er novembre 1889.

M. Lepetit est nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Tours.* — M. Augis est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les ulcérations non traumatiques de la trachée.

Par M. le docteur VALETTE,
Ancien interne des hôpitaux.

I

Les processus ulcératifs qui atteignent la trachée sont fréquents et d'origine très diverse, mais aussi d'inégale importance et de gravité tout à fait variable. Si, dans l'immense majorité des cas, ils ne constituent qu'un épiphénomène négligeable au cours de certaines maladies, il existe cependant des faits assez nombreux où, sous leur influence, se développent des lésions irrémédiables. Nous en aurons un exemple frappant dans les rétrécissements de la trachée consécutifs aux ulcérations syphilitiques de ce conduit. Cayol avait observé trois cas remarquables de pertes de substances étendues de la trachée, il les a rapportés dans sa thèse en 1810. Frappé de la constance de la lésion et de l'identité du syndrome clinique présenté par ses malades, cet auteur fut conduit à créer un type morbide nouveau : la phthisie trachéale. (Le mot phthisie s'appliquait, à cette époque, à toute lésion ulcéreuse progressive.) Le pronostic en était fatal; ses trois malades étaient morts en proie à la dyspnée et au milieu d'accès de suffocation.

Le temps n'a pas consacré cette entité pathologique nouvelle qui n'a pu prendre rang dans la nosologie comme affection indépendante existant par elle-même. Un démembrement s'est opéré dans l'œuvre de Cayol, grâce aux progrès de l'anatomie pathologique et à la connaissance plus complète des localisations de la syphilis. Mais la description symptomatologique qu'il a laissée a subi peu de changements. Elle est pour ainsi dire identique, comme nous le verrons plus loin, aux phénomènes cliniques par lesquels se manifestent les rétrécissements de la trachée.

Parmi ces ulcérations trachéales, un grand nombre ressortissent au domaine chirurgical. Elles reconnaissent pour cause des corps étrangers, des plaies, et en particulier les plaies opératoires. On sait, depuis le travail de Roger, combien elles sont fréquentes après la trachéotomie, par suite du séjour prolongé de la canule ou de la gravité de l'infection diphthéritique.

D'autres se produisent de dehors en dedans et sont secondaires à une action de compression exercée sur le conduit trachéal par des tuméfactions de voisinage. Par sa situation au cou, par ses rapports dans le médiastin avec les nombreux organes qui le constituent et dont les lésions sont si fréquentes, la trachée est exposée à subir le contre-coup de leurs altérations. C'est ainsi, par exemple, que les adénopathies tuberculeuses finissent par ulcérer la trachée et s'évacuer dans son intérieur, suivant un mécanisme indiqué par Recklinghausen. Le ganglion adhère à la paroi trachéale, attire à lui et déprime la muqueuse en produisant ce que l'on appelle un diverticule de traction, puis il se caséifie, s'abcède et se vide par ce diverticulum ulcéré. Le cancer de l'œsophage, les corps étrangers peuvent envahir ou blesser la trachée. Les grosses veines du cou peuvent entrer en communication avec le conduit trachéal par l'intermédiaire de ganglions caséifiés ou d'abcès voisins. Enfin les ectasies de la crosse de l'aorte ulcèrent et détruisent les cerceaux cartilagineux, et leur rupture a souvent lieu dans l'intérieur du conduit trachéal.

Les ulcérations traumatiques et celles dont nous venons de donner un aperçu rapide et qui se produisent des organes voisins vers la trachée, ne nous occuperont pas dans cette étude. Les premières ne rentrent pas dans notre cadre. Les secondes sont généralement précédées par des phénomènes de compression de la trachée et des signes de tumeurs du médiastin.

On a signalé encore d'autres lésions ulcéreuses que nous laisserons de côté à cause de leur extrême rareté. J. Teissier a décrit une perforation trachéo-œsophagienne, survenue chez un ataxique; il la croit due à une lésion trophique. La lèpre, la morve peuvent amener des pertes de substance de la trachée, et Tardieu pense que les ulcérations de la morve peuvent aboutir au rétrécissement. Ces faits sont exceptionnels; au cours de certaines maladies infectieuses, comme la variole, la diphthérie, la fièvre typhoïde, il peut se produire des ulcérations dans la trachée. Elles passent le plus souvent inaperçues devant la gravité de l'affection principale. Nous ne retiendrons pour notre étude que la syphilis, la tuberculose, le cancer dont les déterminations sur la trachée sont fréquentes et comportent une gravité particulière.

II

Syphilis. — Les déterminations de la vérole sur la trachée et les bronches ont fourni tout récemment à M. Mauriac la matière d'un travail publié dans les *Archives générales de médecine* de 1888. Dans ce mémoire, l'auteur étudie les diverses phases du processus morbide, depuis l'infiltration néoplasique jusqu'à la période de rétraction cicatricielle qui suit les ulcérations. C'est à cette étude remarquable que nous emprunterons les détails qui vont suivre.

Comme époque d'apparition, les ulcérations de la trachée correspondent à la période tertiaire de l'évolution syphilitique. Cependant une observation de M. Prengrueber et une autre de M. Moissenet prouvent qu'elles peuvent se montrer de très bonne heure (neuf mois et douze mois après l'accident primitif).

Elles ont une sorte de prédilection pour la partie inférieure du conduit et la racine des bronches. Sur 21 cas, Jullien en a noté 16 où les ulcérations occupaient le quart inférieur de la trachée. Sur 22 cas de syphilose trachéo-bronchique, réunis par Gerhardt, 12 fois il y avait participation des bronches (Voir M. Mauriac). Il va sans dire que les autres parties de la trachée n'échappent pas à l'action de la vérole, bien qu'elles soient moins fréquemment atteintes.

Au début, la néoplasie syphilitique se présente sous la forme de nodosités circonscrites, ou de plaques diffuses dans l'épaisseur de la muqueuse ou au-dessous d'elle. La maladie procède par poussées successives, de sorte que l'on peut observer des lésions à leur début à côté d'ulcérations déjà fort étendues. Ces pertes de substance sont quelquefois très larges et très profondes, elles détruisent et perforent les anneaux cartilagineux, les couches musculaires et fibreuses, et peuvent donner lieu à des fusées purulentes dans le voisinage. Enfin, toute cette partie de l'arbre aérien, du larynx aux bronches, peut être labourée, creusée par des ulcérations gommeuses, le larynx lui-même peut être atteint, et ainsi se trouve constitué ce que M. Mauriac appelle le phagédénisme laryngo-trachéal, qui peut être serpigineux ou térébrant.

Les ulcérations syphilitiques de la trachée ont, ici comme partout, une physionomie particulière. Elles sont taillées à pic, leurs bords sont durs, proéminents et décollés; le fond est constitué par des cartilages ou une gangue fibreuse, il est sanieux. Tout autour et dans l'intervalle des ulcérations, la muqueuse est enflammée. La trachée sur tout son pourtour peut ne présenter qu'un vaste ulcère anfractueux et raviné.

Si le malade n'est pas emporté par la gravité de l'affection, ou par quelque complication, à la phase d'ulcération succède la période de sclérose cicatricielle. C'est à ce moment que vont survenir les accidents les plus menaçants. Bien que des ulcérations très étendues de la trachée aient pu amener la mort par un mécanisme encore incomplètement connu, c'est surtout par la sténose consécutive à leur cicatrisation qu'elles sont redoutables. D'après Dubar et Payne, le processus qui donnerait lieu au rétrécissement serait le suivant : les capsules cartilagineuses entrent en prolifération, et peu à peu tout le cartilage est remplacé par des cellules embryonnaires qui deviennent fibreuses et doublent en dessous le tissu fibreux de périchondre. Il y aurait une vraie périchondrose scléreuse.

Par suite de la dissémination irrégulière et capricieuse des ulcères syphilitiques, la disposition des cicatrices est elle-même très variable et les formes du rétrécissement très diverses. La coarctation peut être latérale, en diaphragme, etc... Quoi qu'il en soit elle aboutit à deux résultats : 1° une diminution du calibre de la trachée; 2° une diminution de sa longueur proportionnelle au nombre des anneaux qui ont été détruits. La solidité, la résistance de la trachée est également compromise, ses parois s'affaissent sous la pression de l'air. On peut observer, au-dessus et au-dessous du rétrécissement, une dilatation due à la tension de l'air contre les parois en arrière de la sténose dans l'inspiration et l'expiration, mais cette dilatation est généralement peu accusée.

III

Tuberculose. — S'il est d'un intérêt majeur de soupçonner et de reconnaître à leur début les ulcérations trachéales d'origine syphilitique, pour enrayer leur marche et s'opposer au rétrécissement, il n'en est pas de même, peut-on dire, des ulcérations tuberculeuses, bien qu'elles soient incomparablement plus fréquentes. La sténose n'est pas à craindre dans ce cas, car malheureusement ces pertes de substance n'ont aucune tendance à la cicatrisation. Les lésions sont essentiellement destructives, le traitement n'a pas de prise sur elles, et, la plupart du temps, elles ne constituent qu'un faible épisode d'une localisation plus grave, la phthisie pulmonaire ou laryngée.

Les caractères de ces ulcérations ont été étudiés depuis longtemps par Bayle, Cayol, Louis, Andral, Toulmouche, Walshe, Morell Mackenzie, Heinze, par M. Cornil dans la *Gazette médicale* en 1880, et dans le traité de MM. Cornil et Ranvier.

On a peu de renseignements sur leurs conditions étiologiques. Heinze a trouvé 99 cas d'ulcérations tuberculeuses sur 1 236 tuberculoses pulmonaires; Morell Mackenzie 27 tuberculoses trachéales sur 100 phthisies laryngées. On ignore aussi le moment de leur apparition au cours de la tuberculose pulmonaire ou laryngée; cette époque doit être très variable.

Disons d'abord que la trachée peut être atteinte de tuberculose sans présenter à l'œil nu des granulations ou des exulcérations. Dans ces cas, la muqueuse est tuméfiée, inégale, couverte de muco-pus. Ce n'est que par l'examen microscopique que l'on peut se rendre compte de l'infiltration tuberculeuse diffusée dans le tissu conjonctif du chorion, dans les interstices des faisceaux musculaires et les intervalles glandulaires.

Au début, on ne rencontre généralement que des érosions, des exulcérations tout à fait superficielles et circulaires. Toulmouche, dans un mémoire publié, en 1859, dans les *Archives générales de médecine*, a bien décrit leur aspect macroscopique. Isolées et de petites dimensions, parfois elles sont confluentes, et par leur fusion se constitue rapidement une perte de substance très étendue. Leur siège de prédilection est la partie postérieure du conduit trachéal, mais elles peuvent en occuper tout le pourtour, et en particulier l'espace compris entre les cerceaux cartilagineux. Elles se rapprochent de la partie inférieure de la trachée et de la racine des bronches, de même que les ulcères syphilitiques. Elles peuvent gagner en surface ou en profondeur et atteindre jusqu'aux cartilages qui subissent une véritable médullisation et présentent des travées osseuses. Le fond

de ces ulcérations est rouge grisâtre, bourgeonnant, recouvert de muco-pus. Rarement on y voit des granulations tuberculeuses à l'œil nu. Les bords ne sont pas généralement saillants et tuméfiés, taillés à pic comme dans les ulcérations syphilitiques, ils présentent plutôt un contour festonné, blanchâtre, peu élevé. Enfin, les cerceaux cartilagineux ossifiés peuvent, dans quelques cas rares, être décollés de leur périchondre et devenir libres dans une sorte de clapier pouvant s'étendre jusque dans le tissu conjonctif péritrachéal (Cornil et Ranvier). Des perforations très graves peuvent donc succéder à ces lésions destructives.

Tels sont les désordres produits par les localisations secondaires de la tuberculose sur la trachée artère. Mais ne peut-il pas y avoir une atteinte directe et primitive de la trachée par la tuberculose au même titre qu'il existe une phthisie laryngée primitive ? Nous le croyons et nous allons rapporter une observation que nous résumons, et que nous pensons devoir être démonstrative.

Observation. — B... (femme P...), âgée de quarante-cinq ans, se présente à la consultation de l'hôpital Necker, le 25 juillet 1888, et elle est admise dans le service de M. Rigal.

Son interrogatoire ne nous donne aucun renseignement important, ses antécédents héréditaires sont nuls. Jamais elle n'a eu de maladie, sauf une rougeole bénigne à l'âge de sept ans, qui disparut sans laisser de suite. Elle a été réglée pour la première fois à treize ans et demi. Mariée à vingt-deux ans, elle a eu un accouchement prématuré à sept mois et demi. L'enfant, parfaitement sain, ne vécut que quelques minutes ; il ne portait sur le corps aucune trace d'éruption.

Son mari est robuste et ne tousse pas.

On ne trouve chez elle aucun vestige de syphilis, l'examen le plus minutieux ne laisse pas de doute à cet égard. Un traitement antisyphilitique, prescrit plus tard contre les accidents dont elle souffrait, par un médecin de la ville, n'eut d'ailleurs aucune efficacité.

Elle nous raconte qu'il y a deux ans et demi environ, elle fut prise pour la première fois, à la suite d'un refroidissement, d'une toux d'abord sèche et rauque, avec légère altération de la voix. Peu après, il survint une expectoration peu abondante, muqueuse, non striée de sang, accompagnée de brûlure, de déchirure rétro-sternale. Ces phénomènes, malgré leur persistance, ne l'inquiétaient guère, sa santé générale était excellente, elle pouvait travailler sans oppression ni fatigue.

Cet état morbide fut près d'un an et demi stationnaire. L'altération de la voix, qui s'était manifestée dès le début, avait disparu ; la toux seule persistait, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, sans troubles de la santé générale.

Les recrudescences paraissaient surtout en rapport avec les variations atmosphériques ; l'expectoration était muqueuse, filante, sauf le matin au réveil, où la malade rejetait trois ou quatre crachats épais, muco-purulents. Durant certaines périodes, les symptômes avaient été si atténués, qu'elle n'y prêtait plus aucune attention.

Cependant, depuis une année environ, une certaine aggravation s'était produite ; la malade ressentait une gêne respiratoire dans les efforts soutenus et dans la marche : l'expectoration était devenue muco-purulente, surtout le matin ; le reste de la journée, les crachats étaient spumeux et aérés ; la voix n'était pas altérée, la toux était rauque.

Enfin un phénomène nouveau se montra, d'abord passager et survenant à l'occasion des efforts violents : c'était un sifflement inspiratoire très marqué, s'accompagnant d'une sorte d'angoisse, d'un besoin d'air commandant le repos. Si la malade s'arrêtait, le sifflement disparaissait. La toux s'accompagnait d'une douleur rétro-sternale très vive ; des vomissements survinrent à cette époque. Plusieurs médecins virent la malade. Sous l'influence des traitements institués, les vomissements disparurent, mais les phénomènes dyspnéiques allèrent en augmentant. Il y a cinq à six mois, la malade expectora quelques crachats sanglants. Leur couleur n'était pas rouge vif, elle était brunâtre, chocolat. Jamais d'hémoptysie franche avec sang rutilant.

Aucune difficulté de la déglutition. Pas de sensation douloureuse par la pression au cou, ni pendant le passage du bol alimentaire à travers l'œsophage. L'état général s'était maintenu très bon jusqu'au mois d'avril ; la malade n'avait pas maigri sensiblement jusqu'à cette époque.

Dans le courant des mois de mars et avril, son état s'aggrava manifestement, le cornage survenait au moindre effort ; la dyspnée était, pour ainsi dire, continuelle ; une émotion, le moindre travail, amenaient des paroxysmes.

Vers la fin de mai, il survint un peu de mal à la gorge, la déglutition était douloureuse. Un traitement antisyphilitique fut prescrit sans résultat. Plus tard, on fit des cautérisations dans la gorge. Mais comme sa santé, loin de s'améliorer, empirait de jour en jour, cette femme se décida à entrer à l'hôpital.

L'état de la malade, au moment de son entrée, est le suivant : facies pâle peu amaigri, musculature du corps et des membres bien conservée, le tissu cellulo-adipeux ne paraît pas avoir subi de résorption rapide. Appétit bon, quoique un peu diminué, les fonctions digestives sont intactes. Le cœur est sain. Les gros vaisseaux du cou, l'aorte ne présentent rien d'anomal. Rien du côté du corps thyroïde. Aucun engorgement ganglionnaire appréciable.

Aucune altération dans la qualité, ni dans la quantité des urines.

Nous procédons en premier lieu à l'examen de la gorge, dont la malade se plaint vivement. Tout le pharynx, le pilier, les amygdales présentent une coloration vineuse. Sur le pilier droit, il existe une perte de substance et sur l'amygdale droite, on voit une ulcération recouverte d'un exsudat pultacé grisâtre. Les cautérisations faites au dehors ont dénaturé l'aspect des lésions, il est prudent d'attendre avant de se prononcer sur leur nature, bien que l'idée de tuberculose pharyngée vînt tout naturellement à l'esprit, en raison des phénomènes constatés du côté des voies respiratoires.

En effet, la dyspnée est intense, le cornage existe d'une façon permanente pour ainsi dire. Il suffit d'un mouvement un peu brusque de la malade dans son lit, de la moindre émotion, pour qu'il survienne une crise d'oppression, une cyanose des lèvres et de la face, avec sueurs et tirage très marqué.

L'inspection de la poitrine fournit les renseignements suivants : creux sus et sous-claviculaires effacés, muscles inspirateurs accessoires saillants, base du cou élargie.

La percussion pratiquée à gauche et à droite ne dénote aucune altération de son aux deux sommets, ni vers la partie moyenne des deux poumons. Il existe une submatité assez prononcée au niveau du lobe inférieur du poumon droit et dans l'espace interscapulaire. Aux mêmes points correspond de l'exagération des vibrations vocales.

L'auscultation des poumons révèle d'une façon générale une diminution du murmure respiratoire, et des râles sibilants disséminés un peu partout, mais prédominant manifestement à droite. Deux points importants se dégagent de cette exploration : d'abord l'existence d'un foyer étendu de râles muqueux et sibilants occupant le lobe inférieur du poumon droit, et la constatation d'un souffle rude inspiratoire et expiratoire, occupant l'espace interscapulaire et plus accentué du côté droit de la colonne vertébrale que du côté gauche. La respiration est plus faible dans tout le poumon droit, phénomène en rapport avec l'idée d'une compression de la bronche droite.

Le larynx n'est pas sensible, il n'est pas douloureux à la pression ; la voix est claire, non enrouée, mais la malade, très oppressée, scande ses paroles et s'arrête quelquefois au milieu d'un mot. La toux est sourde, rauque, et s'accompagne d'une sensation de brûlure, de déchirure rétro-sternale, d'une sorte de cuisson très pénible.

Les crachats sont muco-purulents, nummulaires, peu abondants ; ils nagent dans une grande quantité de liquide spumeux, ils ne sont pas teintés de sang. L'examen bacillaire des crachats ne fut malheureusement pas fait les premiers jours.

Le diagnostic était hésitant. L'hypothèse la plus probable était la suivante : tuberculose pulmonaire ayant débuté par la base du poumon droit, phénomènes de compression de la partie inférieure de la trachée et plus particulièrement de la bronche droite par des ganglions tuberculeux.

Les jours suivants il ne se produisit aucune modification des signes observés ; le 30 juillet, le fond de la gorge s'était détergé, et, sur le pilier droit antérieur du voile du palais, sur l'amygdale il existait des ulcérations profondes déjà évidées, à bords déchiquetés, à fond sanieux. Par place des points jaunâtres manifestes.

Le 1er et le 2 août aggravation des phénomènes dyspnéiques, mort le 3 août dans un accès de suffocation.

L'autopsie révèle des lésions intéressantes que nous allons exposer brièvement ici. Nous avons donné dans un autre travail un examen complet de tous les organes et un examen bactériologique, que nous devons à l'obligeance de notre collègue, M. F. Widal, médaille d'or des hôpitaux.

Le pharynx offre des lésions nettes de tuberculose, il existe des ulcérations avec grains jaunes sur les bords. Le larynx est sain. C'est seulement à deux centimètres au-dessous des cordes vocales inférieures, que commencent les altérations les plus remarquables. A partir de ce point toute la partie inférieure du conduit trachéal est le siège d'une vaste ulcération occupant tout le pourtour, s'étendant jusqu'à la bifurcation de la trachée et empiétant de 1 centimètre et demi à 2 sur la bronche droite. En deux endroits, occupant la partie moyenne de la trachée, les lésions ont pénétré jusqu'aux cerceaux cartilagineux qui sont à nu et grisâtres. Les bords de cette vaste ulcération sont festonnés, irréguliers, légèrement surélevés. Le fond est recouvert de mucosités sanguinolentes. A un examen plus attentif, et en détergeant les surfaces, il est facile de voir que la lésion s'est constituée par fusion successive et coalescence de petites ulcérations d'âge différent et de profondeur variable qui se sont réunies par leurs bords. Il en est de récentes constituées par une simple érosion de la muqueuse, il en est qui ont atteint et détruit les cartilages.

C'est à peine si l'on peut trouver quelques petits points de muqueuse non ulcérés, de quelques millimètres de diamètre, séparant les pertes de substance qui ne sont pas fusionnées. Par place, la muqueuse est décollée et flottante.

La bronche gauche ne présente ni ulcérations, ni tubercules. L'ulcération se poursuit au contraire dans l'intérieur de la bronche droite, dans une étendue de 2 centimètres environ. En ce point un ganglion rétrécit légèrement le calibre du tuyau bronchique. Quelques autres ganglions plus petits sont situés le long de la trachée, le nerf récurrent leur est accolé ; la bronche est remplie de pus ainsi que les gros tuyaux bronchiques se rendant dans le lobe inférieur. Les ramifications supérieures sont moins atteintes. Nous avons poursuivi avec beaucoup de soin l'examen des plus fins canaux aériens, sans trouver d'ulcérations ; la muqueuse était rouge, vascularisée, mais sans perte de substance.

Le poumon gauche est sain. Les lobes supérieurs et moyens du poumon droit sont intacts. Aucune adhérence au sommet, pas trace de tubercule.

Le lobe inférieur seul présente des tubercules à l'état cru et disséminés en petit nombre dans son parenchyme. Pas d'ulcération nulle part, pas de cavernules, pas trace de ramollissement ; des adhérences gélatineuses récentes, faciles à séparer, unissent la plèvre qui tapisse le lobe inférieur droit à la plèvre costale et diaphragmatique.

Les autres organes, tube digestif, reins, foie, organes génitaux, rate, péritoine, cerveau et méninges ne présentent rien de particulier à noter.

L'examen microscopique et bactériologique, fait par M. Widal, lui a fait constater la présence de tubercules et du bacille de Koch.

Telle est l'observation que nous avons cru pouvoir présenter comme un cas de tuberculose primitive de la trachée artère, en nous fondant sur diverses considérations que nous avons exposées ailleurs. Pour nous, nous expliquerions volontiers le développement de la maladie de la façon suivante : inoculation directe et développement du bacille tuberculeux dans la trachée ; engorgement ganglionnaire de voisinage, compression de la bronche droite ; par le fait de la diminution du calibre de la bronche, pénétration insuffisante de l'air dans le poumon droit et facilité plus grande aux produits tuberculeux, pour pénétrer de la trachée vers les ramifications bronchiques les plus déclives ; tuberculisation du lobe inférieur droit, et enfin tuberculose bucco-pharyngée développée dans les trois derniers mois de la maladie.

IV

Cancer. — Le carcinome de la trachée est très rare. C'est à tel point que, dans leur Manuel d'histologie, MM. Cornil et Ranvier disent : « Le carcinome ne naît jamais primitivement dans la trachée, mais il n'est pas très rare de trouver dans le tissu cellulaire de sa muqueuse des nodules carcinomateux secondaires qui sont hémisphériques et plus ou moins volumineux. » Les observations, en effet, ne sont pas très communes ; nous ne les avons pas toutes recherchées, nous en signalerons quelques-unes. En 1882, Hurstel soutenait sa thèse sur le cancer de la trachée. Avant cette époque, en 1879, M. Sabourin publiait un cas d'épithélioma lobulé de la paroi trachéale dans les *Annales des maladies du larynx*. La malade avait présenté des accès de dyspnée et avait succombé à une crise de suffocation. La voix n'avait pas été altérée. D'autres faits ont été publiés depuis par Schrœtter (de Vienne), par Beertz, par Puech dans le *Montpellier médical* (1888). Ce dernier auteur a vu coïncider la tuberculose pulmonaire avec le cancer de la trachée. En 1888, Virchow et Gerhardt ont apporté un fait de cancer de la trachée (1) survenu chez une femme de trente-huit ans. Cette malade avait été prise, dans l'été de 1886, de gêne respiratoire, de toux avec expectoration muqueuse, striée de sang. La voix était à peine modifiée. Sur la ligne médiane et au niveau de la fosse jugulaire, on avait trouvé un petit épaississement. La pression sur la trachée était douloureuse et provoquait de la toux.

Les examens trachéoscopiques nombreux permirent de découvrir, au niveau du cinquième anneau trachéal, un rétrécissement constitué par des bourgeons jaunâtres. De violents accès de suffocation se montrèrent et la trachéotomie fut pratiquée. La malade ne tarda pas à succomber. On trouva à l'autopsie une tumeur épithéliomateuse à cellules petites et de formes très diverses.

A ces cas plus récents, on peut en ajouter quelques autres publiés dans divers recueils par Klebs, Fischer, Isambert, Koch, Langhans, Morell Mackenzie, Thonton, Wiegandt, etc.

Le cancer de la trachée ne paraît pas avoir de siège de prédilection. Il se présente sous la forme de tumeurs bourgeonnantes à large base d'implantation et ulcérées parfois ; d'autres fois, au contraire, ce sont des tumeurs polypoïdes,

(1) Virchow et Gerhardt. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1888.

fermes, blanchâtres, mobiles, arrondies ou aplaties et amenant rapidement un rétrécissement des voies respiratoires. Ces néoplasmes déterminent des phénomènes de généralisation aux poumons ou se propagent aux parties voisines, qu'elles envahissent et détruisent. Ils récidivent après ablation. Nous ne nous étendrons pas davantage sur les diverses formes de tumeurs malignes qui peuvent envahir d'emblée le conduit trachéal. La plupart d'entre elles n'arrivent pas à l'ulcération et déterminent la mort par obstruction, elles ne rentrent donc pas directement dans le cadre de cette Revue. Néanmoins comme l'ulcération peut avoir lieu avant l'apparition des phénomènes asphyxiques, nous avons cru devoir en donner un aperçu très sommaire.

V

Symptômes. — Nous avons dit que Cayol, sous la dénomination de phthisie trachéale, avait englobé toutes les lésions de la trachée caractérisées par une désorganisation, une destruction ulcérative des parties constituantes de ce conduit. Si cette conception a été renversée par l'anatomie pathologique, le tableau clinique qu'il a laissé est resté pour ainsi dire inattaquable. On trouvera, dans sa thèse, les trois observations qui ont servi de base à son travail.

Disons en commençant que, dans la plupart des cas, les ulcérations de la trachée restent silencieuses et ne se traduisent que par des symptômes sans valeur indicative. Le malade se plaint d'une gêne, d'une sensation de brûlure rétro-sternale, la toux est fréquente, pénible, s'accompagne d'une sensation de cuisson tout le long de la trachée. Ce conduit est quelquefois sensible à la pression. L'expectoration n'offre rien de caractéristique, la voix n'est pas altérée. Il existe en même temps des signes de tuberculose, de bronchite ou de laryngite, et si les symptômes ne deviennent pas plus nets, l'attention est tout entière dirigée vers la maladie principale dont l'ulcération trachéale n'est qu'une détermination sans portée.

Il n'en est plus de même, si l'on se trouve en présence d'une localisation primitive ou prédominante de la maladie sur la trachée. On voit alors se dérouler une série de phénomènes toujours identiques qui, par leur constance et leur gravité, donnent à l'affection une physionomie difficile à méconnaître.

Au début, la maladie se manifeste par une toux légère, une sensation de corps étranger sur le trajet des voies aériennes. Il existe parfois une véritable douleur qui n'offre pas toujours de rapport bien évident avec le point affecté.

Ces symptômes légers ont une durée plus ou moins longue, suivant la marche plus ou moins rapide de l'ulcération. Le malade, dont la santé générale a peu souffert, n'y prête qu'une attention relative. Bientôt cependant, se montre une certaine gêne respiratoire avec sentiment d'oppression, de poids derrière la première pièce du sternum. Cette sensation pénible peut irradier dans toute la poitrine. La toux, d'abord sèche, rare, devient plus fréquente et s'accompagne d'expectoration. Les crachats, au début, sont bien aérés, clairs, filants et ne contiennent que rarement des stries sanguinolentes.

Plus tard apparaissent, au milieu du liquide expectoré, des stries jaunâtres, puriformes; enfin, les crachats deviennent jaunes, opaques comme ceux des tuberculeux à la troisième période; ils sont déchiquetés sur leurs bords et prennent la forme nummulaire. Ils sont toujours en petite quantité et mêlés à beaucoup de mucosités spumeuses et claires. Ils peuvent, par exception, contenir quelques débris cartilagineux, ce qui les rend beaucoup plus significatifs.

La gêne respiratoire, qui s'était manifestée par intervalles assez éloignés, tend à devenir permanente; la marche devient difficile, la fatigue, les efforts provoquent des crises d'oppression avec sifflement inspiratoire, crises qui s'amendent sous l'influence du repos.

Rapidement, à cette période de l'affection, tous les phénomènes s'aggravent; l'inspiration plus fréquemment, quelquefois l'inspiration et l'expiration s'accompagnent de ce sifflement signalé plus haut, qui va se transformer à bref délai en un véritable cornage. Ce phénomène nouveau est d'abord intermittent, et ne survient qu'à l'occasion des efforts, d'une émotion; bientôt il est continu, avec tirage sus et sous-sternal. Sous l'influence de la toux, qui peut être rare ou, au contraire, fréquente, pénible, coqueluchoïde, se montrent des accès de suffocation effrayants. La malade ne peut plus avoir de repos : l'orthopnée est continuelle, le décubitus impossible. La parole est scandée, brève, et suffit à provoquer des paroxysmes. La voix peut, cependant, rester claire jusqu'à la dernière période. Les veines de la face et du cou sont gonflées, le facies asphyxique, le corps couvert de sueurs. La mort survient dans une crise de suffocation.

Quelques autres symptômes de moindre importance ont été signalés plus récemment. L'abaissement du larynx et son immobilité, pendant la déglutition et la phonation, serait un signe d'une grande valeur d'après Demarquay et Gerhardt. On recherchera le pouls paradoxal étudié par Gerhardt et Baümler dans ces affections et qui consiste dans une faiblesse marquée de la systole artérielle au moment de l'inspiration. Cayol, dans un cas d'ulcération trachéale, avait constaté l'inégalité des deux pouls, phénomène qui avait fait croire à un anévrysme de l'aorte.

VI

Diagnostic. — La plupart du temps, les ulcérations trachéales ne se traduisent par aucun phénomène appréciable; l'autopsie seule les révèle. Quelquefois on pourrait les soupçonner en raison de quelques signes particuliers : douleur constrictive sur le trajet de la trachée, sensation de corps étranger et de poids, douleur à la pression de l'organe, sentiment de cuisson, de brûlure rétro-sternale, toux rauque, coqueluchoïde. Mais toute cette symptomatologie est vague et n'offre rien de bien caractéristique. Il faut avoir affaire à des altérations très étendues pour que des accidents révélateurs plus graves éveillent l'attention. Et encore des ulcérations profondes peuvent-elles rester silencieuses.

Quoi qu'il en soit, l'expression phénoménale de ces pertes de substance de la trachée représente d'une façon assez complète la description des rétrécissements pariétaux ou par compression de ce conduit. La première question à résoudre est de savoir si c'est bien la trachée qui est atteinte, et si le larynx ou les bronches ne sont pas en cause; il faut ensuite éliminer les rétrécissements pariétaux ou par compression et, enfin, reconnaître quelle est la nature de l'ulcération.

Pour les affections laryngées, la voix est toujours altérée. La phonation subit, dès le début, des modifications importantes, dont il faut tenir grand compte dans l'appréciation des symptômes. Il n'en est plus de même dans les affections

trachéales où la voix peut rester indemne jusqu'à la fin de la maladie et conserver toute son intégrité et sa netteté. Si parfois elle est voilée, rauque, ce n'est que par intervalles. L'examen laryngoscopique permet d'ailleurs de lever tous les doutes.

L'adénopathie trachéo-bronchique devra être éliminée. On en recherchera les signes connus : matité présternale et interscapulaire, toux coqueluchoïde. L'existence d'une maladie antérieure récente comme la coqueluche, la rougeole; l'âge des malades, les phénomènes d'auscultation pourront, en général, suffire à éloigner cette cause d'erreur. Mais il est des cas, comme le fait que nous rapportons où l'ulcération et l'adénopathie peuvent coexister, ce qui complique le diagnostic déjà si difficile.

On devra de même s'attacher à reconnaître les rétrécissements produits par des tumeurs de voisinage, hypertrophie du corps thyroïde, tumeurs du cou, abcès, dilatations anévrysmales de l'aorte et des gros vaisseaux qui en partent, altérations cancéreuses de l'œsophage, tumeurs du médiastin. On recherchera les signes propres à chaque genre de lésion. L'expectoration pourra donner des renseignements utiles. Il va sans dire qu'elle sera moins abondante ou même nulle dans les cas de sténose par compression; il en est tout autrement, comme nous l'avons dit, dans les cas d'ulcération.

Certains auteurs, grâce à la trachéoscopie, ont pu reconnaître des ulcérations ou des tumeurs de la trachée, Morell Mackenzie, Schrœtter, etc. Ce serait évidemment le meilleur moyen d'assurer le diagnostic; mais ce mode d'exploration nécessite une grande expérience pour être pratiqué avec fruit. Il n'est pas toujours facile de l'appliquer à cause des accès de suffocation que l'on pourrait provoquer.

Lorsque l'on est parvenu, en procédant ainsi méthodiquement et par exclusion, à reconnaître une ulcération de la trachée, il reste un point délicat à éclaircir, c'est celui de la nature de cette ulcération.

Le cancer ulcéré se traduit, à l'examen trachéoscopique, par une tumeur bourgeonnante, fongueuse, saignante, irrégulière. Il s'accompagne d'hémoptysies fréquentes, d'une tuméfaction plus ou moins diffuse au niveau du cou, le long de la trachée, d'engorgement ganglionnaire et de la cachexie particulière à ce genre de néoplasme. Mais il faut ajouter que le malade est souvent emporté avant l'apparition de la cachexie. On tiendra compte des antécédents du sujet, de son âge, de la marche et de l'évolution de la maladie. On y joindra l'examen des crachats, au point de vue microscopique et bactériologique. Le diagnostic de carcinome trachéal a pu être posé dans quelques cas.

Les manifestations isolées de la trachéo-syphilose sont rares; généralement il y a coexistence de lésions spécifiques du larynx ou du pharynx. Dans six cas seulement de syphilis trachéo-bronchique, l'intégrité absolue du larynx et du pharynx se trouve signalée. D'après Schulman-Leclerq (V. Mauriac), le poumon est souvent atteint en même temps que la trachée, ce qui a fait croire à l'existence d'une tuberculose pulmonaire. Il sera nécessaire, pour établir un diagnostic ferme, de rechercher les traces de cicatrice de l'accident primitif, les déterminations actuelles cutanées ou viscérales de la syphilis, de procéder à un interrogatoire minutieux du malade, et dans le doute on devra prescrire le traitement spécifique.

Schulman-Leclerq et Moure rapportent chacun un fait où la confusion fut faite entre une syphilis trachéo-bronchique et la tuberculose pulmonaire. La difficulté peut, cependant, être tranchée si l'on prend soin de faire l'examen bactériologique des crachats. La constatation du bacille de Koch lèvera toute hésitation.

Il est facile de se rendre compte, d'après l'exposé symptomatique que nous venons de faire, de l'impossibilité où l'on se trouve de porter un diagnostic motivé dans la grande majorité des cas. La dyspnée avec cornage bruyant, accès de suffocation, les sensations de barre rétro-sternale, de corps étranger, de constriction, de douleur le long de la trachée; la conservation de la voix, l'intégrité du larynx constatée au miroir laryngoscopique; l'abaissement de l'organe de la phonation et son immobilité pendant la respiration et la déglutition, permettront de localiser le mal à la trachée. L'exploration soigneuse du poumon, des bronches et des autres organes du médiastin, l'analyse attentive des symptômes, leur mode de succession, l'étude des commémoratifs et des antécédents du malade, les caractères de l'expectoration, les phénomènes généraux pourront faire songer à une ulcération de la trachée. Si le malade est syphilitique, et s'il présente en même temps d'autres localisations spécifiques, l'erreur ne sera plus possible.

VII

Pronostic. — On peut dire d'une façon générale que le pronostic de ces lésions est grave. Tantôt elles ne constituent qu'un épisode d'une maladie plus sérieuse, sont secondaires à la tuberculose pulmonaire et n'ont par elles-mêmes aucune importance; tantôt par leur action destructive immédiate, ou les phénomènes de réparation qui suivent la guérison, elles peuvent amener les plus graves accidents. Les déterminations du cancer sur la trachée sont toujours mortelles à plus ou moins brève échéance. Quant au syphilome trachéal, la question de siège, comme dit M. Mauriac, prime tout. L'ulcération syphilitique qui envahit la bifurcation des bronches et la partie inférieure du conduit trachéal est autrement grave que le syphilome sous-cricoïdien. Dans le second cas, la trachéotomie peut permettre la guérison; dans le premier, c'est une opération inutile. Quand les cerceaux cartilagineux ont été détruits par la vérole, quand la trachée se trouve transformée en un conduit sans résistance, les altérations sont définitives; le rétrécissement est fatal, l'influence du traitement spécifique nulle au point de vue de l'évolution de la sténose cicatricielle. C'est pour ce motif qu'il est d'un intérêt majeur de reconnaître à leur début les localisations trachéales syphilitiques, afin d'enrayer leur marche destructive.

VIII

Traitement. — Il est une indication d'urgence que l'on peut être appelé à remplir avant d'avoir un diagnostic certain : c'est la trachéotomie, pour remédier aux accidents immédiats de l'asphyxie. Il faudra pratiquer cette opération, comme le conseille, d'ailleurs, M. Trélat, bien que les résultats ne soient pas encourageants dans les cas d'ulcérations ou de rétrécissement de la trachée. C'est la seule chance qui reste au patient d'échapper à la mort, et la trachéotomie est parfaitement légitime. Quelques autopsies ont montré que, dans certains cas, rares, il est vrai, l'opération eût pu sauver le malade ou tout au moins prolonger

son existence. S'il s'agit d'un cancer, par exemple, la trachéotomie serait une opération préparatoire et préliminaire, permettant de tenter l'extirpation du néoplasme, en même temps qu'elle s'opposerait à l'asphyxie.

Diverses méthodes de traitement ont été appliquées au carcinome de la trachée. Schrœtter a fait dans la tumeur des injections interstitielles de perchlorure de fer. On a cherché à atteindre directement la tumeur avec des pinces, à la morceler et à l'arracher. Enfin, on a employé les cautérisations au galvanocautère. Certaines tumeurs ont nécessité la trachéotomie préalable; on a pu les atteindre par cette ouverture de la trachée, en pratiquer l'ablation et cautériser le point d'implantation au thermocautère.

Quant aux ulcérations syphilitiques, elles sont justiciables d'un traitement énergique. L'administration du mercure et de l'iodure de potassium est formellement indiquée dans tous les cas. Les résultats seront excellents toutes les fois que le processus destructeur n'aura pas envahi et rongé les cartilages ou déterminé des pertes de substance énormes de la muqueuse. Si, au contraire, l'altération est trop profonde, le traitement tardif, la cicatrisation des ulcères se produira, mais la sténose surviendra ultérieurement et ne disparaîtra plus.

Les ulcérations tuberculeuses sont presque toujours secondaires à la tuberculose pulmonaire ou laryngée. Le diagnostic en est presque impossible. Jusqu'à ce jour aucun traitement spécial ne leur a été appliqué. On peut soumettre le malade aux inhalations antiseptiques, aux pulvérisations médicamenteuses. On s'efforcera surtout d'améliorer l'état général.

ÉTUDE SUR LES INHALATIONS D'OXXGÈNE DANS LA DIPHTHÉRIE (1).

Par M. le docteur T. Gonthier.

Conclusions. — Dans les diverses formes de la diphthérie, l'oxygène pur, employé en inhalations, paraît avoir des effets généraux très favorables. Lorsque la pureté du gaz est absolue, on en peut faire l'application par quantités considérables, sans qu'aucun inconvénient en résulte. Dans le croup, les mêmes phénomènes d'augmentation du pouls et de la température, signalés chez l'homme sain soumis à l'influence de l'oxygène, se reproduisent avec de très légères variantes. La respiration est notablement accélérée dans son rythme par les inhalations du gaz; la dyspnée des diphthéritiques paraît même tendre à se transformer le plus fréquemment en polypnée quand l'oxygène est respiré. L'oxygène a une action régulatrice marquée sur la respiration altérée dans la diphthérie. Ce gaz a une influence vivifiante propre à régler les désordres de la mécanique respiratoire; cependant, la polypnée persiste malgré une ventilation ou une suroxygénation pulmonaire intense. A titre de stimulant puissant des fonctions, l'oxygène a une indication toute marquée dans la diphthérie où le mauvais état général rend le plus souvent la résistance organique inefficace. Dans la diphthérie (comme à l'état de santé), les phénomènes d'accélération n'ont qu'une durée limitée au temps même des inhalations : les effets du gaz disparaissent rapidement quand son administration est suspendue.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, G. Steinheil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 août 1889, M. Lemoine, agrégé, est nommé, à partir du 1er novembre 1889, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Lille (chaire transformée).

— Par décret, en date du 8 août 1889, M. Poirier, docteur ès sciences, est nommé, à partir du 1er novembre 1889, professeur de zoologie et botanique à la Faculté des sciences de Clermont.

— Un concours d'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint de la clinique nationale ophthalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts, institué par arrêté ministériel du 29 juillet 1889 (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 574), aura lieu à l'Hôtel-Dieu, dans l'amphithéâtre Dupuytren, les vendredi 25 octobre prochain et jours suivants.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Alba, maire d'Attignéville (Vosges), décédé à l'âge de cinquante et un ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 92. — MARDI 13 AOUT 1889. 62e ANNÉE. MARDI 13 AOUT 1889. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE : 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. : 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

I. Hématocèle et hydrocèle. — II. Tumeur intra-abdominale.

I. Il y a quinze jours environ, avant d'entreprendre la double opération que je devais pratiquer sur le scrotum d'un de mes malades, je disais aux élèves qui m'entouraient, que chez cet individu nous devions avoir affaire à deux lésions différentes : l'une, dans les bourses du côté droit, paraissait être une hydrocèle, tandis que pour la seconde, — à cause de l'absence de transparence qui ne pouvait être due qu'à l'épaississement de ses parois, ou, plus probablement, à la nature du liquide, — j'émettais le diagnostic, sous réserve, d'hématocèle ou de spermatocèle. Cette dernière affection, reconnaissant pour cause une fistule spermatique ayant permis le passage des animalcules, me paraissait chose peut-être plus vraisemblable.

Je racontais, à ce propos, l'aventure arrivée à Velpeau, à l'époque où ces spermatocèles étaient des tumeurs encore peu connues. Velpeau, après avoir annoncé qu'un malade, qu'il allait opérer, était atteint d'hématocèle, n'avait pas été médiocrement surpris, pendant l'opération, de constater qu'il s'agissait d'une spermatocèle.

Ici nous avons eu — je ne dirai pas une surprise en sens contraire, puisque mon diagnostic avait hésité sur la nature du liquide contenu dans les bourses — nous avons eu affaire à une hématocèle ; la vaginale contenait un sang noirâtre, très foncé, avec de nombreux globules sanguins. J'ajoute que les parois de la tunique vaginale ne présentaient aucun épaississement anomal. Il n'a pas été possible de découvrir l'origine de cet épanchement sanguin. Il n'y avait pas eu le moindre traumatisme antérieur, ainsi que cet homme nous l'a positivement affirmé à plusieurs reprises.

Quoi qu'il en soit, il ne s'agissait plus, en pareil cas, la poche évacuée, d'y faire des injections de teinture d'iode, mais bien de sublimé. Depuis lors, il s'est produit une réaction assez vive, avec épanchement de lymphe plastique et, actuellement, le malade va très bien.

II. Aujourd'hui, nous avons à pratiquer une opération assez grave, pour une tumeur intra-abdominale, sur la nature de laquelle il ne nous est pas possible d'émettre un diagnostic ferme, malgré tout le soin avec lequel nous l'avons étudiée.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans, dont les antécédents morbides sont absolument nuls ; elle n'a jamais été malade et, jusque dans ces derniers temps, elle a toujours joui d'une excellente santé. Au point de vue de l'hérédité, elle ne présente non plus rien de particulier, son père et sa mère vivent et sont bien portants aussi, de même que sa sœur.

A l'âge de dix-neuf ans, cette jeune fille, réglée dès l'âge de treize ans et toujours d'une façon parfaitement régulière, est devenue enceinte. Elle est accouchée à neuf mois, à terme, sans difficultés ni incidents ; les suites de couches ont été normales et n'ont rien laissé après elles, et elle s'est très vite et très bien rétablie. L'enfant a vécu jusqu'à l'âge de dix mois, époque à laquelle il a succombé, en nourrice, à une affection sur laquelle elle ne peut nous fournir aucun renseignement.

Cette malade jouissait donc d'une très bonne santé lorsque, il y a sept à huit semaines environ, elle a commencé à souffrir du ventre, surtout en s'asseyant, ayant la sensation d'une grosseur douloureuse chaque fois qu'elle voulait ployer le corps en avant. Bientôt après, ces douleurs se sont fait sentir aussi en marchant, puis, un peu plus tard, voire même la nuit au repos.

Cet état allant toujours en augmentant, au point de l'empêcher de continuer sa profession de couturière, elle s'est décidée à consulter un médecin qui lui a prescrit l'application, sur sa tumeur, d'un emplâtre fondant, très probablement un emplâtre de Vigo.

Cet emplâtre n'eut aucune action et la malade, continuant à souffrir de plus en plus, s'est décidée à venir à notre consultation et nous l'avons fait entrer ici, il y a trois semaines environ. Le repos au lit n'a amené aucune amélioration, du moins au point de vue des douleurs — il est vrai que l'examen, répété à maintes reprises par les per-

sonnes qui suivent la visite, y est peut-être pour quelque chose — et la tumeur persiste avec le volume qu'elle présentait le jour de son arrivée.

Bref, cette femme réclame, avec une vive insistance, que nous la débarrassions complètement de sa tumeur et j'ai décidé de faire, aujourd'hui même, l'opération nécessaire. Mais, auparavant, il s'agit de discuter le diagnostic de cette tumeur.

Elle est située dans la fosse iliaque droite ; elle n'est pas très avancée dans l'abdomen et reste à quelques centimètres au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; elle est comme appliquée sur la paroi interne de l'os iliaque ; elle est oblongue, allongée dans le sens de la courbe de cette paroi. De plus, elle a le volume d'une mandarine, elle est très dure, elle fuit sous les doigts qui cherchent à la saisir, elle est très mobile en travers, de même que de haut en bas. Peut-être même est-elle un peu irrégulière, mais je ne puis pas l'affirmer absolument, en raison de sa mobilité et de son siège profond.

Lorsque l'on fait étendre puis fléchir la cuisse, la tumeur paraît se fixer, comme si elle s'était développée dans les fibres du muscle psoas-iliaque. Enfin le palper n'est pas très douloureux. J'ajoute à ce que j'ai dit tout à l'heure, relativement à son siège, qu'elle descend dans le voisinage des vaisseaux iliaques, sans cependant exercer sur eux la moindre compression, car il n'existe pas le moindre œdème dans le membre inférieur correspondant, et la main, appliquée sur la tumeur, ne perçoit non plus aucun battement, d'où je conclus qu'elle ne repose pas sur les vaisseaux.

D'autre part, elle n'a aucun rapport direct avec les organes génitaux. Cependant l'utérus est assez volumineux, atteint de métrite, avec ulcération du col.

Voilà, en somme, ce qu'un examen minutieux nous a révélé ; quelle conclusion en pouvons-nous tirer au point de vue du diagnostic ? Plusieurs hypothèses se présentent, nous allons les discuter toutes à tour de rôle.

S'agirait-il d'un fibrome ? On sait que la région iliaque est riche en tumeurs de cette nature, les unes partant du périoste, les autres ayant leur origine dans les aponévroses. Mais un fibrome ne serait ni aussi dur, ni aussi mobile que la tumeur de cette femme, à moins qu'il ne fût pédiculé et libre dans la cavité abdominale. Je ne crois donc guère à son existence dans le cas présent.

Aurions-nous affaire à un rein déplacé ? Le fait se rencontre et l'on voit quelquefois ainsi l'organe rénal descendre jusque près de l'anneau iliaque. Mais cette femme n'a jamais rien présenté du côté des urines ; de plus, s'il s'agissait d'un rein, la tumeur serait plus volumineuse qu'ici, ou bien alors nous aurions affaire à un rein atrophié, ce qui est contraire à ce que l'on observe en pareils cas. Je dois donc éloigner encore cette hypothèse, tout en faisant cependant quelques réserves.

La situation de la tumeur de notre malade est, en général, celle qu'occupent les ganglions venant des organes génitaux de la femme et surtout du col de l'utérus, de sorte que je me suis demandé si cette femme n'avait pas eu quelque adénite à la suite de son accouchement. Cependant s'il en était ainsi, nous n'aurions pas qu'un seul ganglion envahi, mais bien une véritable chaîne ganglionnaire.

Si aucune de ces hypothèses n'est la vraie, devrions-nous nous prononcer, en raison de la fixité de la tumeur dans la flexion de la cuisse, pour quelque tumeur développée dans l'épaisseur du muscle psoas-iliaque, telle qu'un kyste hydatique, par exemple ?

Ce qui me paraît plus probable, c'est un déplacement de l'ovaire, organe essentiellement mobile, qui se déplace facilement en arrière, en avant, voire même parfois d'un côté à l'autre, ou descendant plus ou moins bas dans la fosse iliaque et donnant lieu, dans certains cas, à des hernies ovariques.

D'autre part les inflammations de l'ovaire, les ovarites dépendent souvent d'une affection utérine par l'intermédiaire des trompes ; or, ici, nous aurions, comme antécédents utérins, une métrite et des ulcérations du col. Cependant je croirais plus volontiers à une dégénérescence de l'ovaire, eu égard à la dureté et à la forme oblongue de la tumeur, c'est-à-dire à quelque tumeur développée dans l'épaisseur de l'ovaire. Mais cette tumeur de l'ovaire est-elle une hypertrophie pure et simple ? un fibrome ? ou bien encore quelque kyste ? J'ai eu l'occasion de rencontrer un de ces kystes, autrefois, à l'hôpital Saint-Antoine : l'ovaire, dans ce cas, était placé dans la fosse iliaque, près de l'anneau inguinal.

En résumé, le diagnostic que j'émets aujourd'hui, mais sous toutes réserves, est celui d'ovaire malade et déplacé.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LANCEREAUX.

L'intoxication alcoolique chronique.

(Leçon recueillie par M. le docteur Paul RAYMOND, ancien interne des hôpitaux.)

Un malade est entré hier dans nos salles pour une indisposition légère, mais qui n'est pourtant pas sans relation avec l'intoxication grave que cet homme présente à son insu. Il se plaint d'avoir perdu l'appétit depuis quelque temps, il éprouve du malaise et il accuse dans les membres des douleurs vagues. On pourrait penser à un état gastrique sans grande importance, tandis qu'en réalité notre malade est, comme je vous l'ai déjà dit, sérieusement atteint. Quelle est donc l'affection qui menace à ce point la vie de cet homme, jeune encore et d'apparence robuste ? Le diagnostic est écrit sur son visage et je ne saurais trop vous engager à vous fixer dans l'esprit le portrait que vous avez devant les yeux, portrait qui vous servira à reconnaître, avant tout interrogatoire, cet état aujourd'hui si fréquent : l'intoxication alcoolique.

A notre approche, cet homme, vous l'avez vu, était inquiet, agité ; son front était couvert de sueurs. A la première parole que nous lui avons adressée, vous avez pu remarquer une hésitation des lèvres, une trémulation légère, accompagnée d'un tremblement plus marqué de la langue. Il est maintenant au repos et vous pouvez voir le masque spécial, typique que revêt son visage. Le regard est vague ; l'œil est éteint : le sillon naso-labial est fortement dévié ; les commissures sont abaissées ; sur les joues vous pouvez voir par instants quelques contractions fibrillaires. Les paupières ne sont pas franchement ouvertes ; cet homme nous regarde et pourtant il semble ne pas nous voir. Il y a en lui un aspect particulier plus facile à se graver dans l'esprit qu'à décrire exactement. Si nous l'interrogeons, nous apprenons que, depuis plusieurs années, son sommeil est troublé. Notre malade dort mal; son sommeil est agité, dit-il, par des rêves terrifiants, par des cauchemars. Il voit

des animaux qui montent sur son lit : ce sont des chats, des rats, des serpents, des loups qui se battent entre eux ou avec lui ; ou bien ce sont des assassins, des hommes qui lui veulent du mal ; pour leur échapper, il court, il s'enfuit et il tombe alors dans des trous, dans des précipices, dans la mer où il se noie. A ce moment notre malade se réveille en sursaut et couvert de sueur : il a toutes les peines du monde pour se rendormir. Il semble même avoir été parfois sujet à des hallucinations de la vue : il nous raconte qu'il lui est arrivé de voir dans sa chambre des têtes fantastiques ou encore des gendarmes qui venaient pour l'arrêter.

Le matin, il est pris de vomissements : ceux-ci se présentent sous la forme de pituites et surviennent à un moment toujours le même, le matin, au saut du lit, lorsque le malade met le pied à terre. C'est là un caractère pathognomonique de ces vomissements : ils surviennent lorsque le malade passe de la position horizontale à la position verticale et ils me paraissent dus au changement qui se produit alors dans la circulation cérébrale. L'heure matinale n'a, en effet, aucun rapport avec la production de ces pituites et j'ai pu avoir la preuve de ce fait en examinant des boulangers qui présentent leur pituite le soir, au moment où ils se lèvent, comme vous le savez. Quoi qu'il en soit, les malades crachent alors, sans efforts, quelques cuillerées d'un liquide filant, glaireux, muqueux, aéré, parfois teinté en jaune par la bile. Ce vomissement présente bien les caractères du vomissement cérébral. A ce moment, notre malade présente un tremblement des mains qu'un verre d'alcool suffit pour faire disparaître à peu près. Ce n'est pas tout : depuis quelques mois ce malade a perdu l'appétit ; il digère mal et il a maigri. Ses facultés intellectuelles sont aussi atteintes : vous pouvez voir qu'il se désintéresse, non seulement de son état, mais de tout ce qui l'entoure : la puissance sexuelle est tombée chez lui au minimum. Enfin, il est entré à l'hôpital parce qu'il est, dit-il, sujet à des douleurs. Avant de l'interroger sur ce point, arrêtons-nous un instant. Les signes que je viens de passer en revue me permettent d'affirmer que cet homme est intoxiqué par l'alcool. Retenez-les ; ce sont eux qui vous feront dépister l'alcoolisme dont vous voyez chaque jour des exemples de plus en plus nombreux. Ce sont là des signes caractéristiques, je dirais volontiers pathognomoniques de l'alcoolisme chronique. Je puis donc affirmer que cet homme est intoxiqué par l'alcool et, de fait, il ne fait aucune difficulté d'avouer qu'il boit, par jour, deux litres ou deux litres et demi de vin. Laissez-moi vous dire à ce propos que vous ne devez accorder que peu de créance aux déclarations des malades pour asseoir votre diagnostic d'intoxication alcoolique. Le plus souvent, de la part des femmes notamment, vous vous heurterez aux dénégations les plus formelles : pleurs, reproches, injures même, rien ne vous sera épargné si vous demandez d'emblée à une femme la quantité et la qualité des liquides qu'elle absorbe. D'autres fois, vous serez induits en erreur par excès opposé. Cette fois, ce sont des hommes qui par forfanterie doubleront, s'ils ne l'augmentent pas davantage, la quantité des liquides absorbés. Comme conclusion, je vous engage donc à étayer votre diagnostic en vous basant sur les signes que je vous énumérais, quitte à le parfaire dans un examen ultérieur, lorsque vous aurez acquis la confiance de votre malade.

Revenons au cas qui nous occupe et demandons-nous si nous ne pouvons pas pousser plus avant nos investigations. Cet homme est sujet, nous dit-il, à des douleurs. Or, ces douleurs présentent, elles aussi, des caractères propres. Elles siègent dans les membres inférieurs ; elles surviennent surtout la nuit, coïncidant alors avec des crampes dans les mollets ; ce sont des élancements, des picotements, des fourmillements ; ou bien encore et surtout, une sensation de brûlure qui fait que notre malade est obligé de dormir les jambes hors du lit. Méfiez-vous de ces douleurs vagues qui occupent les membres inférieurs. Combien ai-je vu de ces hystériques, de ces faux rhumatisants qui n'étaient, en somme, que des alcooliques présentant des douleurs dans la continuité des membres, voire même dans les articulations ! Les jambes de notre malade présentent encore quelques particularités. Elles sont le siège, ainsi que les cuisses, de marbrures violacées qui s'accentuent dans la position déclive. Sur le dos du pied, vous pouvez voir une très légère suffusion œdémateuse. Quant à la plante du pied, elle est couverte de sueur. Je passe même légèrement la main sur cette plante et vous voyez le malade s'agiter, retirer brusquement ses membres inférieurs ; il s'oppose à ce que nous continuions cet examen ; sa figure exprime la souffrance et l'effroi ; en quelques instants son corps est couvert de sueur. Il y a donc là une hyperesthésie excessive, une hyperesthésie que nous ne retrouvons à un tel degré dans aucune affection. Mais cette hyperesthésie s'accompagne aussi d'hyperalgésie : je pince modérément la peau de ses jambes et vous voyez que notre malade accuse une vive souffrance. Eh bien ! cette hyperalgésie peut à elle seule me faire affirmer que cet homme est intoxiqué par autre chose que le vin, qu'il est intoxiqué par des essences. Vous savez que, dans toutes ces liqueurs que l'on désigne sous le nom d'absinthe, de vermouth, de bitter, de vulnéraire, d'amer Picon, d'eau de mélisse, etc., il rentre une grande quantité de plantes dont les huiles essentielles sont, à mon avis, l'un des facteurs de l'intoxication alcoolique, car je ne retrouve pas dans l'absorption de l'alcool seul, même s'il appartient à la série dite supérieure, certains symptômes, comme l'hyperalgésie, par exemple, que l'on constate, au contraire, chez tous ces buveurs d'essences. Il ne faudrait pas croire que l'hyperalgésie restât limitée aux membres inférieurs.

Vous me voyez appuyer sur les espaces intercostaux, à l'émergence des branches antérieures des nerfs intercostaux, et immédiatement le malade sursaute comme tout à l'heure. De même encore, lorsque j'appuie de part et d'autre de la colonne vertébrale ; de même enfin, lorsque je presse avec le doigt sur les branches du plexus lombaire, en ce point auquel on a donné, chez la femme, le nom de point ovarien : l'hyperalgésie est, au contraire, généralisée. Voilà donc un ensemble de symptômes qui vous permettent de démasquer l'intoxication alcoolique dans une deuxième variété, l'intoxication par les essences. Quelle est donc la cause de ces symptômes bizarres, de cette hyperesthésie, de cette hyperalgésie notamment ? Cette cause réside tout entière dans l'action toxique de ces boissons sur les nerfs, et, pour parler plus exactement, sur les nerfs périphériques. Les douleurs, les troubles si divers de la sensibilité ne font que traduire la souffrance du système nerveux. Un degré de plus et vous aurez chez cet homme toute la symptomatologie que présentait cette femme que je vous montrais dans l'une de nos réunions et sur laquelle je vais revenir.

Un mot encore sur notre malade. Quel doit être chez lui le pronostic ? Le pronostic immédiat n'est pas grave, en ce sens que l'état gastrique que présente cet homme va

céder sous l'influence d'un régime simple et de quelques purgatifs. Nous pourrons lui rendre le sommeil, en lui faisant prendre chaque soir 4 grammes d'hydrate de chloral associés à 5 ou 10 centigrammes d'extrait thébaïque. Par l'hydrothérapie nous agirons sur son état général, nous tonifierons l'organisme, nous lui rendrons ainsi, j'espère, les forces et l'appétit. Mais qu'arrivera-t-il ensuite? Vraisemblablement, cet homme reprendra ses excès, déjà il est profondément intoxiqué; il a maigri, il se dénourrit; ses muscles, vous le voyez, sont le siège de myoœdème. Cet homme est, je le crains, destiné à succomber à brève échéance, très probablement à la suite d'une tuberculose pulmonaire qui est, vous le savez, la règle en pareil cas. Le sommet de son poumon droit me fait redouter pour lui cette éventualité. Telle est la gravité de l'intoxication alcoolique, mais elle est encore plus grande qu'on serait porté à le croire au premier abord. L'alcoolisme ne s'attaque pas seulement à l'individu; elle le poursuit jusque dans sa descendance. Ce sont là des questions que je ne puis qu'effleurer aujourd'hui, et que je reprendrai un jour devant vous, mais je tiens à vous rappeler que, pour moi, dans l'immense majorité des cas, l'alcoolisme est héréditaire. A père alcoolique, fils buveur, mais aussi, et point bien plus grave, fils dégénéré, fils taré, fils voué à la tuberculose, fille vouée à la névrose hystérie. Je pense, en effet, que l'hystérie n'est autre qu'une manifestation héréditaire de l'alcoolisme des ascendants, uni souvent mais non toujours à une prédisposition nerveuse, autre tare héréditaire.

Je passe maintenant à notre femme de la salle Lorain, qui peut être considérée comme présentant un stade plus avancé des lésions que vient de nous offrir notre malade de la salle Piorry. Cette femme est atteinte d'une paralysie alcoolique, d'une paralysie toxique d'ordre périphérique. Elle a présenté la plupart des symptômes que nous venons de trouver chez notre premier malade : je n'insiste pas. Interrogeons chez elle la sensibilité. Vous voyez qu'aux membres inférieurs, la sensibilité au contact et la sensibilité à la douleur sont complètement abolies sur le pied, le cou de pied et la partie inférieure des jambes : il existe une anesthésie et une analgésie qui présentent ce caractère d'être symétriques. C'est là un fait des plus importants. Chez cette femme, les nerfs périphériques ont subi l'atteinte du poison : ils sont le siège d'une névrite d'ordre toxique. Vous constaterez très souvent cette anesthésie et vous la verrez remonter plus ou moins haut, mais, fait pathognomonique, vous la verrez toujours évoluer d'une façon symétrique. Je vous ai déjà montré des malades chez lesquels elle ne remontait guère au-dessus des cous de pied, la zone d'anesthésie prenant la forme d'un brodequin; je vous en ai montré d'autres, chez lesquels, comme chez cette malade, la zone d'anesthésie simulait assez bien une bottine; d'autres enfin, où l'anesthésie, remontant au-dessus du genou, prend la forme de la botte d'égoutier. Cette anesthésie ne cesse pas brusquement comme l'anesthésie des hystériques : entre la partie sensible et la partie insensible, il y a une zone de sensibilité obtuse qui répond aux altérations moins accentuées des nerfs sensitifs. Vous pouvez voir qu'il n'y a pas que les nerfs de la sensibilité qui soient intéressés. Les nerfs moteurs sont pris également : la malade peut à peine relever le gros orteil qui est fléchi sur la plante du pied. Ce sont, en effet, les extenseurs et notamment l'extenseur du gros orteil qui sont intéressés dans ces paralysies périphériques. Vous pouvez voir aussi, que ces paralysies ne se limitent pas toujours aux membres inférieurs, mais qu'elles peuvent aussi gagner les extrémités supérieures. Sur les mains, les avant-bras de notre malade, vous pouvez retrouver l'anesthésie symétrique, la parésie, etc. Chez elle le réflexe plantaire est aboli : il en est de même du réflexe patellaire. Vous avez vu que, chez notre malade de la salle Piorry, le réflexe plantaire était exagéré, le réflexe rotulien légèrement affaibli. C'est qu'en effet, il existe deux périodes bien distinctes dans l'évolution de cette névrite : une première répondant aux premières phases du processus dégénératif et dans laquelle se rencontre l'hyperesthésie avec l'exagération des réflexes, et une deuxième qui traduit la dégénérescence complète, la disparition du nerf, et dans laquelle vous trouverez l'anesthésie, l'abolition des réflexes, etc. Remarquez que les réflexes superficiels peuvent être exagérés alors que les réflexes profonds, le réflexe patellaire, par exemple, sont affaiblis. Il semble que les nerfs profonds disparaissent avant les nerfs superficiels. Je ne vous parlerai pas aujourd'hui de la réaction de dégénérescence que l'on trouve à l'examen électrique de ces muscles, des phénomènes d'incoordination motrice qui résultent de ces troubles sensitifs et moteurs, incoordination que vous entendrez désigner sous le nom d'ataxie des alcooliques, de pseudo-tabes alcoolique. Je ne ferai que vous rappeler l'atrophie musculaire qui peut survenir chez de tels malades, les troubles vaso-moteurs ou trophiques, etc.

Je viens de vous montrer à quels symptômes vous pourrez reconnaître l'intoxication par le vin ou, pour parler plus exactement, par l'alcool; quels caractères ressortissent à l'intoxication chronique par les essences, intoxication bien plus fréquente à Paris que la première avec laquelle, d'ailleurs, vous la trouverez souvent réunie. Vous avez vu qu'il était possible, même en présence des dénégations absolues des malades, d'affirmer le diagnostic, de l'intoxication d'une part, de sa variété d'autre part. Je vous ai, enfin, montré la gravité de cette intoxication qui peut conduire le malade à ces paralysies des extrémités lesquelles sont, à la vérité, souvent curables, mais qui parfois aussi évoluent rapidement et déterminent même la mort. Ce n'est pas seulement de cette façon que l'intoxiqué alcoolique peut mourir. Vous m'avez entendu maintes fois vous dire qu'il fallait redouter, dans l'intoxication par l'alcool, la tuberculisation du poumon ou encore la cirrhose du foie, chez le buveur de vin notamment. Ajoutez aussi que l'alcoolisme ne s'attaque pas seulement à l'individu, mais qu'il le poursuit aussi jusque dans sa race : j'ai suffisamment insisté sur ce point.

Vous pourrez observer des malades qui présenteront tout le cortège d'accidents, sur lesquels je viens d'appeler votre attention, et vous chercherez vainement l'intoxication par le vin, par les liqueurs à huiles essentielles, par les vapeurs alcooliques (fait que je tiens à vous signaler en passant, véritable intoxication professionnelle), par exemple. Il s'agit, chez ces malades, d'une tout autre intoxication. Je veux parler de l'éthéromanie, de l'intoxication par l'éther. Nous avions récemment, dans nos salles, une jeune femme qui présentait tous les symptômes de l'intoxication par les essences et qui avait même un commencement de névrite périphérique. Or, cette jeune femme était sobre, mais depuis un an environ elle buvait chaque matin une cuillerée à bouche environ d'éther sulfurique. J'ai déjà observé plusieurs faits de ce genre et je tenais à vous les signaler. Je les rapprocherais volontiers de cette autre intoxication que

vous pourrez rencontrer dans votre clientèle, l'intoxication par l'eau de Cologne : celle-ci, cependant, rentre bien plutôt dans l'intoxication alcoolique que l'intoxication par l'éther.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

I. Grossesse et affection du cœur. — II. Constipation habituelle, typhlite et pérityphlite.

I. La malade qui est couchée au n° 1 de ma salle de femmes est entrée hier à l'hôpital. C'est une femme qui a fait, jeudi dernier, une chute dans l'escalier de la maison qu'elle habite. Elle était enceinte de trois mois. Le soir même, elle a commencé à perdre un peu et, quatre jours plus tard, elle a fait une fausse couche.

Si ces accidents se produisent assez fréquemment, cependant, il est beaucoup de femmes qui tombent et font des chutes plus ou moins graves, il en est aussi qui reçoivent des coups de pied dans le ventre, sans que la grossesse des unes ou des autres se termine pour cela par une fausse couche. Il en est enfin, vous le savez, qui cherchent, pour ainsi dire, par tous les moyens possibles, à se faire avorter sans y parvenir. Pourquoi donc les unes font-elles des fausses couches et les autres n'en font-elles pas ?

La femme qui sert de texte à cette conférence en était à sa troisième grossesse ; les deux premières avaient été menées à bien. Elle n'est pas malade de sa fausse couche, mais bien d'une lésion cardiaque, dont le début remonte à quatorze ans en arrière.

En effet, c'est à l'âge de douze ans qu'elle a eu son premier rhumatisme, un rhumatisme articulaire aigu avec phénomènes fébriles. Depuis lors, elle a eu trois ou quatre autres attaques rhumatismales articulaires et fébriles également. Elle a aujourd'hui vingt-six ans. Et de ces diverses atteintes, il lui est resté une lésion du cœur, caractérisée par un souffle très intense, ayant son maximum au niveau du foyer mitral, au-dessous et en dehors du mamelon gauche, souffle systolique et post-systolique, au premier temps, souffle de l'insuffisance mitrale.

J'ai donné autrefois la description de ce que j'ai appelé des lésions gravido-cardiaques ; en France, on n'a pas voulu les admettre et l'on a dit que je m'étais trompé. Cependant, il n'est pas douteux que les lésions du cœur puissent déterminer des accidents plus ou moins graves pendant le cours de la gestation. Un médecin de Lunéville, M. Putegna, a publié des faits du même genre, et simultanément M. le docteur Duroziez, qui s'est occupé presque exclusivement des affections du cœur, a traité aussi cette question des accidents cardiaques chez les femmes enceintes ; enfin j'ai fait, à l'époque où je suppléais Grisolle, une série de leçons sur le même sujet, affirmant l'existence d'accidents gravido-cardiaques. C'est alors, après tous ces travaux, que les accoucheurs, à leur tour, ont emboîté le pas, notamment M. Charpentier, puis M. Porak, dont la thèse reproduit aussi des faits qui viennent confirmer ce que j'ai dit depuis longtemps déjà.

Or, ces accidents gravido-cardiaques sont de deux ordres : 1° ils frappent la femme enceinte d'une façon plus ou moins grave, pouvant aller jusqu'à emporter la malade, soit par des phénomènes de congestion pulmonaire, soit par quelque bronchite capillaire foudroyante ; 2° ils frappent le fœtus.

Donc, cette femme est tombée dans son escalier, étant enceinte de trois mois, et sa chute a été la cause occasionnelle de sa fausse couche, dont la cause prédisposante réside dans la lésion cardiaque décrite tout à l'heure.

Souvent on m'a objecté que nombre de femmes, atteintes d'une affection du cœur, n'en menaient pas moins à bien, jusqu'à la fin, leur grossesse. Le fait est vrai, mais, ce dont on oublie généralement de tenir compte, c'est de l'âge de la lésion du cœur. Ainsi une femme, porteur d'une lésion mitrale récente, d'un an seulement, par exemple, voire même parfois de deux ans, parviendra, sans encombre, au terme de sa grossesse, par cela seul que, chez elle, les troubles circulatoires résultant de sa lésion cardiaque ne sont pas encore assez profonds pour déterminer des accidents du côté des viscères, tels notamment que les poumons, le foie et les reins. Cependant déjà, pendant le cours de la grossesse, ces femmes se plaindront de palpitations plus violentes. Puis, surviennent une deuxième et une troisième grossesses, les accidents congestifs seront encore plus prononcés, parce que la lésion cardiaque sera plus ancienne encore.

Or, chez ma malade d'aujourd'hui, cette lésion du cœur est encore plus ancienne, puisque le début remonte à quatorze ans ; de plus, elle en était à sa troisième grossesse, et je maintiens que sa fausse couche est la conséquence de sa maladie de cœur.

D'où il suit que toute femme enceinte, atteinte d'une lésion cardiaque, doit éviter de porter de lourds fardeaux, de faire de violents efforts, et qu'elle doit, pendant le cours de sa grossesse, se tenir au repos et, si possible, dans la position horizontale ; de plus, vu la pléthore gravidique et la tendance aux congestions, par suite même de l'état de son cœur, de petites émissions sanguines devront lui être faites quelquefois, soit par une saignée, soit par des ventouses scarifiées, soit par des laxatifs.

II. La malade du n° 10 est une femme atteinte de pérityphlite. C'est là un cas banal, vulgaire, je le veux bien, mais néanmoins fort intéressant. Cette femme, domestique, âgée de trente-cinq ans, est sujette d'habitude à une telle constipation, que bien souvent elle ne va à la selle que tous les sept ou huit jours. C'est là une infirmité des plus malsaines pour l'intestin et pour l'organisme par la résorption des matières liquides, tandis que les matières solides constituent ce que l'on a appelé des cybales, de véritables corps étrangers, irritants pour l'intestin. Et c'est ainsi que peu à peu la muqueuse s'enflamme, que le mucus sécrété se coagule et se trouve rendu dans les selles sous forme de filaments blanchâtres, aplatis, rubanés. Les malades sont, par suite, sujets à des alternatives de constipation persistante et de débâcles plus ou moins considérables, de diarrhée bilieuse et muqueuse.

D'autres fois, les malades sont en proie à une véritable typhlite caractérisée par une douleur plus ou moins vive dans la fosse iliaque droite, puis l'inflammation se propage au tissu cellulaire circonvoisin, ainsi qu'à la séreuse péritonéale, et alors la maladie se complique de pérityphlite et d'un peu de péritonite. La douleur est plus intense alors dans la fosse iliaque droite, se propageant aussi jusqu'à la partie antérieure de la cuisse, et s'accompagne d'un mouvement fébrile plus ou moins prononcé.

Notre malade, outre sa constipation habituelle, a eu de plus grandes fatigues, elle s'est quelque peu surmenée en

ces derniers temps et c'est alors que, chez elle, sont survenus les accidents de typhlite et de pérityphlite qui l'ont forcée à entrer à l'hôpital ces jours derniers.

A son entrée — elle était au quatrième jour de sa maladie — j'ai constaté, dans la fosse iliaque droite, l'existence d'une tumeur cylindroïde, se prolongeant vers le colon ascendant, tumeur douloureuse spontanément, ainsi qu'à la palpation; en même temps, la température était à 38 degrés. Le lendemain, le thermomètre placé dans l'aisselle marquait 39 degrés, la maladie s'était généralisée; déjà, en ville, le médecin qui l'avait vue, la veille de son arrivée à l'hôpital, avait cru au commencement d'une fièvre typhoïde; il n'en était rien.

Dès le lendemain de son entrée, la température étant 39, j'ai fait appliquer six sangsues sur la région de la fosse iliaque; les douleurs diminuèrent immédiatement et le thermomètre tomba à 37 degrés, l'amélioration était notable; mais vingt-quatre heures plus tard, il remontait le matin à 37°8, et le soir à 39°6; le bien-être n'avait été que passager, ce que voyant, j'ai prescrit un vésicatoire. Le lendemain, la température tombait à 38 degrés et aujourd'hui, surlendemain, elle est à 37 degrés. La malade ne souffre plus, la tumeur est diminuée et peut être facilement malaxée, sans déterminer la moindre douleur; la pérityphlite est enrayée et la malade presque guérie, grâce à l'application des sangsues d'abord, puis des vésicatoires.

ALCOOLISME

QUELQUES CRISES ÉPILEPTIFORMES DEPUIS CINQ ANS; CHUTE; COMA; PUIS APHASIE COMPLÈTE, AVEC LÉGÈRE HÉMIPLÉGIE DROITE; TRÉPANATION; GUÉRISON DES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A LA CHUTE, PAR SUITE DE L'OUVERTURE D'UN HÉMATOME DE LA DURE-MÈRE.

Par M. le docteur R. Lépine,
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

La trépanation pratiquée pour remédier à des accidents cérébraux consécutifs à un traumatisme du crâne a été si souvent suivie de succès, qu'il est presque inutile de publier désormais des faits de ce genre; mais, dans le cas dont j'ai eu l'honneur d'entretenir l'Académie, il n'y a pas eu traumatisme de la boîte cranienne; il s'agissait d'un malade alcoolique atteint de pachyméningite, et chez lequel, sous l'influence d'une chute, s'est produit un hématome de la dure-mère. Les chirurgiens qui suivent exclusivement les préceptes classiques, n'eussent pas pratiqué l'opération du trépan. Et cependant, à en juger par le résultat, il semble qu'elle était justifiée.

Il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans, ayant commis de grands excès alcooliques et présentant, depuis cinq ans, de temps à autre, quelques crises épileptiformes. Le 21 juin, il fit une chute dans un escalier, et, depuis, il était resté dans le coma quand, au bout de quarante-huit heures, on l'apporta dans mon service: à ce moment, pas de trace de traumatisme de la tête, pas d'écoulement par l'oreille ou le nez; insensibilité absolue en apparence. Deux jours plus tard, disparition progressive du coma, mais aphasie complète. Le malade est dans l'impossibilité de parler ou d'écrire et il paraît comprendre fort imparfaitement. De plus, on constate une parésie légère du facial et des membres à droite; déviation légère de la pointe de la langue à droite; les jours suivants, persistance de cet état et plusieurs crises d'épilepsie jaksonnienne débutant invariablement par une secousse de la commissure labiale droite, bientôt suivie par des convulsions des membres du côté droit. Dix jours après la chute, l'état ne s'améliorant pas, et me fondant sur les symptômes de compression cérébrale et de localisation probable d'une lésion au niveau de la partie inférieure du sillon de Rolando, je priai M. le docteur Jaboulay, agrégé à la Faculté de Lyon, de vouloir bien pratiquer la trépanation à l'endroit susindiqué. Trois petites couronnes furent appliquées. Au moment où la dure-mère fut incisée, il jaillit environ 25 grammes d'un liquide de couleur rouge brunâtre. On se borna à un pansement antiseptique. Le lendemain, le malade, pour la première fois, put écrire son nom; et, lorsque les tampons de gaze iodoformée furent enlevés, il prononça quelques mots. Les jours suivants, l'aphasie et l'hémiplégie droite disparurent progressivement, et, il y a huit jours, le malade présenté à la Société des sciences médicales de Lyon, par M. le docteur Mouisset, mon chef de clinique, a parfaitement répondu à toutes les interrogations qui lui ont été adressées.

Le cas précédent est assurément favorable aux idées des chirurgiens, qui, comme M. le docteur Lucas-Championnière, sont portés à élargir le cadre des indications de la trépanation. Mais, si l'on s'engage dans cette voie, j'estime qu'il faut le faire avec réserve; car, en dehors des traumatismes craniens, les indications du trépan ne peuvent être encore bien nettement formulées. Souvent, on ne trouve pas de lésion visible. Il est certain toutefois que, lorsqu'il existe des symptômes de tension cérébrale, l'opération du trépan, en faisant cesser cette tension, sera le plus souvent utile; j'ai publié récemment (1) un fait de ce genre. En tous cas, je pense qu'on doit s'abstenir des pratiques opératoires de Horsley, qui sont du domaine de la chirurgie plutôt expérimentale que clinique. Les opérations qui sont limitées au crâne n'ont pas, en général, d'inconvénients sérieux; au contraire, en pratiquant trop largement la chirurgie dite *cérébrale*, c'est-à-dire celle qui intéresse le tissu nerveux, on risquera parfois d'être plus nuisible qu'utile.

VARIÉTÉS

A propos des nourrices-vierges et pères-nourrices.

Par M. le docteur Vincent (de Guéret),
Lauréat de l'Académie de médecine.

Voulez-vous me permettre d'ajouter un fait, dont j'ai été pendant plusieurs années le témoin oculaire, à ceux relatés dans l'article Variétés : *Nourrices-vierges et pères-nourrices*, publié dans le n° 87 (1er août 1889) de la *Gazette des hôpitaux*.

J'ai possédé, pendant quatorze ans, une petite chienne noire, espèce roquet, répondant au nom de « Coquette ». On ne peut pas dire qu'elle fût tout à fait vierge, attendu qu'à l'âge de deux ans, elle eut une portée de petits chiens, dont le seul qu'on lui eût conservé mourut quelques jours après sa naissance, au grand regret de sa mère. Je me rappelle que la pauvre bête, qui tenait soigneusement son petit éloigné de tous les êtres de la maison, le voyant mort, eut l'instinct de me l'apporter dans mon lit, espérant sans doute que je pourrais le lui rappeler à la vie. Elle eut du lait en abondance et il fallut la traire pour empêcher l'engorgement des mamelles; ce à quoi, du reste, elle se prêtait avec reconnaissance. Depuis ce moment, bien qu'entrant périodiquement en rut, elle ne conçut plus, mais n'en perdit pas, pour cela, son instinct maternel des plus développés.

(1) Lépine. *Semaine médicale*, juillet 1889, p. 245.

Plusieurs mois après la disparition complète de son lait, sa camarade et amie, la chatte de la maison, ayant mis bas, la chienne, on peut le dire, adoptait son enfant, le réchauffait entre ses pattes et lui présentait ses mamelles que le petit animal finissait par prendre comme celles de sa mère. A la suite de ces succions, sans doute vaines les premiers jours, la sécrétion du lait se fit et le petit chat eut deux nourrices au lieu d'une.

A partir de cette époque, Coquette a allaité non seulement tous les chats nés dans la maison, mais encore ceux de son ami intime, mon conducteur de voiture, chez lequel elle passait ses journées lorsque ses devoirs maternels l'y appelaient. Une fois le petit sevré et donné à une personne étrangère, la sécrétion laiteuse disparaissait, pour recommencer avec un nouveau nourrisson qu'elle accueillait toujours avec le même bonheur.

Lorsque la véritable mère, jugeant son enfant assez fort pour gagner sa vie, le chassait à coups de pattes et de dents, la mère adoptive ne l'abandonnait pas et continuait de l'allaiter sans se demander s'il ne pouvait pas se passer d'elle. La malheureuse bête est morte victime d'un dévouement de cette sorte : il y a quelques mois, le dernier chat nourri par elle, qui la tétait toujours bien qu'il fût âgé de près de trois ans, ayant contracté la gale, la lui communiqua. Bientôt la maladie les envahit l'un et l'autre par tout le corps qui se couvrit de boutons en se dépouillant de son poil. Jugeant cette situation comme un danger pour les personnes de la maison, j'eus la barbarie de les faire empoisonner en leur faisant administrer à chacun une boulette de noix vomique. Le lendemain matin, j'eus lieu de regretter cette mauvaise action, lorsqu'on m'apprit que les pauvres bêtes, empoisonnées séparément, avaient été trouvées mortes ensemble et couchées l'une sur l'autre ; inséparables dans la vie, elles l'ont été aussi dans la mort.

Après la lecture de l'article de M. Victor Meunier, j'aurais voulu avoir ces pauvres animaux pour en faire don au Muséum d'histoire naturelle où les savants et le public auraient pu constater la possibilité de la sécrétion laiteuse en dehors de la parturition et, en même temps, admirer cette affection réciproque de deux êtres appartenant à des espèces animales qui, généralement, ne sympathisent guère ensemble.

A ce fait si curieux, je joindrai le renseignement suivant qui m'a été fourni et certifié exact par une femme qui a habité la campagne pendant son enfance et sa jeunesse ; il suffirait de tirer, pendant quelques jours, comme si on voulait la traire, les trayons d'une jeune chevrette non encore fécondée, pour provoquer la sécrétion du lait, quelquefois en abondance.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Bordeaux. — Voici la liste des récompenses pour l'année scolaire 1888-1889 :

Prix de la Faculté. — Première année : Médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Breffeil ; mention très honorable, M. Dujarier ; mention honorable, M. Savariaud. — Deuxième année : Médaille d'argent et 100 francs de livres, M. Riffé ; mention très honorable, M. Hédon. — Troisième année : Médaille d'argent et 135 francs de livres. Les candidats inscrits ne se sont pas présentés. — Quatrième année : Médaille d'argent et 135 francs de livres, M. Baudot.

Prix du Conseil général. — 300 francs, M. Labougle ; mention très honorable, M. Fage.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 93. JEUDI 15 ET SAMEDI 17 AOUT 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 15 ET SAMEDI 17 AOUT 1889. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance peu chargée à l'Académie, l'autre jour. Les vacances commencent à se faire sentir. M. Lancereaux continue la discussion sur la prophylaxie de la tuberculose. Mais de même que pour la syphilis vaccinale, cette question est trop importante pour être tranchée rapidement et elle est renvoyée devant une commission qui pourra l'étudier à loisir.

Le reste de la séance a été rempli par une lecture de M. Doyen (de Reims) sur une série d'opérations qu'il a pratiquées sur le rein, et une communication de M. Zambaco sur la lèpre en Orient.

En résumé, séance de vacances.

REVUE GÉNÉRALE

De l'hydrocèle péritonéo-vaginale ou hydrocèle congénitale.

Par M. J.-L. FAURE, interne des hôpitaux.

I

Dans les auteurs classiques rien, ou à peu près rien, sur l'hydrocèle congénitale. Presque tous, anciens ou modernes, et l'ancienneté, en chirurgie, est de date récente, habitués à voir, dans l'hydrocèle simple, une accumulation de liquide dans la tunique vaginale, ont jugé inutile d'en séparer nettement par une appellation nouvelle l'hydropisie qui survient dans la vaginale communiquant encore avec le péritoine. Il y avait du liquide autour du testicule, on en a fait une hydrocèle, mais, par suite de la persistance du canal qui les unit chez le fœtus, les cavités vaginale et péritonéale n'étant pas séparées, on a fait de cette hydrocèle l'hydrocèle congénitale. Même phénomène pour les kystes du cordon spermatique : hydrocèle enkystée du cordon, a-t-on dit, que les kystes soient le résultat d'une accumulation de sérosité dans une portion du canal vagino-péritonéal restée perméable, ou qu'ils aient pour origine quelque débris des organes embryonnaires du corps de Wolff. Aujourd'hui, d'ailleurs, on dit plus volontiers, en parlant de cette affection, kyste du cordon spermatique, et le nom d'hydrocèle enkystée tend quelque peu à disparaître. Il serait à désirer qu'il en fût de même de celui d'hydrocèle congénitale, tel au moins qu'on l'entend aujourd'hui, car il nous paraît créer une confusion regrettable.

Il faudrait, en effet, s'entendre. Le nom d'hydrocèle, dans son acception la plus générale de tumeur aqueuse, peut s'appliquer à n'importe quelle accumulation séreuse, diffuse ou enkystée, mais il faut convenir qu'il a pris une signification toute spéciale et qu'on l'a universellement adopté pour désigner l'accumulation de liquide transparent dans la tunique vaginale, par suite d'une altération de cette séreuse ou des organes immédiatement voisins, testicule ou épididyme. Eh bien! si l'hydrocèle est une maladie de la tunique vaginale, ce n'est que par une extension abusive qu'on peut donner le même nom à une affection de cause toute différente et qui a, croyons-nous, presque toujours au moins, sa source dans le péritoine. Dans ces conditions, si l'hydrocèle simple est une maladie particulière à la séreuse péri-testiculaire, l'hydrocèle congénitale n'est pas une hydrocèle, et, si l'on voulait lui donner un nom quelque peu approprié à son origine, on ferait beaucoup mieux, à notre avis, de l'appeler tout simplement *hydropisie péritonéo-vaginale*. Cependant on ferait mieux encore de revenir à la vieille appellation de Chassaignac, et de dire, sans révolter de vieilles habitudes avec lesquelles il faut compter, *hydrocèle péritonéo-vaginale*, ce qui veut dire, en langage moins bref, accumulation dans la tunique vaginale de sérosité venant du péritoine.

Il faut dire, cependant, que l'épithète de « congénitale » est ici parfaitement légitime et mérite d'être conservée. L'épanchement séreux, pour n'apparaître parfois qu'au bout de plusieurs années, n'en est pas moins sous la dépendance absolue d'une disposition congénitale, et c'est là le point important. Il est, en effet, de toute évidence, que le fait qu'elle existe au moment de la naissance ne suffit pas pour qu'on puisse considérer une affection quelconque comme congénitale. Il faudrait, à ce compte, qualifier de congénitale toute plaie, toute fracture, toute paralysie due, par exemple, à la pression des branches du forceps au cours d'un accouchement laborieux. C'est là un fait inadmissible, et le qualificatif en question doit être absolument réservé à toutes les affections qui reconnaissent pour cause primordiale quelque malformation, quelque arrêt de développe-

ment, quelque trouble morphologique remontant à la période embryonnaire ou à la vie fœtale.

Cette distinction est d'autant plus nécessaire qu'il existe parfois, souvent même, une fois sur douze d'après certaines statistiques (1), une hydrocèle appréciable dès la naissance, mais différant complètement de celle qui nous occupe aujourd'hui. C'est l'hydrocèle des nouveau-nés, hydrocèle infantile, analogue à celle de l'adulte, en ce sens que, dans ces cas, la tunique vaginale est parfaitement fermée et qu'il est impossible de faire refluer dans la cavité péritonéale le liquide accumulé dans son intérieur. Ces hydrocèles peuvent parfois prendre de grandes proportions et chez un enfant mort-né on a pu trouver jusqu'à 50 grammes de liquide dans la tunique vaginale (2). Mais cet épanchement, énorme relativement au volume de l'enfant, n'a rien à voir avec un vice de conformation remontant à la vie intra-utérine, et doit être attribué soit à des froissements multiples de la séreuse pendant le travail, soit peut-être à quelque affection des organes spermatiques du fœtus.

Cette hydrocèle des nouveau-nés, bien qu'existant souvent à la naissance, ne peut donc être considérée, au sens propre du mot, comme congénitale. Elle n'a aucun rapport avec l'affection que nous étudions ici et pour laquelle il faut réserver ce nom. Il est vrai qu'il deviendrait inutile, si on adoptait celui d'hydropisie, ou simplement d'hydrocèle péritonéo-vaginale, ce dernier qualificatif impliquant par lui-même la congénitalité, puisqu'il traduit la persistance d'une disposition anatomique particulière au fœtus.

Quoi qu'il en soit de ces considérations préliminaires, et quelque nom qu'on donne à l'affection qui nous occupe, et que pour notre part, sous les réserves que nous avons faites, nous nommerons hydrocèle péritonéo-vaginale, il nous paraît certain qu'elle diffère radicalement des autres hydrocèles et qu'elle mérite d'être étudiée avec quelques détails. C'est ce que nous allons essayer de faire, en insistant surtout sur sa pathogénie, qui n'est guère, chez les divers auteurs qui s'en sont occupés, que confusion et que chaos (3).

II

La lésion principale, cause de tout le mal, n'est point, à proprement parler, une lésion ; c'est une malformation, ou plutôt un arrêt de développement. Le testicule, on le sait, descend dans les bourses en entraînant avec lui le feuillet pariétal du péritoine qui s'invagine en doigt de gant dans l'intérieur du canal inguinal. Ce prolongement séreux, situé à côté et en dehors du testicule, le coiffe peu à peu et finit par l'entourer presque complètement, sans toutefois le contenir dans sa cavité. C'est là, d'ailleurs, un point conforme au plan général des membranes séreuses. La portion inférieure, le cul-de-sac terminal du péritoine invaginé est plus large que la portion intermédiaire qui le sépare de l'anneau inguinal. Il forme la tunique vaginale et s'agrandit progressivement, au fur et à mesure que le testicule s'accroit. Le canal intermédiaire, canal vagino-péritonéal, se rétrécit, au contraire, et s'oblitère peu à peu, pour laisser à sa place un mince cordon fibreux fort difficile à voir, le ligament vaginal.

Ce travail d'oblitération est même rapide, puisque, alors que dans l'immense majorité des cas le testicule n'arrive au fond des bourses qu'au moment de la naissance, on ne trouve plus guère qu'un tiers des nouveau-nés chez lesquels l'oblitération du canal vagino-péritonéal ne soit pas complète. Chez les deux tiers, par conséquent, la communication s'interrompt au moment où le testicule achève sa descente, ou dans les premiers jours qui suivent son installation définitive au fond des bourses. Presque toujours la communication qui existe au moment de la naissance s'interrompt peu de temps après, et le résultat final est le même ; mais dans quelques cas, pour des raisons qu'il est difficile de préciser, l'oblitération ne se fait pas et le canal vagino-péritonéal, organe fœtal, persiste chez l'enfant et quelquefois même chez l'adulte et chez le vieillard. C'est alors que l'on peut observer l'hydrocèle péritonéo-vaginale.

La communication peut être plus ou moins large, plus ou moins facile, et toutes les variétés anatomiques ont été observées. Parfois, la tunique vaginale se continue sans ligne de démarcation avec le conduit persistant, et il n'y a entre la séreuse péri-testiculaire et la cavité péritonéale aucune trace d'étranglement. Le doigt, pénétrant par l'intérieur de l'abdomen dans l'anneau inguinal interne, arrive sans résistance et sans difficulté jusqu'au contact du testicule. Souvent, il y a, entre les deux cavités séreuses, un resserrement très marqué du canal intermédiaire, qui n'admet plus qu'un crayon, qu'une tige de plume, ou même un crin de dimension minime. De même que son diamètre, la longueur du segment de canal étranglé peut être très variable. Quelquefois, l'étranglement s'étend du haut en bas du canal, qui n'est plus qu'un cordon fibreux percé d'un trou presque microscopique ; quelquefois il est limité à une portion du canal qui s'élargit au-dessus et au-dessous ; quelquefois enfin, il peut être réduit à un véritable diaphragme très court, ou siéger en plusieurs endroits, de telle sorte, qu'il y ait sur toute la hauteur du canal vagino-péritonéal plusieurs étranglements séparant plusieurs dilatations. Lorsque, par exemple, en outre des segments du canal restés perméables, on trouve des points non plus seulement étranglés, mais complètement oblitérés, on peut assister à la formation de ces kystes du cordon spermatique, dont nous avons déjà parlé, et dont la pathogénie et les symptômes sont en général tout autres que ceux de l'hydrocèle péritonéo-vaginale.

Cette malformation congénitale n'est pas toujours la seule, et il n'est pas très rare de la voir s'accompagner d'une ectopie testicutaire. Lorsque celle-ci existe, le testicule est, en général, retenu à l'anneau, dans l'intérieur du canal inguinal qu'il n'a pu forcer pendant sa descente. Il est presque toujours légèrement atrophié, quelquefois même réduit à des dimensions misérables. Le canal vagino-péritonéal descend donc dans ces conditions beaucoup plus bas que le testicule lui-même, et c'est là, en réalité, un phénomène étrange et mal expliqué. On trouve écrit partout que c'est le testicule qui, descendant dans le scrotum sous l'influence du *gubernaculum testis*, y entraîne le péritoine. S'il en était uniquement ainsi, comment, lorsque le testicule reste à l'anneau, le cul-de-sac péritonéo-vaginal pour-

(1) Wechselmann. Vingt-trois hydrocèles non réductibles sur 270 nouveau-nés, *Archiv Langenbeck's*, 1887, t. XXXVI, p. 626.

(2) Vilcoq et Valat. *Bulletin de la Société anatomique*, 1888, p. 330.

(3) Il faut cependant faire une exception en faveur de MM. Monod et Terrillon. Dans leur livre récent sur les *Maladies du testicule et de ses annexes*, la question est traitée d'une façon plus approfondie que partout ailleurs, et ils se sont, à juste titre, préoccupés des mêmes questions que nous. Au reste, nous aurons l'occasion de revenir sur ce point quand nous parlerons de la pathogénie de l'hydrocèle péritonéo-vaginale.

rait-il descendre plus bas? Il faut donc admettre, ou bien que ce n'est pas sous l'influence du testicule seul que le péritoine descend, ou bien que, dans les cas d'ectopie inguinale avec prolongement scrotal du péritoine pouvant donner lieu à des symptômes d'hydrocèle, c'est le liquide lui-même qui, par son propre poids ou sous la pression des organes abdominaux, distend et allonge le petit prolongement qui a accompagné le testicule jusqu'au point où il s'est arrêté. Cependant, c'est la première hypothèse qui nous semble la plus probable. Ne voyons-nous pas, en effet, chez la femme, un prolongement absolument analogue, le canal de Nuck qui, traversant le trajet inguinal, va se terminer dans la grande lèvre? On n'invoquera pas ici, pour l'expliquer, la traction opérée par le testicule. Disons en passant que ce prolongement péritonéal peut être, chez la femme comme chez l'homme, le siège d'un épanchement, soit communiquant avec la cavité abdominale, comme dans l'hydrocèle péritonéo-vaginale de l'homme (1), soit enkysté, si l'orifice du canal de Nuck s'est oblitéré sans que son extrémité inférieure en ait fait autant. Ce kyste de la grande lèvre est alors l'analogue d'un kyste du cordon spermatique développé aux dépens d'un reste du canal vagino-péritonéal.

Quant aux lésions proprement dites, elles sont peu connues, ou, pour mieux dire, il n'y en a point de bien caractérisées. D'abord, les autopsies sont rares où l'on peut les étudier, et, d'ailleurs, elles sont quelquefois si faibles qu'il est difficile de les séparer nettement des simples altérations cadavériques. Après les récentes opérations avec excision de tout ou partie de la poche séreuse, on aurait pu se trouver dans de meilleures conditions d'examen. Mais nous ne sachions point que ce dernier ait donné de grands résultats. Donc, en général, peu de chose à la vaginale. Parfois elle semble absolument saine, et c'est le cas le plus fréquent, quelquefois le tissu cellulaire sous-séreux est plus ou moins épaissi, et l'on peut même, dans quelques rares exceptions, rencontrer des fausses membranes adhérentes à la surface séreuse. Il serait utile de savoir si le péritoine lui-même présente quelque lésion, car on en pourrait déduire d'importantes conséquences au point de vue de la pathogénie. Mais, soit parce qu'on ne les a pas cherchées, soit parce qu'on ne les a pas rencontrées, elles ne sont signalées nulle part. Il est, d'ailleurs, bien évident que s'il y en eût eu d'appréciables, elles n'auraient point échappé à la sagacité des observateurs.

Le testicule et l'épididyme sont sains, mais plutôt légèrement diminués de volume. Il semble qu'il y ait eu, jusqu'à un certain point, arrêt de développement dans la glande, comme il y a eu arrêt dans l'oblitération du canal vagino-péritonéal. Quant à sa position, à peu près invariable, à part les cas d'ectopie, elle est semblable à celle qu'on rencontre dans l'hydrocèle simple. Le testicule est, en général, en bas, en arrière et en dedans de la cavité vaginale, un peu au-dessus de son point le plus déclive.

On a signalé dans le cordon, qui n'offre pas d'altérations notables, une légère diminution du calibre des vaisseaux. Elle tient sans aucun doute, non pas à l'hydrocèle, mais bien à la légère atrophie du testicule, presque toujours concomitante, ainsi que nous venons de le voir. L'organe, plus petit, demandant moins de sang, les vaisseaux destinés à le lui apporter sont moins volumineux.

(1) Hennig (*Semaine médicale*, 1884, p. 406) a réuni jusqu'à 46 cas d'hydrocèle du canal de Nuck.

Rien de particulier à noter sur le liquide de cette hydrocèle. Sa quantité très variable, sa couleur jaune pâle, son aspect citrin ne le distinguent guère des épanchements séreux que l'on rencontre d'habitude. Y aurait-il entre la sérosité vaginale dans l'hydrocèle simple et le liquide de l'ascite des différences constantes et pathognomoniques? Ce serait là un fait bien important à connaître, car s'il en était ainsi, l'analyse du liquide de l'hydrocèle péritonéo-vaginale trancherait la question de savoir s'il vient du péritoine, ou s'il est simplement sécrété par la vaginale. Mais ces divers liquides ne présentent rien de constant dans leur composition. Le liquide ascitique est surtout extrêmement variable dans sa nature, et on ne peut encore tirer de ces recherches aucune conclusion précise. Cependant (1), d'après certaines analyses, le liquide de l'hydrocèle simple contiendrait plus de matières coagulables que celui de l'ascite. De plus, on n'y trouverait jamais de fibrine, alors que ce dernier élément manque rarement dans la sérosité qui s'épanche dans le péritoine. La sérosité de l'hydrocèle communicante présente-t-elle plus d'analogie avec l'un ou l'autre de ces liquides? On n'en sait trop rien, et, d'ailleurs, nous le répétons, leur composition est trop variable pour qu'on puisse tirer de cette comparaison aucune conclusion bien précise et bien légitime.

III

L'hydrocèle péritonéo-vaginale est une affection de tous les âges. Cependant, c'est dans la deuxième enfance, entre trois et dix ans, qu'on la rencontre, en général. Au-dessous de trois ans, on a plutôt affaire à l'hydrocèle infantile, non communicante. De même, après dix ans, c'est l'hydrocèle simple qu'on rencontre le plus souvent. Il n'en est pas moins vrai, qu'on rencontre assez fréquemment cette affection chez l'adulte et même chez le vieillard. D'après Wechselmann (2), il y aurait, sur 270 nouveau-nés, 14 hydrocèles réductibles, soit, à très peu de chose près, 1 cas sur 20 enfants. A vrai dire, ce chiffre nous semble exagéré, mais enfin l'hydrocèle existe, bien qu'elle soit, à cette âge, difficile à constater à cause du petit volume des organes génitaux. A peine peut-on saisir le testicule entre le pouce et l'index, et il est encore plus malaisé de constater si la vaginale contient ou ne contient pas de liquide. C'est donc presque toujours entre trois et dix ans qu'une collection liquide fait son apparition dans la tunique vaginale, et, bien qu'il n'y ait pas sur ce point de règle absolue, c'est, en général, chez des enfants malingres, chétifs, ou d'aspect maladif qu'on la voit survenir. Il semble, parfois, que ce petit épanchement ne soit que la traduction d'une atteinte plus grave à la santé de l'enfant, atteinte qui pourrait bien n'être autre chose qu'une susceptibilité particulière du péritoine, ainsi que nous aurons l'occasion d'y revenir plus loin.

Rien n'est plus variable que le volume de cette hydrocèle. Ses dimensions sont, en général, modérées, égales à celles d'une amande ou d'une noix, par exemple. Mais elles peuvent être beaucoup plus grandes, et dans ces cas, surtout chez l'adulte, quand le malade est debout depuis longtemps, la tumeur prend la forme qu'elle affecte dans l'hydrocèle simple. Pour peu que la communication soit petite, elle

(1) Robin. *Traité des humeurs.*
(2) Wechselmann. Loc. cit.

est rénitente comme cette dernière, et presque aussi dure. Elle est piriforme, et le testicule, en bas et en arrière, ne se distingue guère que par la douleur tout à fait spéciale que provoque sa compression.

Mais il est un caractère fondamental qui donne à cette affection une physionomie toute spéciale : c'est la réductibilité. Une partie du liquide contenu dans la vaginale peut passer dans le péritoine. Suivant que la communication est plus ou moins large, le passage est plus ou moins rapide et plus ou moins facile. Parfois, la simple application de la main sur le scrotum suffit, surtout si le sujet est couché, pour faire refluer tout le liquide dans la cavité abdominale ; souvent, au contraire, il faut exercer une pression assez énergique, et encore, si le trajet est très étroit, faut-il l'exercer pendant longtemps pour n'amener qu'une faible diminution dans le volume de la tumeur. Mais cette réduction provoquée n'est pas la seule qu'on observe. L'hydrocèle peut diminuer spontanément de volume, sous l'influence de la position. Très souvent, le matin, lorsque le malade est resté toute la nuit dans la position horizontale, la tumeur est beaucoup moins volumineuse, parfois même, elle a complètement disparu. Dès que le malade se lève, le péritoine déversant son contenu dans la tunique vaginale, la tumeur augmente de nouveau, ou recommence à devenir sensible, si elle avait complètement disparu. Cet accroissement, quand la communication est très étroite et ne laisse passer le liquide que goutte à goutte, peut se faire très lentement, et, si le malade se tient toute la journée debout, augmenter jusqu'au soir. Dans quelques cas, on peut alors trouver le scrotum très dur et très tendu. Aussi, lorsqu'on voudra examiner une hydrocèle que l'on soupçonne d'être congénitale, faudra-t-il toujours faire étendre le malade, pour que la position verticale ne vienne pas faire obstacle à la réduction du liquide.

Le volume de l'hydrocèle se modifie également sous l'influence des efforts, de la toux, surtout quand le canal vagino-péritonéal est resté largement ouvert. Il y a alors une impulsion très nette, analogue à celle que l'on constate dans les hernies à large anneau.

Quant à la translucidité, signe pathognomonique des hydrocèles simples, elle n'a ici qu'une importance tout à fait relative. Dans beaucoup de cas, la tumeur est trop petite, et il n'y a pas moyen de la saisir et de l'isoler commodément, pour pouvoir reconnaître ce symptôme chez l'enfant de quelques années. On ne trouve ce signe avec quelque facilité que chez l'adulte, quand l'hydrocèle est volumineuse. Encore ce symptôme est-il, en général, superflu, la constatation de la réductibilité impliquant l'existence d'un liquide, qui, dans ces conditions, ne peut être que translucide. C'est donc là un fait secondaire. Il est cependant bon de le constater quand la chose est possible.

Quant à la douleur, elle est, la plupart du temps, nulle. Les malades n'éprouvent guère qu'une sensation vague de gêne. C'est à cause de cette indolence à peu près absolue, qu'ils ne s'aperçoivent que par hasard de l'existence de leur hydrocèle, et que les petits enfants qui en sont atteints ne s'en plaignent aucunement.

Rien à dire sur les parties voisines qui ne présentent rien de spécial. Le testicule, est, d'une façon très générale, absolument sain, et dans sa situation normale, cependant, comme nous l'avons déjà vu, il peut manquer dans le scrotum. On le trouve alors presque toujours dans le canal inguinal, où il forme une petite tumeur ovoïde, mobile, et très sensible à la pression. Nous n'insisterons pas sur tous ces détails qui n'ont rien de particulier.

Disons enfin que, quelquefois, l'hydrocèle péritonéo-vaginale peut se montrer des deux côtés.

Dans un bon nombre de cas, l'hydrocèle communicante guérit spontanément. Cette heureuse terminaison se voit, d'ailleurs, plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte. Le travail de résorption est, sans doute, plus rapide dans le jeune âge, où tous les désordres, on le sait, se réparent si facilement. D'autre part, il y a très probablement, derrière l'épanchement séreux, des lésions moins profondes et moins enracinées que chez l'adulte. Aussi, n'est-il pas rare de voir la maladie disparaître sans avoir subi aucun traitement. Lors même qu'elle persiste, elle est sans gravité et n'apporte qu'un peu de gêne dans la marche et dans certains mouvements. Il est permis, en effet, de ne point faire entrer en ligne de compte les quelques accidents inflammatoires qu'on a vus venir compliquer l'hydrocèle péritonéo-vaginale. Nous ne parlons ici, bien entendu, que des complications survenues en dehors de toute intervention chirurgicale.

On trouve, en effet, dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1), la relation de deux autopsies d'enfants, ayant succombé alors qu'ils portaient une hydrocèle enflammée communiquant avec le péritoine. Dans un premier cas, l'enfant, âgé de un mois, mourut de péritonite aiguë. La tunique vaginale était suppurée et couverte de fausses membranes, le canal péritonéo-vaginal persistant, était également enflammé et presque oblitéré par les exsudats fibrineux. Encore, ce cas est-il douteux, et il est difficile de dire si la vaginalite avait précédé la péritonite, ou si, au contraire, elle l'avait suivie.

Le second cas est plus net. Sur un enfant mort de pneumonie, on trouva la tunique vaginale gauche oblitérée, le canal vagino-péritonéal permanent, mais rouge, épaissi et enflammé, et le péritoine voisin atteint d'une inflammation circonscrite. Il semble, dans ce dernier cas, que l'inflammation ait eu son point de départ dans la tunique vaginale et n'ait que secondairement gagné le péritoine.

Ces cas ne sont pas les seuls, et Berry (2) a rapporté l'observation d'un autre enfant né après trente-six heures d'un travail terminé par une application de forceps. Huit jours après, le scrotum devint rouge et enflé. Le lendemain on apporta l'enfant à l'hôpital. Comme il n'avait pas uriné depuis la veille au matin, on pensa à une infiltration d'urine, bien qu'il n'y eût rien à la verge, ni au périnée. Son état s'aggrava rapidement et il mourut le soir.

L'urèthre et la vessie étaient sains, mais la tunique vaginale gauche était pleine de pus. Le canal vagino-péritonéal persistait, et la séreuse abdominale participait à l'inflammation.

A ce propos, le même auteur remarque que, dans le même hôpital (Guy's Hospital), on a trouvé un cas tout à fait analogue. On avait cru à une infiltration d'urine, et il y avait une vaginalite suppurée, avec persistance du canal.

Mais ces graves complications sont, en somme, d'une extrême rareté. Il n'en est pas de même d'une complication d'ordre tout différent, qui, d'ailleurs, tient plutôt à la condition anatomique spéciale fournie par la persistance du

(1) Letulle. *Bulletins de la Société anatomique*, 1875, p. 109 et 485.

(2) Berry. Cas d'hydrocèle congénitale double, suppuration, mort, *The Lancet*, 1883, I, p. 863.

canal vagino-péritonéal qu'à la présence du liquide. Nous voulons parler de la hernie. Il est bien évident que les anses intestinales trouvant là une voie toute frayée, n'ont qu'à la suivre, sous l'influence d'un effort quelconque, pour pénétrer dans le scrotum et s'y étrangler au besoin. Mais c'est le canal permanent qu'il faut incriminer ici, ce n'est point l'hydrocèle. Cependant, le liquide a une influence indirecte, en entretenant par sa seule présence la béance du canal qu'il empêche de s'oblitérer. Mais, en revanche, la constatation d'une collection liquide, réductible dans le scrotum, permet de reconnaître la persistance du canal, et, par conséquent, permet d'y remédier, et de prévenir dans une certaine limite une hernie future. On est donc, jusqu'à un certain point, autorisé à émettre cette pensée, en apparence paradoxale, que, dans bon nombre de cas, l'hydrocèle communicante, loin de favoriser la production d'une hernie congénitale, lui est, au contraire, défavorable, en permettant de reconnaître l'existence du conduit vagino-péritonéal, et de s'opposer à la descente ultérieure d'une anse intestinale par l'application précoce d'un bandage inguinal.

IV

Et maintenant, connaissant les signes principaux, il nous est possible de rechercher la nature et de discuter la pathogénie de l'hydrocèle péritonéo-vaginale. Cette question est assez obscure, et l'examen de l'opinion des divers auteurs ne contribue guère à l'éclaircir. D'après Nélaton (1), le péritoine pourrait être primitivement atteint. Curling (2) pense même qu'il doit être le plus souvent incriminé, mais ne dit pas pourquoi, et en parle dans les termes les plus vagues. On ne trouve rien de particulier dans la plupart des classiques, qui ne soulèvent même pas la question, et il faut en venir à la thèse de M. Labat (3), pour trouver sur ce point une discussion de quelque importance. Mais il nous est impossible de souscrire aux conclusions de cet auteur. D'abord il commence par considérer comme congénitale toute hydrocèle qui se développe chez l'enfant pendant les premières années. Il recule même la limite jusque vers l'âge de dix ans. Pour lui, toute hydrocèle développée avant cette époque, que le canal vagino-péritonéal soit resté perméable ou soit oblitéré, est une hydrocèle congénitale. C'est là une conception radicalement fausse. Il s'agit dans ces cas de l'hydrocèle infantile et non de l'hydrocèle congénitale, puisque nous avons commencé par établir que la seule caractéristique de cette dernière était précisément la persistance du canal. Cette erreur dans le point de départ entraîne nécessairement une erreur dans l'idée qu'il se fait de la nature de l'affection. Pour lui ce n'est pas dans le péritoine qu'il faut aller chercher la cause. « Il faudrait, dit-il, qu'il y ait inflammation du péritoine. Or, cette maladie produit des fausses membranes et du pus, jamais du liquide transparent, comme celui qu'on trouve dans les cas d'hydrocèle. » Mais ce raisonnement pêche par la base. Rien n'est plus faux que la nécessité d'une inflammation, au sens propre du mot, pour produire un épanchement dans le péritoine. Il suffit d'une extravasation séreuse, d'une augmentation de pression dans les vaisseaux sous-péritonéaux, et en particulier dans le système porte. Les innombrables cas d'ascite que montre la clinique en sont un exemple bien simple. D'ailleurs, on ne voit pas pourquoi le processus morbide qui se traduit dans la vaginale par un épanchement séreux, devrait nécessairement se traduire dans la séreuse mère, le péritoine, par un épanchement purulent. Au reste, c'est là, aujourd'hui, chose jugée : la suppuration du péritoine, comme toute suppuration, est d'origine infectieuse, microbienne. Il n'y a pas d'inflammation véritable sans infection, sans inoculation, et il n'est plus permis de l'invoquer comme cause unique des épanchements séreux. Ceux-ci peuvent se produire par un tout autre mécanisme.

Nous ne pouvons donc admettre cette partie de l'argumentation de M. Labat. Nous n'admettons pas davantage le reste de la théorie. Après avoir dit, et avec raison, croyons-nous, que ce n'est ni dans le testicule, ni dans l'épididyme, presque toujours sains chez l'enfant, qu'il faut chercher la cause de l'hydrocèle, il conclut en incriminant la tunique vaginale elle-même. Et à ce propos il édifie une théorie tout à fait étrange et parfaitement insoutenable.

Au moment de l'oblitération du canal vagino-péritonéal, il se produit, dit-il, un travail naturel irritatif qui aboutit précisément à cette oblitération. Ce travail étend son action non seulement sur le canal, mais encore sur la séreuse péritesticulaire. Or, les mouvements du testicule empêchant l'adhérence des deux feuillets de celle-ci, adhérence qui se produit plus haut, au niveau du canal, il se fait, toujours en vertu du travail naturel, un épanchement séreux. Et ainsi se trouve expliquée, d'après lui, l'hydrocèle, qu'elle soit irréductible ou communicante, car, de même qu'il les confond dans la même description, il accorde à l'une et à l'autre une pathogénie semblable.

S'il en était ainsi, et si l'hydrocèle infantile était due au processus physiologique qui entraîne l'oblitération du canal vagino-péritonéal, on ne comprend pas pourquoi tous les enfants n'en seraient pas atteints, car chez tous les enfants ce processus doit exister. Quant à l'hydrocèle communicante, la persistance du canal est la preuve flagrante que ledit processus ne s'est point manifesté, et que, par conséquent, il n'a pu s'étendre à la vaginale pour déterminer un épanchement dans son intérieur.

Tout récemment, MM. Monod et Terrillon (1) ont plus nettement posé la question, et discuté ce point particulier de pathogénie. Ils se bornent à poser quelques points d'interrogation et ne se prononcent bien clairement, ni en faveur de l'origine péritonéale, ni en faveur de l'origine vaginale. Ils semblent, suivant les cas, admettre l'une et l'autre.

Pour nous, nous adoptons résolument la théorie de l'origine péritonéale du liquide de l'hydrocèle communicante. Il n'y a cependant là rien d'absolu. Il est, en effet, évident que la persistance de la communication entre le péritoine et la tunique vaginale ne suffit pas à préserver cette dernière de tous les accidents. Si une tunique normale présente parfois des lésions, si on voit s'accumuler dans son intérieur, sous diverses influences, et en particulier à la suite de lésions testiculo-épididymaires, une certaine quantité de liquide, qui s'extravase souvent malgré une forte pression extérieure, il n'y a aucune raison pour que, sous

(1) Nélaton. *Traité de pathologie externe*, t. V, p. 622.
(2) Curling. *Traité des maladies du testicule.*
(3) Labat. *De l'hydrocèle congénitale, son étiologie, son traitement par les injections d'alcool*, Thèse de Paris, 1877.

(1) Monod et Terrillon. *Maladies du testicule et de ses annexes* Paris, 1889.

l'influence des mêmes lésions, les mêmes phénomènes ne se déroulent pas, et pour que l'on ne voie pas le liquide, sécrété directement par la vaginale, passer dans le péritoine, par suite de la position du malade ou la surabondance de l'épanchement. Mais ces cas doivent être rares, et se présenter seulement chez l'enfant très jeune où ils correspondraient à certains cas d'hydrocèle infantile et se développeraient dans les mêmes conditions que cette dernière, et chez l'adulte où ils naîtraient à la suite des lésions qui déterminent, chez lui, dans une vaginale ordinaire, l'hydrocèle simple. Quant aux cas, très fréquents, qui s'observent dans la deuxième enfance ou dans l'adolescence, à l'âge où il est absolument exceptionnel de rencontrer une hydrocèle simple, il nous semble incontestable qu'ils doivent être rattachés à une autre cause, indépendante, celle-ci, des lésions de la vaginale ou des organes qu'elle enveloppe.

Nous n'avons pas, il est vrai, de preuve anatomo-pathologique à fournir à l'appui de cette hypothèse, mais il nous semble que les preuves d'ordre clinique sont assez importantes pour entraîner la conviction.

Et d'abord, nous l'avons vu, l'apparition de l'hydrocèle congénitale coïncide souvent avec un affaiblissement de la santé générale de l'enfant, qui ne s'expliquerait point si la vaginale était seule touchée. Il semble probable qu'il y ait là quelque lésion plus générale et plus grave, quelque état pathologique du péritoine, de cause sans doute variable, et qui, sans se traduire par aucun symptôme local bien net, retentit cependant douloureusement sur l'économie tout entière.

Autre chose semble démontrer qu'une séreuse plus importante que la séreuse vaginale doit être intéressée. C'est l'abondance du liquide sécrété. L'épanchement, en effet, — et c'est là une ingénieuse idée que nous avons entendu émettre par M. le professeur Verneuil dans une de ses cliniques, — doit être considérable. Une remarque bien simple en fait foi. Nous savons que le liquide contenu dans la tunique vaginale disparaît souvent dans la position horizontale pour reparaître dès que le malade se met debout. Or, l'orifice supérieur et intra-abdominal du canal inguinal étant situé au-dessus du détroit supérieur, il est absolument nécessaire, pour que le liquide contenu dans l'abdomen puisse descendre dans la vaginale, que son niveau soit plus élevé que l'orifice du canal vagino-péritonéal, ou qu'il vienne tout au moins affleurer jusqu'à lui. Cela n'est possible qu'à la condition que le petit bassin tout entier soit rempli par l'épanchement qui repousse et soulève les anses intestinales en général distendues par des gaz, et par conséquent plus légères. La quantité du liquide épanché doit donc être assez forte et venir, selon toutes probabilités, d'une surface séreuse étendue.

Ce n'est pas tout : il est facile de voir que l'hydrocèle péritonéo-vaginale se comporte tout autrement que l'hydrocèle simple. Si la guérison spontanée de celle-ci s'observe quelquefois chez l'enfant, elle n'existe pas chez l'adulte, où l'hydrocèle simple dure des années et des années, en augmentant toujours et sans jamais rétrocéder, car il est permis, au milieu des hydrocèles sans nombre que l'on a observées, de ne point faire entrer, en ligne de compte, les quatre ou cinq cas de disparition spontanée de cette tumeur chez l'adulte. Il n'en est pas de même pour l'hydrocèle péritonéo-vaginale qui disparaît souvent seule, chez l'enfant comme chez l'adolescent ou l'adulte. De plus, on a vu souvent disparaître sans traitement l'hydrocèle congénitale après oblitération du canal vagino-péritonéal, soit par un bandage, soit par une opération sanglante pratiquée dans ce but. C'est ainsi que Southam (1), après avoir, sur un jeune homme de dix-huit ans, porteur d'une hydrocèle depuis sa naissance, sectionné le canal séreux entre deux ligatures, a vu l'épanchement de la vaginale disparaître spontanément.

Arnison (2) a eu un succès absolument semblable par le même procédé, sur un homme de vingt-six ans, dont l'hydrocèle remontait à deux ans.

Il a donc suffi, dans ces deux cas bien nets, d'intercepter la communication entre les deux séreuses, pour voir le liquide, accumulé dans la cavité inférieure, se tarir spontanément. La vaginale n'était que le réservoir du liquide, c'est le péritoine qui en était la source.

N'est-il pas évident qu'il en eût été autrement, si le liquide eût été sécrété par la séreuse péritesticulaire? La ligature du canal vagino-péritonéal n'aurait fait que transformer l'hydrocèle communicante en hydrocèle simple, et celle-ci, loin de guérir seule, aurait nécessité, pour disparaître, quelque action directe sur l'organe malade.

Et d'ailleurs ne voit-on pas, dans certains cas, se reproduire exactement tous les symptômes de l'hydrocèle congénitale, alors que cette affection ne peut être mise en cause? Nous voulons parler de l'accumulation de sérosité qui se fait au fond d'un sac herniaire déshabité. Le tableau clinique est alors absolument identique à celui que nous avons tracé, au point que le diagnostic entre les deux affections est souvent impossible. Il y a accumulation dans le scrotum d'un liquide séreux et transparent, réductible par la pression ou la position horizontale. Eh bien! on ne pourra pas, dans ces cas, accuser la vaginale d'être la source du liquide, puisque la vaginale n'est même pas en contact avec lui. Il vient du péritoine, rien que du péritoine, et s'accumule dans le sac herniaire, comme dans le sac vaginal, parce que ce sac est en contre-bas. Et si c'est la séreuse abdominale qui, dans ce cas, doit être incriminée, nous ne voyons pas pourquoi il en serait autrement lorsque le cul-de-sac herniaire est remplacé par le cul-de-sac vaginal.

Donc, pour nous résumer, nous dirons que si, dans certains cas, surtout chez l'adulte et les très jeunes enfants, c'est la tunique vaginale qui doit être rendue responsable de l'épanchement, il faut, le plus souvent, en chercher l'origine dans la grande séreuse péritonéale.

V

Nous n'avons pas à nous étendre longuement sur le diagnostic de l'hydrocèle péritonéo-vaginale. Elle diffère radicalement de toutes les tumeurs du testicule, par un caractère qui lui est propre, la réductibilité. Tout au plus pourrait-on hésiter un instant, dans certains cas, à se prononcer entre une hydrocèle communicante et une hydrocèle simple. C'est lorsque l'orifice de communication est très petit ou plus ou moins oblitéré par quelque repli en forme de valvule. La réductibilité peut être alors nulle, ou presque nulle, et, la tumeur étant translucide, on pourrait,

(1) Southam. Un cas d'hydrocèle congénitale traité par la ligature du collet du sac, *Brit. Med. Journ.*, Lond. 1884, p. 161.

(2) Arnison. Hydrocèle congénitale, cure radicale, *Brit. Med. Journ.*, 1885, II, p. 397.

même après un examen attentif, se croire en présence de l'hydrocèle commune.

Il est bien rare, cependant, que quelque indice ne vienne pas mettre sur la voie du véritable diagnostic. C'est le malade qui accusera des différences de grosseur, de tension, suivant la position ou l'heure de la journée. C'est le changement de volume de la tumeur après une pression prolongée; de lisse, brillante et tendue qu'elle était, la tumeur deviendra terne, ridée et légèrement dépressible. Elle pourra même, si le chirurgien y met un peu de patience, disparaître complètement.

Mais la hernie aussi est réductible! Ici l'erreur ne sera pas permise. La consistance, le gargouillement, la sonorité, les commémoratifs, autant de différences profondes qui permettront de reconnaître les deux affections. Il n'est qu'un cas où le diagnostic devient réellement difficile, parfois même impossible, et encore ce cas ne se montre-t-il guère que chez l'adulte : c'est lorsqu'il s'agira de distinguer l'hydrocèle congénitale de l'épanchement qui survient dans un vieux sac herniaire. Les symptômes objectifs sont alors à peu près identiques. Il est, quoi qu'on en dise, à peu près impossible de reconnaître si le testicule est ou n'est point englobé dans la collection liquide, d'autant plus que celle-ci peut descendre jusqu'à la partie la plus inférieure du scrotum. On aura plus de confiance dans les commémoratifs, encore qu'il soit fort difficile de savoir dans quelles conditions se trouvait la hernie primitive, et si elle n'était pas elle-même une hernie congénitale, auquel cas le sac herniaire abandonné ne serait autre chose que le canal vagino-péritonéal lui-même. Souvent l'interrogatoire le plus scrupuleux et l'examen le plus attentif ne permettront pas de se prononcer.

Quelquefois, il ne s'agit point d'un sac herniaire, mais d'un prolongement péritonéal indépendant de la tunique vaginale et simple reste du canal primitif de communication. Poland (1) en rapporte un bel exemple : après une ponction dans une tumeur prise pour une hydrocèle congénitale, chez un enfant de trois ans et demi, on vit survenir une péritonite mortelle.

L'autopsie vint montrer que la vaginale était saine et parfaitement fermée. L'hydrocèle siégeait dans un prolongement péritonéal, qui, descendant à deux pouces et demi dans le canal inguinal, venait s'unir et s'accoler intimement à la tunique vaginale, mais sans communiquer avec elle.

VI

Cette affection, malgré les quelques accidents dont nous avons parlé, est d'une extrême bénignité. Elle demande cependant à être guérie, non pas tant à cause de ses complications problématiques, que de la gène, de l'ennui qu'elle cause au malade, et surtout parce qu'elle reste là comme la perpétuelle menace d'une hernie qui ne demande qu'à paraître.

Cependant, il faut bien se garder d'opérer trop tôt. Toute opération qui n'est pas nécessaire est, chez les jeunes enfants, une opération qu'il faut rejeter. Or, rien n'est plus fréquent que de voir, chez eux, l'hydrocèle guérir toute seule. C'est une éventualité avec laquelle il faut toujours

(1) Poland. Hydrocèle congénitale du cordon spermatique, *Lancet*, 1884, II, p. 1001.

compter, et c'est une chance qu'il faut toujours courir. Donc, pendant les premières années, abstention systématique, sauf les cas exceptionnels où, par son volume ou par toute autre cause, l'hydrocèle congénitale semblerait devoir échapper aux règles ordinaires.

Il faut cependant bien savoir, avant d'intervenir, que les opérations ne sont pas toujours innocentes, et le cas de Poland montre qu'on ne saurait prendre trop de précautions.

Lorsqu'on se sera décidé à intervenir, on aura le choix entre plusieurs traitements qui tous se recommandent par des succès, mais qui, s'ils n'ont, en général, donné que de bons résultats entre les mains des chirurgiens qui les ont employés, ne présentent cependant pas tous la même innocuité.

Osborn (1) a obtenu plusieurs guérisons en se bornant à faire, dans l'intérieur de la tumeur, des ponctions avec une aiguille. Une partie du liquide s'écoulait au dehors, le reste dans le tissu cellulaire, où il était résorbé. Il faisait suivre cette manœuvre de quelques douches froides locales, et le liquide ne reparaissait pas.

C'est là un procédé un peu particulier, et on a surtout tenté les injections modificatrices comme pour l'hydrocèle simple, mais ce n'était pas sans une certaine appréhension qu'on employait cette méthode à cause du risque de la pénétration du liquide injecté dans la cavité péritonéale.

Ces craintes, d'ailleurs, ne sont guère fondées, nous pensons que souvent, malgré la précaution bien recommandée de mettre un doigt sur le canal de communication, afin de l'oblitérer, au moins momentanément, le liquide a bel et bien passé dans la cavité abdominale. Mais nous pensons aussi que cet accident n'en est pas un, et qu'il n'y a là pas grand inconvénient. Les quelques gouttes de teinture d'iode qui peuvent passer dans le péritoine y arrivent fort diluées par le liquide pathologique qui remplit le petit bassin, et sont, par conséquent, sans action bien marquée. Et d'ailleurs n'a-t-on pas injecté de la teinture d'iode dans la cavité péritonéale elle-même, dans certains cas d'ascite, sans que les malades en aient été le moins du monde incommodés? Mais ce procédé échoue bien souvent, et on en a créé de nouveaux, en général plus efficaces.

Nombre de fois on a d'abord tenté d'oblitérer la communication, pour agir ensuite sur la collection vaginale séparée, au cas où elle ne disparaîtrait pas toute seule. Le moyen le plus simple et le plus innocent, mais aussi le plus long et le plus infidèle, consiste à faire porter aux malades un bandage qui, appliqué sur le trajet du canal vagino-péritonéal, le comprime plus ou moins et rapproche ses deux feuillets. Le frottement incessant, sur un même point, des deux parois du canal, peut quelquefois, aidé de la bonne nature, déterminer des adhérences au point soumis à la pression. Ces adhérences peuvent, soit rétrécir la lumière du canal, soit l'oblitérer complètement et transformer la vaginale en une cavité fermée de toutes parts. Le liquide qu'elle contient, séparé du péritoine qui le renouvelait sans cesse, peut alors disparaître rapidement sans autre intervention. S'il persiste, on peut, sans inconvénient, employer une des innombrables méthodes qui ont été, tour à tour, en honneur pour l'hydrocèle simple. Les injections d'alcool, ainsi que le recommande M. Labat, d'acide phé-

(1) Osborn. Cas d'hydrocèle congénitale guérie par l'acupuncture, *Lancet*, 1880, p. 285.

nique, fort usitées surtout en Angleterre, de sublimé et surtout de teinture d'iode, suivant la méthode la plus généralement adoptée, font merveille et le liquide disparaît presque toujours définitivement. Si on emploie la teinture d'iode, il sera bon de pousser cinq minutes avant, avec l'aspirateur Dieulafoy, une injection de chlorhydrate de cocaïne, contenant environ 20 centigrammes de ce sel. On laisse environ cinq minutes au contact de la séreuse, puis on la retire par l'aiguille qu'on a eu soin de laisser en place, en soulevant de nouveau le piston. Ces injections, fort peu douloureuses par elles-mêmes et tout à fait inoffensives, suppriment à peu près la douleur, la suppriment même parfois complètement, et rendent très supportable une injection iodée, qui est souvent très douloureuse.

On peut substituer, à l'injection iodée, une injection de chlorure de zinc. Une goutte de ce sel déliquescent suffit amplement. Mais il est plus commode de prendre une solution au dixième, et d'en injecter alors une dizaine de gouttes. Par ce procédé, il n'y a même pas besoin de retirer le liquide. Il suffit de faire, dans la poche pleine et distendue, une piqûre avec la seringue de Pravaz et d'y injecter directement quelques gouttes de la solution. On peut cependant prendre la précaution d'aspirer auparavant une petite quantité du liquide, afin d'éviter la distension de la tunique vaginale. La résorption du liquide se fait ensuite peu à peu.

Quel que soit le procédé employé, les accidents sont fort rares, et nous ne connaissons guère d'autres cas de terminaison fatale que celui publié par Poland (1), où la ponction fut suivie d'une péritonite mortelle. Encore, dans ce cas, s'agissait-il d'un simple diverticule péritonéal, qui venait au contact de la vaginale, mais sans communiquer avec elle.

L'oblitération du canal vagino-péritonéal peut se faire directement, car l'effet du bandage inguinal compressif est tout à fait aléatoire. On peut, en faisant une légère incision au niveau de la partie supérieure du cordon spermatique, isoler le canal et le sectionner entre deux ligatures : les cas de Southam et Arnison (2) ont été suivis d'un plein succès, sans même qu'il y ait eu lieu d'intervenir du côté de la vaginale. Dans les deux cas, au bout de quelques jours, la plaie était fermée, et, au bout de quelques semaines, la résorption complète.

Aujourd'hui, nous sommes, grâce à l'antisepsie, en possession d'une méthode fort efficace, mais plus délicate que les précédentes. C'est le traitement par l'ouverture large, absolument analogue à celui qu'on emploie pour l'hydrocèle simple. On ouvre la vaginale, on la nettoie soigneusement et on ferme ensuite la plaie par un ou deux plans de sutures, en y laissant un drain. Il se développe, au niveau du canal, une inflammation adhésive, le trajet s'oblitère, la guérison se fait en quelques jours, et le liquide disparaît. Ce procédé est certainement excellent lorsqu'il est appliqué avec toutes les précautions désirables, mais il ne nous paraît nécessaire que dans quelques cas, chez l'adulte, en particulier, alors qu'on a des chances de trouver dans la vaginale la cause de l'épanchement qu'il est alors possible de faire disparaître.

Mais si la cause de la maladie réside dans le péritoine, il nous semble inutile d'ouvrir largement la vaginale et d'y laisser un drain. La ligature du canal vagino-péritonéal est alors suffisante. Si le liquide, une fois renfermé dans la vaginale ainsi séparée, tardait à se résorber, rien n'empêcherait alors de le faire disparaître par une injection de teinture d'iode ou de chlorure de zinc.

Nous savons bien que l'isolement du canal vagino-péritonéal est parfois difficile. La difficulté est bien moindre quand on a soin de le disséquer avec les doigts. Il se sépare alors assez bien des éléments du cordon.

Cet isolement est plus facile, évidemment, quand la vaginale est ouverte, mais la chance d'éviter des accidents, quelque rares que soient ces derniers, vaut bien que l'on se donne la peine de chercher le canal vagino-péritonéal au milieu du cordon. Et, d'ailleurs, si on ne peut le trouver, on est toujours à temps d'ouvrir la vaginale et d'aller à la recherche du canal, par son orifice inférieur.

D'autre part, si l'on guérit son malade par la simple ligature du canal de communication, on évite ainsi l'adhérence des deux feuillets de la tunique vaginale, et on rend à celle-ci sa disposition normale, ce qui, en l'espèce, ne saurait être considéré pour le malade comme une satisfaction purement platonique.

(1) Poland. Loc. cit.
(2) Arnison. Loc. cit.

DE LA NATURE INFECTIEUSE DU CANCER

Par M. le docteur A. Rémond (de Metz).

L'étiologie du cancer est encore entourée d'une grande obscurité. Tandis que les anatomo-pathologistes, Cohnhein en tête, ont, en général, ou avaient, il y a encore peu de temps, de grandes tendances à attribuer à ces tumeurs une origine embryonnaire, les bactériologistes ont voulu trouver une autre explication dans le domaine nouveau de la microbie. Encouragés par une expérience ancienne de Langenbeck, plusieurs auteurs ont cherché à voir si la nature infectieuse du carcinome était susceptible d'une démonstration expérimentale. Dès le début de ces travaux, l'idée dominante fut d'ailleurs que cette démonstration était possible. On alléguait, à l'appui de cette théorie, le cas de Langenbeck, auquel nous venons de faire allusion plus haut. On citait, en outre, un cas où le trajet d'un trocart, qui avait servi à ponctionner l'ascite d'une péritonite cancéreuse, avait servi de point d'inoculation et de lieu de développement à de nouvelles tumeurs. Enfin, les idées régnantes, puissamment modifiées par les découvertes de M. Pasteur et de Koch, ainsi que la tendance à réagir contre les théories anciennes, ont amené les expérimentateurs, principalement les étrangers, à chercher la clef de ce problème étiologique.

Deux marches expérimentales étaient possibles, ou bien faire pour le carcinome ce que Villemin avait fait pour la tuberculose, et arriver ainsi à démontrer la nature infectieuse du mal, avant d'établir la cause prochaine de cette infection ; ou bien franchir, dès le début, cette première étape, considérer la nature infectieuse comme un fait acquis, et, cherchant alors l'agent pathogène, reproduire expérimentalement le cancer avec un microbe, comme Koch avait reproduit le tubercule avec le bacille qui porte son nom.

Volontairement ou non, cette division des méthodes a été réalisée par les expérimentateurs. Quels sont les résultats obtenus dans ces deux voies et quelles conclusions le spectateur peut-il tirer des faits que chacun des deux camps lui a apportés à tour de rôle ? Tel est l'objet de cette revue.

I

L'idée de faire reprendre un tissu fraîchement enlevé sur une autre région de l'individu qui en était porteur, ou sur un autre individu, n'est pas nouvelle. D'abord simplement physiologique, cette expérience fut tentée, en 1839, par Philips, avec certain succès (1). Après lui, Ollier et Brown-Séquard (1860), puis Paul Bert (1863-1866), Reverdin (1871), donnèrent au procédé de la greffe animale une grande perfection. Mais, si la transplantation d'un tissu normal se faisait facilement, il n'en était pas de même lorsqu'on voulait employer les tissus carcinomateux. Sans remonter aux expériences de Peyrilhe (1773) qui échoua en introduisant sous la peau d'un chien du suc exprimé d'une mamelle cancéreuse, ni nous arrêter au travail de Dupuytren qui fit manger en vain du carcinome par des chiens, et même leur injecta du pus cancéreux dans les veines, sans obtenir de généralisation, nous devons signaler les tentatives d'Alibert, de Biett, de Lenoble, de Payet qui s'inoculèrent à eux-mêmes, sans aucun succès, la matière cancéreuse. Langenbeck (2) obtint des noyaux cancéreux dans le poumon d'un chien, auquel il avait injecté dans les veines une émulsion de cancer de l'humérus. Virchow fut d'avis que les tumeurs observées étaient du cancer primitif de l'animal, et non le résultat de l'expérience. Cohn (3) rapporte un fait analogue, mais plus complet, et qui se rapproche de celui de Follin (4), lequel injecta, le 28 novembre 1848, le suc d'un cancer, enlevé par Velpeau, dans la veine jugulaire droite d'un chien. L'animal présenta à l'autopsie des granulations cancéreuses du poumon, du foie et du cœur.

Mais ces succès étaient plus apparents que réels ; ils évoquent plutôt l'idée d'une méthode expérimentale insuffisamment rigoureuse, que celle d'un fait absolument acquis. La difficulté que l'on éprouva ensuite à reprendre ces essais, le doute émis par Lebert lui-même sur la valeur absolue de l'expérience de Follin, à laquelle il avait collaboré, ne permettent pas d'accorder une foi bien grande à l'authenticité des résultats.

Weber et Goujon, dont Hénocque (5) a rapporté et analysé les travaux, ne semblent pas non plus avoir obtenu des résultats bien probants.

Nous arrivons ainsi à une époque plus récente. En 1881, Léopold [de Leipsick] (6) essaya de greffer de l'enchondrome, mais ni lui, ni Fisher, qui reproduisit son expérience (7), n'obtinrent de résultats.

Dans une thèse de Halle, Erbre (8) rappela les travaux de Doutrelepont et montra que cet auteur essuya, en réalité, sept échecs successifs, ainsi que Köster, dont les tentatives pour greffer du cancer de chien sur le chien, le lapin, le cobaye et le poulet, restèrent également infructueuses.

Les recherches de Zahn (9), sur le sort des tissus implantés dans l'économie, ne furent pas davantage couronnées de succès. Après avoir réussi à greffer du cartilage embryonnaire, et constaté l'accroissement du tissu nettement implanté, Zahn essaya de faire reprendre des débris d'enchondrome dans la chambre antérieure de l'œil droit d'un lapin. Mais l'expérience, réussie avec un tissu normal, échoua avec des débris de tumeur, aussi bien cartilagineuse que sarcomateuse ou carcinomateuse. L'auteur s'était, en effet, rejeté sur ces deux dernières espèces de néoplasmes, après son premier insuccès.

L'année suivante, en 1887, MM. Ch. Monod et Arthaud (1) firent observer que ces faits venaient confirmer la théorie de Cohnheim sur l'étiologie du cancer. Le même appui était encore apporté à cette théorie par M. Masse (2) [de Bordeaux] qui expliquait, par une auto-greffe épidermique, la pathogénie de certains kystes iriens. Gross (3) [de Nancy] regardait certaines tumeurs épithéliales, siégeant principalement au pouce, comme le résultat de greffes épidermiques profondes à la suite de blessures ayant entraîné des lambeaux cutanés dans les tissus sous-jacents. M. Malassez (4) avait également montré que beaucoup de tumeurs du maxillaire supérieur, entre autres certains épulis, ne peuvent s'expliquer que par l'inclusion de débris épithéliaux de la lame dentaire. Pour MM. Monod et Arthaud, il n'y avait donc pas à chercher, dans la pathogénie des néoplasmes, autre chose que ce que Cohnheim avait vu, et il ne semblait pas que les tumeurs pussent être dues à des éléments parasitaires capables d'être transplantés d'un sujet à l'autre.

Mais dès 1888, Wehr (5) obtint ou crut obtenir, par inoculation, des nodules carcinomateux qui semblèrent se développer pendant quelque temps ; malheureusement ils disparurent ensuite. Dans un post-scriptum, Wehr prétend que, chez un des chiens en expérience, il se produisit des tumeurs secondaires au voisinage du point d'inoculation et même que les ganglions se tuméfièrent. En l'absence de tout examen histologique, le chien étant encore en vie au moment où l'auteur publia cette note, nous ne pouvons que rester sur la réserve.

Enfin et pour ne pas parler des expériences de Hahn qui réussit à greffer, sur les parties saines d'un thorax humain, des débris d'épiderme malade, pris sur un cancer en cuirasse, ce en quoi il ne fit guère autre chose qu'une greffe épidermique (Virchow), nous arrivons aux expériences toutes récentes de Hanau (6).

Cet auteur recueillit, le 28 novembre 1888, sur une femelle de rat blanc, une tumeur qui fut examinée au microscope. On trouva un cancer à lobes épidermiques. Ce ne fut qu'une preuve à l'appui des résultats de la nécropsie, au cours de laquelle la généralisation très nette de la tumeur avait déjà fait présumer sa nature infectieuse. Les ganglions tuméfiés furent excisés et, sur deux d'entre eux, Hanau enleva avec précaution un fragment du centre, fragment qu'il inocula dans le scrotum de deux rats : le 14 janvier 1889, un des deux rats mourut. La cicatrice de l'incision fut impossible à trouver. Mais, à l'autopsie, on rencontra, sur l'épiploon inguino-scrotal et sur le grand épiploon de l'ani-

(1) Philips. *Esquisse physiologique des transplantations cutanées.* Bruxelles, 1839.

(2) Langenbeck. *L'Expérience*, 1840, t. V, p. 289.

(3) Cohn. *Klinik des embolischen Gefæsskrank*, p. 362. Berlin, 1850.

(4) Follin. *Pathologie externe*, t. I, p. 303.

(5) Hénocque. *Gazette hebdomadaire*, 1869.

(6) Léopold. Étiologie der Geschwulst, *Arch. f. Pathol.*, 1881, p. 283.

(7) Fischer. *Deuts. Zeitschr. f. Chir.*, 1881.

(8) Erbré. *Diss. Verbeitung der Carcinome duch Implantation*, 1884.

(9) Zahn. Sur le sort des tissus implantés dans l'économie, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1886, p. 205, 359, 417.

(1) Ch. Monod et Arthaud. *Revue de chirurgie*, 1887, p. 165.

(2) Masse. Des greffes, *Montpellier médical*, 1881.

(3) Gross. Tumeurs perlées des doigts, *Revue médicale de l'Est*, 1884.

(4) Malassez. *Archives de physiologie*, 1885, 15 février, 15 mars, 15 novembre.

(5) Wehr. Congrès de chirurgie allemande, 1888.

(6) A. Hanau. *Fortschritte der Medicin*, mai 1889, p. 321.

mal, une grande quantité de noyaux, dont la dimension variait du volume d'un grain de poivre à celui d'une cerise, un autre avait la taille d'une noisette. L'épiploon était épaissi, les granulations se retrouvaient encore sur la face inférieure du lobe gauche du foie, et dans les mésos de la rate. A l'examen histologique, on trouva du carcinome identique à celui qui avait servi pour faire l'inoculation.

L'autre rat restait bien portant. Le 28, on fit son autopsie après lui avoir coupé le cou. Dans le scrotum, dont la cicatrisation s'était opérée normalement, on trouva deux tumeurs. La première mesurant environ 8 millimètres sur 3, située sur la queue de l'épididyme, fut enlevée et l'examen histologique montra que l'on était en présence d'un carcinome à globes épithéliaux. La seconde, plus petite, située sur le *gubernaculum testis*, était formée à sa surface par une couche d'épithélium plat, épais et corné, débordant sur les bords ; cet épithélium reposait sur des papilles conjonctives hypertrophiées et séparées elles-mêmes par des traînées épithéliales, renfermant, çà et là, des masses de cellules groupées en globes.

L'auteur a repris de ces tumeurs et a cherché à les inoculer à nouveau. Il n'a pas encore publié les résultats de cette seconde série d'expériences qui ont consisté à inoculer les tumeurs fraîches du second rat, dans le scrotum d'un vieil animal de même race, et dans la chambre antérieure des deux yeux d'un fort lapin.

Ces résultats seraient assurément fort curieux si, malheureusement, les deux sujets mis en présence n'appartenaient pas à la même famille que la femelle morte la première et qui n'était pas le seul animal cancéreux de la série. Sans vouloir outre mesure invoquer l'hérédité des diathèses, il y a là une circonstance fâcheuse au point de vue critique. La seconde objection, qui paraît à première vue susceptible d'être présentée, est qu'il n'y a peut-être là que des phénomènes de greffe. Cependant la généralisation sur presque tout le péritoine, dans le premier cas, la présence de deux tumeurs au point d'inoculation d'un seul fragment, dans le second, permettent à l'auteur de repousser assez victorieusement ce reproche. Quoi qu'il en soit, que le terrain ait été favorablement disposé à recevoir l'inoculation par une aptitude héréditaire, que la greffe réussie de la tumeur ait été l'origine d'une généralisation rapide, ou le coup de fouet sous l'influence duquel se serait généralisée une autre tumeur, d'ailleurs non signalée, nous ne pouvons que nous tenir sur la réserve. Si le troisième rat s'infecte, on pourra encore objecter à Hanau qu'il aurait mieux fait de changer la famille de ses sujets ; si l'inoculation sur le lapin échoue, il ne sera pas démontré que le cancer du rat est inoculable à une autre espèce animale, mais il ne sera pas démontré non plus qu'il ne peut être inoculé entre animaux de même race.

LA MALADIE DE PARKINSON HÉMIPLÉGIQUE.

Par M. le docteur P. Berbez, chef de clinique adjoint de la Faculté.

Conclusions. — La maladie de Parkinson peut, à une période de son évolution, simuler l'hémiplégie d'origine cérébrale;

Cette forme hémiplégique peut être reconnue si on l'étudie en elle-même et si l'on s'aide des commémoratifs;

Cette forme spéciale ne correspond nullement à une lésion déterminée connue, pas plus que la maladie de Parkinson elle-même. (*Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 août 1889. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un compte rendu des épidémies observées en 1888 dans les départements de la Creuse, de Maine-et-Loire et des Hautes-Pyrénées ;

2° Une demande de 300 tubes de vaccin à fournir chaque année au département des Vosges.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE.

M. Lancereaux adopte d'une façon générale les conclusions formulées par les membres de la commission du dernier Congrès de la tuberculose. Il leur reproche seulement d'avoir peut-être trop dédaigné la clinique au profit de l'expérimentation. La contagion joue un rôle incontestable dans la propagation de la tuberculose ; mais ce rôle est absolument secondaire, et la dissémination de la tuberculose est favorisée par une série de causes nombreuses, au premier rang desquelles il faut citer : la mauvaise hygiène, l'habitation au milieu d'une population trop dense, dans des locaux trop restreints, la misère et l'alcoolisme.

Parmi ces éléments multiples de propagation de la tuberculose, la contagion ne joue qu'un rôle absolument restreint.

Il conviendrait, contrairement à ce qu'a dit M. Dujardin-Beaumetz dans la dernière séance, de modifier en sens inverse la première phrase formulée par la commission et dire : La tuberculose est une maladie des plus fréquentes, surtout dans les grands centres.

Pour devenir tuberculeux, il faut : 1° un organisme prédisposé ; 2° la pénétration dans son intérieur d'un parasite spécial.

Parmi les causes prédisposant à la tuberculose, l'alcoolisme est une des plus puissantes, l'air confiné dans lequel vivent l'ouvrier à l'atelier, ou l'enfant à l'école, est encore une des causes facilitant le développement de la tuberculose.

Il convient donc, tout en proscrivant les aliments d'animaux tuberculeux, tout en s'entourant de toutes les précautions pour empêcher la dissémination des crachats, de ne pas perdre de vue que le médecin et l'hygiéniste ont surtout prise sur l'organisme du malade et qu'ils obtiendront de meilleurs résultats encore s'ils ne s'adressent pas seulement à l'agent de contagion, mais à la force de résistance des individus pouvant être contagionnés.

M. Villemin résume en quelque sorte la discussion. Il constate que tous les orateurs précédents sont d'accord sur les dangers qui proviennent des matières expectorées par les phthisiques. Il rappelle qu'il y a vingt ans déjà, à cette tribune, il démontrait cette virulence des crachats ; mais il a toujours admis que les crachats liquides étaient peu nuisibles et qu'ils ne devenaient dangereux que par leur dessèchement et la dissémination de leur poussière à travers l'atmosphère. M. Sée n'a donc fait qu'approuver les opinions déjà émises. Il serait même bon, ajoute M. Villemin, que les chemins de fer, surtout ceux qui transportent les phthisiques dans les stations hibernales, fussent soigneusement désinfectés. Dans ces trains, les crachats qui souillent les tapis et les planchers, se dessèchent, et, sous l'influence de la trépidation, forment des poussières qui peuvent devenir une source d'infection.

De ce que la contagion soit moins fréquente par les substances alimentaires que par les crachats, est-ce une raison pour rejeter toute précaution, surtout lorsqu'elles sont simples à prendre, comme pour le lait, par exemple?

Malgré l'opposition de MM. Dujardin-Beaumetz, G. Sée et Daremberg, il est indéniable que le suc de viande de certains animaux tuberculeux produise la tuberculose par l'inoculation. Toutes les recommandations faites au sujet de la viande ne s'adressent, évidemment, qu'au sujet de la viande d'animaux tuberculeux.

M. Villemin croit que la commission permanente de la tuber-

culose n'a rien avancé qui ne soit une déduction rigoureuse des faits révélés par l'observation et l'expérimentation.

M. LE PRÉSIDENT croit que cette question a besoin d'être mûrement étudiée, et se propose de renvoyer cette question à une commission composée de partisans et d'adversaires des conclusions de la commission de la tuberculose.

(La proposition est adoptée et la Commission se compose de MM. Villemin, Verneuil, Cornil, Dujardin-Beaumetz et G. Sée.)

COMMUNICATIONS

Opérations de néphrectomie, de néphrolithotomie et de néphrorrhaphie. — **M. DOYEN** (de Reims) lit la relation de dix opérations de néphrectomie, de néphrolithotomie et de néphrorrhaphie.

La lèpre en Orient. — **M. ZAMBACO** n'est pas convaincu de la contagiosité de la lèpre, admise, cependant, aujourd'hui, d'une façon presque générale; il n'a jamais observé un cas de contagion, ni en Turquie, ni dans les autres pays d'Orient, il convient donc de ne pas s'alarmer, de ne pas effrayer les populations, car, même si la lèpre était contagieuse, ce qui est loin d'être démontré, elle ne le serait que très rarement et dans des conditions tout à fait exceptionnelles.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 13 août 1889, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Rimbert, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— Par arrêté ministériel, en date du 14 août 1889, ont été nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Chatelain, à Paris; Imbert, à Castellane; Selle, à Paris.

— Le prochain Congrès de dermatologie et de syphiligraphie se tiendra à Vienne, en 1892.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le massage de l'utérus, par le docteur NORSTRÖM. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1888, par le docteur BOURNEVILLE, médecin de l'hospice de Bicêtre, et MM. COURBARIEN, RAOULT et SOLLIER, internes. Tome IX de la collection : vol. in-8°, de LIX-92 pages avec 25 fig. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Anatomie topographique du duodénum et hernies duodénales, par M. JONNESCO, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 107 pages, avec 13 planches et 21 figures hors texte. — Prix : 3 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LUYS.

Accouchement en état de fascination; insensibilité complète pendant la période d'expulsion; régularisation des contractions; amnésie totale au réveil.

Par M. le docteur DE GRANDCHAMPS,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire de M. le docteur Luys.

Ernestine B..., dix-sept ans, blanchisseuse, est entrée le 29 décembre 1888, dans le service de M. le docteur Luys, à l'hôpital de la Charité.

Cette jeune femme n'est nullement hystérique et n'a jamais présenté aucune manifestation névropathique quelconque. Son père et sa mère sont bien portants. Elle a trois frères et trois sœurs, tous d'une santé parfaite. Personne dans la famille n'a jamais eu de maladie nerveuse.

Elle est enceinte de cinq mois, et son état de grossesse l'empêchant de travailler régulièrement, elle est venue réclamer le secours de l'hôpital. Elle a souffert de privations; elle est pâle, amaigrie, présente un bruit de souffle anémique dans les vaisseaux du cou. Du reste, aucune lésion organique. La constitution est bonne. C'est une personne robuste et paraissant de trois ou quatre ans plus âgée qu'elle ne l'est en réalité. Elle n'a jamais été hypnotisée.

Un des principaux caractères de l'état spécial que nous obtenons journellement dans le laboratoire d'hypnothérapie de la Charité étant l'insensibilité à la douleur, l'idée nous vient d'hypnotiser cette jeune femme pour lui éviter, quand le moment sera venu, les souffrances de la parturition. Séance tenante, nous l'endormons en quelques minutes, sans la moindre difficulté, par l'action d'un miroir rotatif, et d'emblée elle présente, de la manière la plus complète, les trois principaux caractères de l'état de fascination : anesthésie, catalepsie, suggestibilité.

Ernestine B... est hypnotisée ainsi deux ou trois fois par semaine. Cette médication ne tarde pas à produire les meilleurs effets. Les couleurs et l'embonpoint reparaissent; l'appétit et le sommeil sont excellents; toutes les fonctions s'exercent à souhait et la grossesse poursuit peu à peu son cours de la façon la plus normale et la plus régulière.

D'après l'examen de la femme et les renseignements fournis, nous avions fixé l'époque de l'accouchement entre les dates extrêmes du 25 avril et du 14 mai.

Dans la nuit du 30 avril au 1er mai, elle est prise des premières douleurs et passe aussitôt, comme cela a été convenu, dans le service de M. le docteur Budin, accoucheur de la Charité, qui s'est intéressé à cette expérience et qui a bien voulu mettre à notre disposition une des salles spéciales de son service. L'accouchement a eu lieu le 1er mai, vers dix heures et demie du matin, sous la direction de M. Buscarlet, son interne.

A notre arrivée à la Charité, à neuf heures du matin, nous trouvons la femme en travail. La dilatation du col est terminée et la période d'expulsion commence. Jusqu'ici les choses se sont passées comme elles se passent toujours en pareil cas. Les contractions se produisent à intervalles irréguliers et sont douloureusement ressenties, comme l'indiquent les cris de la parturiente. Nous notons ce fait pour bien indiquer qu'elle n'est nullement insensible à la douleur pendant l'état de veille. Son agitation, ses souffrances ont été jusqu'à présent ce qu'elles sont chez toutes les femmes en couches.

Mais à partir de ce moment, la scène change : je profite de l'intervalle de deux contractions pour pratiquer la fascination qui s'effectue sans hésitation. Je suggère aussitôt de s'aider, de pousser vigoureusement lorsque la contraction se produira, mais de ne plus sentir la douleur. Dès lors, en effet, les efforts d'expulsion se manifestent avec énergie, mais la patiente ne crie plus.

Au bout d'un moment, j'eus l'idée d'employer encore la suggestion pour activer le travail et régulariser les contractions. Je dis à la patiente : « Tu auras l'envie de pousser toutes les minutes. » L'ordre est exécuté et, de minute en minute, un effort se produit, suivi d'une période de repos qui dure jusqu'à la minute suivante. Ces poussées méthodiques et régulières ne tardent pas à amener la tête à la vulve. Il s'agissait d'une primipare ; craignant la trop grande rapidité de l'expulsion, je dis : « A présent, arrête-toi ; ne pousse plus. » Aussitôt elle cessa de faire effort et la sortie de la tête et du tronc s'effectua lentement, sans intervention active de sa part. Le placenta vint ensuite de la manière la plus normale.

On donna les soins usités à la mère et à l'enfant, et, au bout d'un quart d'heure, tout était terminé ; la mère se réveilla absolument inconsciente de tout ce qui s'était passé depuis mon arrivée. Sa première parole fut celle-ci : « Où donc est mon ventre ? » On lui montra l'enfant dans le berceau et elle fut grandement étonnée de se voir ainsi délivrée sans avoir ressenti la moindre douleur.

L'enfant est une fille superbe pesant 3k800. Les suites de l'accouchement ont été aussi satisfaisantes que possible. La mère et l'enfant ont quitté la Charité dans les délais ordinaires et dans les meilleures conditions. La mère, excellente nourrice, est revenue plusieurs fois, depuis sa sortie, nous témoigner sa reconnaissance et sa satisfaction.

Nous avons tenu à signaler simplement ce fait intéressant sans vouloir insister en aucune façon sur les enseignements

qu'il comporte. Chacun de nos confrères accoucheurs est à même d'apprécier les indications ou contre-indications d'après lesquelles ce nouveau mode d'anesthésie pourra être employé en obstétrique, de préférence aux procédés actuellement en usage. Nous ferons remarquer seulement que la modification de l'état du système nerveux produite chez Ernestine B... par l'action du miroir rotatif, n'a que des rapports éloignés avec les états classiques du grand hypnotisme, décrit par les auteurs sous le nom de léthargie, catalepsie, somnambulisme. C'est un état superficiel, facile à provoquer, ne présentant aucun danger et dont le seul inconvénient est de ne pas se prêter, en général, à un emploi extemporané, car, pour qu'on puisse être certain de l'obtenir avec plein succès au moment voulu, il sera nécessaire le plus souvent de pratiquer quelques séances préalables de préparation.

KYSTE SOUS-PÉRITONÉAL

PROBABLEMENT D'ORIGINE OVARIQUE; ABLATION; GUÉRISON.

Par M. le docteur HEURTAUX (de Nantes),
Membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie.

Le titre de « Kyste sous-péritonéal » me paraît seul convenir au cas dont je vais relater l'histoire. Le siège de la tumeur était, en effet, singulier, et, avant d'entrer dans les détails de l'observation, je crois utile d'en dire quelques mots.

Le kyste occupait toute la zone sous-péritonéale répondant à la fosse iliaque droite, à la région du rein du même côté et aux vertèbres lombaires. Par sa partie inférieure, il s'engageait un peu dans l'excavation pelvienne, tandis que son extrémité supérieure s'étendait jusqu'au bord postérieur du foie. Dans son développement, la tumeur avait rejeté à gauche la masse intestinale entière, y compris le cæcum, qui fut trouvé, au moment de l'opération, bien à gauche de la ligne médiane. Le colon ascendant et la moitié droite du colon transverse avaient subi le même déplacement à gauche.

Ce n'était pas un kyste du ligament large : la tumeur ne s'enfonçait pas profondément dans la cavité pelvienne, et c'est tout au plus si une partie du feuillet postérieur du ligament large droit, attiré en haut, contribuait à recouvrir, dans une bien faible étendue, la partie inférieure du kyste.

S'agissait-il d'un kyste du mésentère, développé dans le méso-cæcum ou dans le méso-colon droit? Le siège de la tumeur pourrait y faire songer; mais la nature du liquide et l'aspect des parois n'étaient pas faits pour corroborer cette opinion. Le liquide extrait au moment de l'opération était visqueux, brun chocolat, en un mot tout à fait comparable à celui que l'on trouve communément dans les kystes ovariques, et les parois étaient bien telles qu'on les rencontre dans ce genre de tumeurs. Malheureusement, l'examen microscopique n'a pu être fait à temps; quand on s'en est occupé, le tissu avait subi une altération putride trop avancée.

Par la nature du liquide extrait de la poche et malgré son siège insolite, la tumeur semblait donc se rattacher aux kystes de l'ovaire. Mais une difficulté se présente : l'ovaire correspondant, tout à fait sain ainsi que la trompe, libre d'adhérences, indépendant de la tumeur, se trouvait à la partie inférieure et antérieure de celle-ci. En tenant compte de ces diverses particularités, on se trouve conduit à cette supposition que le kyste avait peut-être pris naissance dans un de ces ovaires surnuméraires ou accessoires dont l'existence n'est pas très rare. Je me borne à énoncer cette hypothèse, non susceptible de démonstration.

Le terme de kyste sous-péritonéal, qui ne préjuge ni la nature, ni le point de départ de la tumeur, me semble donc suffisamment justifié. Les caractères cliniques et les incidents opératoires ont présenté, comme on va le voir, des particularités assez exceptionnelles.

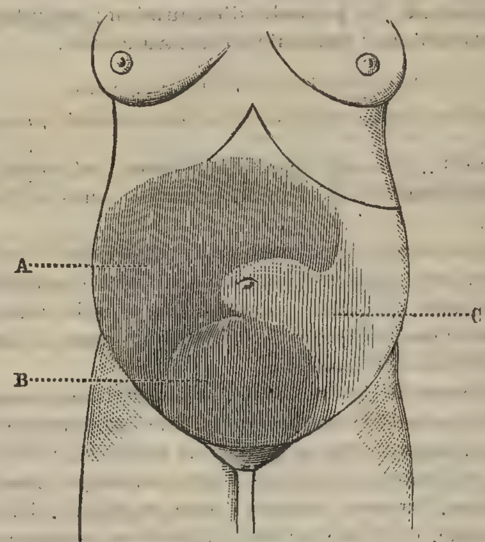
La veuve G..., âgée de vingt-cinq ans, domiciliée à Clisson, m'est adressée par M. le docteur Doussain, le 16 mai 1887, pour une tumeur du ventre, et fournit les renseignements suivants :

D'une santé toujours bonne, mariée à l'âge de vingt ans, elle a eu deux enfants : le premier, onze mois après son mariage; le second, dix-huit mois plus tard. Tous les deux sont morts en bas âge. Cette femme est devenue veuve il y a un peu plus d'un an.

Depuis environ deux ans, la malade a remarqué une augmentation progressive de volume du ventre, survenue sans aucune cause apparente et sans altération de la santé générale. Les règles ont manqué les deux derniers mois; jusque-là, elles avaient été normales. Point d'amaigrissement; pas d'enflure des jambes; digestions régulières.

Le ventre seul doit donc fixer l'attention.

L'abdomen, volumineux, présente 1m10 de tour au point le plus saillant, qui correspond à l'ombilic. Il renferme manifestement une tumeur molle, fluctuante, qui semble le remplir presque entièrement, sauf vers le flanc gauche.



A, B. Matité absolue. En B, la tumeur, plus saillante, donne l'apparence d'une masse surajoutée. — C. Région où la matité était plus profonde, à cause de l'interposition du cæcum, du colon ascendant et de la moitié droite du colon transverse.

La forme de cette tumeur n'est pas parfaitement régulière : dans la région comprise entre l'ombilic et le pubis, il existe, en effet, une saillie plus forte, comme si une masse arrondie était surajoutée en ce point à la surface de la tumeur. Une sorte de sillon ou de dépression sépare, à gauche et en haut, cette bosselure du reste de la tumeur. Dans cette dépression, qui comprend l'ombilic, une percussion superficielle donne une sonorité très nette qui se continue avec la sonorité du flanc gauche; mais si, au préalable, on exerce une certaine compression avec les doigts posés à plat, on a la sensation d'une sorte de gargouillement comparable à celui d'une hernie dont on opère la réduction, et l'on tombe sur une surface ferme, absolument mate. Quand la pression cesse, la sonorité superficielle reparaît aussitôt. Ainsi, une anse intestinale semble s'interposer entre la paroi abdominale et une partie de la tumeur; et le reste de la masse intesti-

nale paraît rejeté à gauche, où l'on trouve de la sonorité, tandis que le flanc droit est d'une matité absolue. La figure ci-dessus donne une idée exacte de la zone de matité.

Les mains, appliquées largement sur le ventre, ne parviennent pas à déplacer sensiblement la tumeur, ce dont on n'a pas lieu de s'étonner, vu la tension des parois abdominales. Dans ces explorations, on sent une fluctuation très nette dans toute l'étendue de la tumeur.

Par le toucher vaginal, on trouve l'utérus assez mobile; sa paroi antérieure paraît augmentée de volume, et l'on se demande si cela tient à la coexistence d'un fibrome ou d'une tumeur fibro-kystique de l'utérus. Les culs-de-sac du vagin sont tous libres.

Le toucher rectal ne fournit aucun renseignement particulier.

Je propose à la malade une opération; elle n'est pas immédiatement acceptée.

Le 9 juin, la veuve G... revient me voir. Les conditions générales n'ont pas changé, mais la tumeur a augmenté de volume : le ventre mesure actuellement 1m15 de tour. La malade se résigne à l'opération.

Opération pratiquée le 23 *juin* 1887, avec l'assistance de MM. les docteurs A. Malherbe et de Larabrie. Après une injection préalable de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine, la malade est soumise aux inhalations chloroformiques et la vessie vidée par le cathétérisme. Le ventre est soigneusement rasé et lavé, et l'on prend les précautions antiseptiques les plus minutieuses.

Incision médiane de la paroi abdominale, commençant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et s'arrêtant à environ 4 centimètres du pubis.

Lorsque le péritoine est ouvert, la surface du kyste nous offre un aspect particulier qui nous frappe aussitôt : dans toute la partie visible, la tumeur semble revêtue d'un feuillet séreux, assez mobile, et tout d'abord nous ne comprenons pas le motif de cette disposition. La main, introduite avec ménagement entre la paroi abdominale et le kyste, pour rechercher s'il existe des adhérences et déterminer les connexions de la tumeur, rencontre bien vite, à gauche, un obstacle qui l'arrête. A droite, la main s'avance plus loin; mais elle est encore arrêtée dans une sorte de cul-de-sac, qui répond, en bas, à la partie moyenne de la fosse iliaque et monte suivant une ligne verticale jusqu'au voisinage du foie.

Le gros trocart étant plongé dans le kyste, on extrait 9 litres d'un liquide visqueux, couleur café, analogue à celui de la plupart des kystes de l'ovaire.

A la suite de cette évacuation, la tumeur étant considérablement réduite de volume, on explore le ventre avec plus de facilité et l'on reconnaît la cause des particularités mentionnées tout à l'heure.

Le kyste n'est pas libre dans la cavité du ventre. Il s'est développé sous le péritoine; et comme l'incision faite aux parois du ventre est certainement insuffisante pour continuer l'opération, on la prolonge jusqu'au milieu de l'épigastre, en contournant à gauche la cicatrice ombilicale. On peut alors déterminer complètement les rapports de la tumeur avec les organes voisins : le cæcum, avec son appendice vermiculaire, se montre rejeté bien à gauche de la ligne médiane et appliqué étroitement sur le kyste; le colon ascendant a éprouvé le même déplacement, mais à un degré moindre vers son extrémité supérieure, en sorte que l'angle formé par le colon ascendant et le colon transverse occupe presque la ligne médiane. A cette partie du gros intestin, au colon ascendant et à la moitié droite du colon transverse, était due la sonorité trouvée avant l'opération dans la région ombilicale et se continuant vers le flanc gauche. Voici, en effet, quelle était, par rapport au kyste, la situation exacte de cette portion du gros intestin : en bas et à gauche, le cæcum fortement déjeté au delà de la ligne médiane; plus haut, le colon ascendant, se dirigeant obliquement vers l'ombilic; à l'ombilic, l'angle du colon ascendant avec le colon transverse; de l'ombilic vers le flanc gauche, plus de la moitié du colon transverse. Telles étaient les portions du gros intestin qui concouraient à la formation de cette zone sonore, s'avançant comme un promontoire entre la tumeur et les parois du ventre. Ces parties d'intestin étaient appliquées sur le kyste et immobiles, par suite de l'écartement des feuillets de leurs mésentères. Entre le cæcum et le colon ascendant, d'une part, et le colon transverse, d'autre part, existait un espace triangulaire où s'insinuait une portion de l'intestin grêle.

A la partie antérieure du kyste, une anse d'intestin grêle adhère à la tumeur.

La base de la tumeur, naturellement fort large, occupe pour ainsi dire toute la hauteur de la paroi postérieure de l'abdomen. En haut, elle s'avance jusqu'au bord postérieur du foie, sous lequel même elle s'insinue. En bas, le kyste a modifié la disposition du ligament large; le feuillet postérieur a été attiré par la tumeur, mais le ligament large n'est pas complètement effacé. On trouve, en bas et en avant, l'ovaire droit avec sa trompe, complètement sains et indépendants de la tumeur. A droite, le kyste se confond, comme nous le disions tout à l'heure, avec la partie moyenne du flanc; à gauche, il dépasse un peu la colonne vertébrale.

A ce moment de l'opération, on se rend un compte exact de la situation et des rapports du kyste, et l'on se demande s'il sera possible d'en faire l'extraction complète. L'opération radicale est tentée néanmoins.

La portion de péritoine, qui recouvre le kyste et lui constitue en avant une sorte d'enveloppe, est si étendue qu'elle serait beaucoup trop grande pour la surface à tapisser après l'opération Pour obvier à cet inconvénient, à la partie antérieure de la tumeur on trace deux incisions semi-elliptiques circonscrivant un lambeau péritonéal, à grand diamètre vertical, qui sera sacrifié. A partir de ces deux incisions, on dissèque le kyste, en dedans et en dehors, tantôt avec le bistouri, tantôt avec le thermocautère, de préférence avec ce dernier instrument. Toutes les fois que la chose est possible, on procède par énucléation; mais cette dernière manœuvre n'est applicable que dans une faible étendue, à cause de l'intimité des connexions établies entre les parois du kyste et le feuillet péritonéal qui les recouvre. A mesure que l'on se rapproche de la base de la tumeur, le tissu interposé est plus dense, en sorte qu'on est contraint d'user d'une grande prudence pour mener à bien cette dissection sans pénétrer dans la cavité du kyste et sans léser les organes voisins. Parmi ceux-ci, il faut particulièrement mentionner la veine cave inférieure, qu'il fallut dénuder dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Pour disséquer avec plus de précision les parties profondes du kyste et côtoyer ses parois, je me suis bien trouvé de la manœuvre suivante : ayant fait au kyste une ouverture assez large, j'ai introduit dans sa cavité la main et l'avant-bras, ce qui m'a permis de suivre avec netteté la marche de l'instrument, tantôt maintenant les doigts appliqués à plat à la face interne du kyste, tantôt prenant à pleine main sa paroi et l'attirant, pour en faciliter la dissection et le décollement.

Enfin, la tumeur put être entièrement enlevée; mais ce travail a été laborieux, surtout du côté du ligament large et au niveau du bord postérieur du foie. Dans ces deux régions, les connexions du kyste étaient plus intimes, et il s'y trouvait des vaisseaux nombreux et d'un gros calibre, notamment un certain nombre de sinus veineux très volumineux. Au cours de la dissection, chaque vaisseau était saisi avant d'être divisé. En dehors des deux régions que je viens de mentionner, les vaisseaux étaient petits et espacés. Des ligatures au catgut ont été placées sur tous.

Quand l'hémostase fut assurée, on lava, avec la solution phéniquée au 40e, la cavité du large foyer; les intestins furent remis en place et les parois du ventre suturées à l'aide de dix points de suture profonde (dont quatre fixés avec des boutons perforés) et de très nombreux points superficiels. La plaie étendue produite par la dissection de la tumeur devant nécessairement fournir une abondante exsudation séro-sanguinolente, deux gros drains parallèles furent laissés en place; leur extrémité profonde plon-

geait dans le foyer, l'autre fut fixée à la partie inférieure de la plaie du ventre. Le trajet intra-abdominal des tubes avait 23 centimètres. Pansement antiseptique : lavage avec la solution de sublimé, poudre d'iodoforme, gaze iodoformée, jute phéniqué ; larges pièces d'ouate et bandage de corps.

L'opération avait duré deux heures un quart ; et, pendant une heure un quart environ, presque toute la masse intestinale, déjetée à gauche et enveloppée dans des serviettes imbibées d'eau chaude, avait été maintenue hors du ventre par M. le docteur Malherbe. Le foie est resté sous nos yeux, exposé à l'air par toute sa face inférieure, pendant une bonne partie de l'opération.

Les suites de cette opération n'ont pas été simples. Il serait fastidieux et sans intérêt de rapporter jour par jour les moindres détails : je me bornerai à esquisser les faits principaux ; et avant de parler des accidents qui se sont succédé, je dois mentionner de suite comment a été dirigé le traitement de la plaie.

Le premier jour, les drains ont peu donné ; mais, le troisième jour surtout, l'écoulement séro-sanguinolent a été assez considérable pour nécessiter le changement des pièces du pansement.

Le 29 juin (six jours après l'opération), ablation des sutures profondes. Le 3 juillet, on enlève les sutures superficielles et l'un des tubes ; le 7 juillet, le second tube est enlevé. Dès le surlendemain, l'orifice qui livrait passage aux tubes est cicatrisé.

Quant aux accidents survenus après l'opération, ils se sont montrés le troisième, le quinzième et le soixante-sixième jour.

Le jour même de l'opération (23 juin) se passe assez bien. Le choc opératoire est presque nul : le visage est naturel ; les urines, évacuées toutes les six heures avec la sonde, sont assez abondantes ; dans la soirée, la température est à 38°2 et le pouls à 112.

Le lendemain, même situation.

Le troisième jour (25 juin), dans l'après-midi, il paraît se produire une poussée de péritonite : vomissements alimentaires et bilieux abondants, ventre ballonné et un peu douloureux, visage fatigué, mais non grippé. Le pouls s'élève à 130 pulsations. Un large vésicatoire est de suite appliqué transversalement sur la région de l'épigastre. On fait une légère injection de morphine. Régime : grog chaud, bouillon, champagne.

Le quatrième jour, les vomissements sont nombreux et il s'y joint une diarrhée fétide, abondante. Considérant cette évacuation comme favorable peut-être, on ne fait rien pour l'arrêter ; on se borne à donner matin et soir un demi-lavement à titre de lavage intestinal.

Le cinquième jour, amélioration très sensible : les vomissements et les garde-robes ont cessé ; le ventre est moins ballonné et la sensibilité dont il était le siège a à peu près disparu. Le pouls est redescendu à 104 pulsations.

Cette amélioration a progressé les jours suivants. Le pouls descend à 88 pulsations ; la malade demande à manger et à se lever ; mais, par mesure de prudence, on lui assigne le dix-septième jour comme limite de son repos au lit.

Or, le quinzième jour (8 juillet), sans aucune cause appréciable, la malade est reprise de fièvre et d'une diarrhée abondante, que l'on combat avec le bismuth et le laudanum.

Le 9 juillet, le pouls est à 140, la température monte à 39°5. Les évacuations, abondantes et fréquentes, amènent un affaiblissement considérable ; elles ne contiennent pas de pus. On donne du lait écrémé additionné d'eau de chaux et une dose quotidienne de 12 grammes de bismuth. En outre du lait, on fait prendre toujours une assez forte quantité de champagne et de grog.

Enfin, après huit jours de durée, la diarrhée cesse complètement ; elle est même suivie d'une constipation persistante que l'on est contraint de combattre par les lavements.

Dans les cinq semaines qui suivent (du 16 juillet au 20 août), la situation n'est pas absolument satisfaisante. La malade reste faible et maigre, elle n'a point d'appétit. Le pouls conserve toujours de la fréquence et, à partir de quatre ou cinq heures de l'après-midi, cette fréquence est plus marquée (entre 112 et 120). Cependant, la température est peu élevée, car le soir elle oscille entre 37°5 et 38°2. Jamais de frissons ni de sueurs.

On se demande s'il n'existe pas, en un point quelconque du ventre, un foyer phlegmasique susceptible d'entretenir cet état ; mais un examen attentif, renouvelé de temps à autre, ne révèle rien : le ventre est plat et souple, on n'y trouve aucun point douloureux ; au toucher vaginal, les culs-de-sac sont libres, l'utérus se montre toujours un peu gros comme au début, mais il est mobile et indolore. Rien non plus au toucher rectal.

Du 20 au 28 août, amélioration très marquée : le visage devient bon, les lèvres et les gencives plus colorées, le sommeil est parfait, la malade reprend de la gaieté et demande à manger et à se lever. Le pouls varie de 100 à 108, la température oscille entre 36°8 et 37°5. Tout semble présager un rétablissement définitif.

Le 28 août au matin (soixante-sixième jour), la malade est prise de coliques très vives, accompagnées d'une perte de sang abondante ; et, après trois ou quatre heures de souffrances, elle expulse un fœtus de 15 centimètres (ayant par conséquent environ trois mois). Ce fœtus est macéré et flasque ; sa mort doit remonter à plusieurs semaines. Les membranes de l'œuf sont expulsées en même temps.

Immédiatement et les jours qui suivent, on fait des injections vaginales antiseptiques au sublimé, à 1/2000e.

A partir de ce jour, la santé s'est promptement améliorée et consolidée. La malade est retournée chez elle dans les premiers jours d'octobre.

Ayant eu récemment l'occasion de la revoir (décembre 1888), je l'ai trouvée avec les apparences de la santé la plus florissante. Les règles viennent régulièrement et avec leur abondance ordinaire.

Les caractères cliniques présentés par cette malade et les connexions du kyste donnent lieu à d'intéressantes considérations.

La fluctuation, très nette dans toute l'étendue de la tumeur, ne permettait pas de douter de l'existence d'un kyste. Mais quels en étaient le siège et la nature ? Tout en considérant comme probable qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire, je conservais des doutes sérieux à cause de la forme particulière du ventre et de la zone de matité. Il n'est pas habituel de trouver, dans un kyste ovarique, le ventre déformé comme il l'était chez cette femme. Il semblait, ai-je dit, qu'une masse eût été surajoutée à la tumeur principale, au point de faire bomber l'hypogastre en une saillie presque hémisphérique. Ajoutons à cela la sonorité superficielle au-dessus et à gauche et dénotant la présence, dans le sillon intermédiaire à la saillie hypogastrique et à la tumeur principale, d'une ou plusieurs anses intestinales, qui semblaient regagner le flanc gauche à la moindre pression, et l'on reconnaîtra combien il était difficile de déterminer exactement la cause de particularités cliniques si exceptionnelles.

Pour qu'une telle dépression pût exister, j'étais disposé à croire à la présence de deux tumeurs : soit deux kystes ovariques, soit deux fibro-kystes, ou bien encore un seul kyste de l'ovaire et une tumeur fibro-kystique de l'utérus, et cette dernière supposition me semblait la plus probable.

Une pareille incertitude pouvait faire craindre des difficultés opératoires ; mais l'accroissement rapide de la tumeur et son gros volume commandaient l'intervention. Il était évident que la malade, abandonnée à elle-même, était vouée à une mort certaine et dans un terme sans doute peu éloigné.

J'appellerai particulièrement l'attention sur la situation et les rapports de la tumeur.

D'abord, et contrairement à ce que j'avais supposé, la tumeur était unique. Le kyste avait un peu la forme d'une gourde; mais la dépression intermédiaire aux deux lobes, due à la présence d'une partie du colon, était en réalité peu profonde et il n'existait, à son niveau, aucun indice de cloisonnement.

Les rapports de la tumeur avec l'intestin sont assez remarquables. Il est à noter que le kyste semblait développé principalement dans le mésentère du gros intestin, et surtout au niveau du cæcum. Le cæcum, en effet, avait subi le déplacement le plus considérable, puisqu'il était rejeté jusqu'au voisinage de la fosse iliaque gauche et que, à son niveau, le kyste offrait son maximum de développement. On pourrait admettre à la rigueur que du méso-cæcum, considéré comme centre, la tumeur a progressé, d'une part, vers le colon transverse, en s'insinuant entre les deux feuillets du méso-colon, qu'il a dédoublés; d'autre part, en bas, vers le ligament large. Toutefois, cette supposition du point de départ dans le méso-cæcum ne saurait être admise sans réserve, et il me semble plus probable que le kyste, primitivement développé dans la partie postérieure du ligament large, s'est glissé de proche en proche, en haut et en arrière, sous le péritoine, jusqu'à atteindre le bord postérieur du foie et passer au-devant de la colonne vertébrale. Ce qui me fait supposer cette évolution, c'est la nature du liquide et l'aspect des parois de la poche. Le liquide ressemblait de tous points, comme je l'ai dit précédemment, à celui des kystes ovariques ordinaires, et les parois de la poche rappelaient parfaitement la membrane des kystes de l'ovaire. Il n'est guère probable que l'on puisse trouver un liquide et des parois analogues dans certains kystes du mésentère.

Je ne crois pas non plus à l'existence d'un kyste du parovarium. Dans ces tumeurs, on a, il est vrai, par exception, rencontré un liquide brun et épais; mais je ne crois pas supposable qu'une pareille tumeur, dans son développement, ne commence pas par déformer le ligament large correspondant, par le faire disparaître en s'insinuant entre ses feuillets. Or, ici, l'ovaire et la trompe étaient absolument libres à la partie antéro-inférieure du kyste.

C'est ainsi, comme je le disais en commençant, que par exclusion je me trouve conduit à supposer un kyste né dans un ovaire surnuméraire, primitivement situé en arrière de l'ovaire normal, au-dessous du feuillet postérieur du ligament large droit.

M. Terrillon, dans son étude sur le *Rapport entre les kystes de l'ovaire et le ligament large,* fait remarquer que, « dans les cas où la tumeur occupe primitivement le ligament large du côté droit, elle pourra, en soulevant le péritoine et en effaçant ainsi progressivement les culs-de-sac, se mettre en rapport avec le cæcum et soulever cet organe, en le poussant en avant et en haut contre la paroi abdominale ». Dans mon observation, je rappellerai que les choses ne se sont pas passées de la même manière : le kyste n'était pas enclavé dans le ligament large; il s'était avancé directement en haut et en arrière, rejetant tout à fait à gauche le cæcum et le colon ascendant, en s'insinuant dans l'épaisseur de leurs mésentères et sous le péritoine qui recouvre la région du rein droit et de la colonne lombaire. Formant une grosse saillie à base large, on peut dire qu'il n'avait aucune portion libre dans la cavité péritonéale. Et, comme conséquence de cette situation élevée, au toucher vaginal on ne sentait rien de particulier, même dans le cul-de-sac vaginal droit; le col utérin était à sa place, non dévié, assez mobile; le toucher rectal ne fournissait aucun renseignement; enfin, les rapports du kyste avec l'utérus et la vessie n'étaient pas intimes, il n'y avait pas d'adhérences avec ces organes.

L'ablation d'une pareille tumeur devait être laborieuse; malgré les difficultés de la tâche, j'ai entrepris la décortication de la paroi. En y renonçant, il aurait fallu abandonner dans l'abdomen la plus grande partie du kyste, en suturer les bords aux parois abdominales et vouer ainsi la malade à une suppuration peut-être abondante et certainement prolongée. Je crois que cette pratique aurait été désastreuse. Naturellement, il était impossible de former un pédicule; les vaisseaux ont été saisis à mesure qu'ils se présentaient.

Il reste à dire un mot de la grossesse concomitante. J'avoue ne pas l'avoir soupçonnée. Deux faits cependant auraient pu, à cet égard, fixer l'attention : une légère augmentation du volume de l'utérus et l'absence des règles aux deux dernières époques. Mais le corps utérin, quoique un peu gros, n'offrait pas le volume que comporte d'ordinaire une grossesse de huit à dix semaines; et l'on trouve assez souvent, dans les kystes de l'ovaire, un allongement hypertrophique du corps utérin. Quant à la suppression des règles, elle n'a pas non plus une signification bien grande : Gallard a vu les règles supprimées, diminuées dans leur quantité ou éloignées dans leur apparition, dans environ un cinquième des cas (chez 32 malades sur 169 cas). Lawson Tait, de son côté, a fait la même remarque. La coexistence d'un kyste volumineux et d'une grossesse à son début est donc un point de diagnostic délicat et d'une solution difficile.

Dans le cas présent, ce qui frappe surtout, c'est la forme particulière de la tumeur, ses connexions et ses remarquables rapports. Quelle que soit l'opinion que l'on adopte au sujet de son point de départ et de sa nature, il reste un fait intéressant de chirurgie abdominale.

EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE. GUÉRISON

Par M. le docteur Lombard, de Terrasson (Dordogne).

Le 25 novembre dernier, je fus appelé en toute hâte, vers onze heures du matin, par un maître d'hôtel, pour un voyageur qui, après avoir pris quelques cuillerées de potage, s'était levé de table en titubant et en se plaignant de violentes douleurs à la tête et aux jambes.

Je le trouvai dans sa chambre, accoudé sur une table, les mains crispées, accusant une douleur atroce en arrière de la tête et ayant de temps en temps des mouvements saccadés. Pressé de questions, il finit par me dire qu'il avait avalé une forte dose de strychnine.

J'ordonnai immédiatement une émulsion avec 4 grammes d'essence de térébenthine à prendre par cuillerée à soupe de demi-heure en demi-heure; cette médication m'avait réussi dans un cas analogue.

Une heure après, je revois le malade qui présente les symptômes observés en pareil cas et de violentes convulsions. Il avait pu avaler seulement deux cuillerées de la potion et avait eu un ou deux légers vomissements. Je lui fais une injection de 3 milligrammes d'atropine. Pas de résultat. Vingt-cinq minutes après, j'en injecte 2 autres milligrammes.

Les crises continuent plus fortes et plus rapprochées, avec raideur de tout le corps dans l'intervalle. Je le soumis alors à des inhalations de chloroforme et je vis les crises convulsives dimi-

nuer d'intensité, puis de durée, et enfin se séparer par des intervalles de calme de plus en plus longs.

Au bout de trois heures, la respiration se faisait mieux, les crises étaient plus faibles et le malade pouvait ouvrir les yeux. Pupilles dilatées.

Le choroforme a été administré sur une compresse, à la dose de 4 à 5 gouttes, au moment où la crise se déclarait, et continué ainsi jusqu'à rémission. Il a été fait ainsi jusqu'à sept heures du soir, où le malade put prononcer quelques mots et avaler un peu de thé.

Les crises ne sont plus revenues et il n'est resté que des élancements dans les jambes, véritables secousses électriques qui revenaient de temps en temps, surtout du côté droit. Il se produisit alors quelques vomissements, peut-être causés par le chloroforme, qui empêchèrent le malade de prendre de l'huile de ricin.

La nuit fut relativement bonne. Le malade urina souvent et abondamment. Enfin, vers six heures du matin, il s'endormit d'un sommeil profond qui dura jusqu'à neuf heures. L'huile de ricin, prise à ce moment, provoqua une purgation assez abondante, et le lendemain matin, le malade put se lever et sortir, ne ressentant d'autre malaise qu'une courbature assez forte, conséquence naturelle de la gymnastique désordonnée à laquelle il s'était livré sous l'influence de la strychnine.

La dose qu'il avait avalée était, m'a-t-il dit, celle qu'on donne pour empoisonner un chien de forte taille.

Il prétend avoir souffert horriblement. Ce malade est âgé d'environ vingt-cinq ans, d'une bonne santé habituelle et nullement alcoolique.

THÉRAPEUTIQUE

De l'iodoforme à l'intérieur.

Il n'est plus besoin d'insister aujourd'hui sur l'heureuse influence du traitement de la tuberculose par l'iodoforme. Que la tuberculose ait limité son action à quelques régions circonscrites, qu'elle ait porté ses ravages jusque sur le poumon ou sur d'autres viscères, le sujet affecté n'en est pas moins un *tuberculeux* justiciable de la médication iodoformée.

Les doses à prescrire sont variables entre 5 et 10 centigrammes par jour. Il est cependant des malades qui supportent difficilement cette dernière dose, par laquelle il serait imprudent de commencer le traitement. Des nausées, des vomissements, des signes variés d'intolérance gastrique, de l'insomnie, des rêvasseries subdélirantes, un sentiment d'abattement et de faiblesse générale, une inappétence absolue, tels sont les signes habituels qui doivent mettre en garde. Il est donc plus sage de ne commencer que par une dose moyenne de 4 à 5 centigrammes, et, même à cette dose, il n'est pas rare de voir, pendant les premiers jours, les malades accuser une faiblesse passagère.

Cette médication doit être continuée et patiemment administrée, même alors que toute lésion tuberculeuse s'est depuis longtemps éteinte. Ce n'est qu'à cette condition que le malade pourra retirer quelque bénéfice durable de cette médication. Mais, dans la pratique, on a souvent à lutter contre la volonté des malades ou des parents, redoutant une accoutumance de l'organisme qui annule à la longue l'action du médicament. Dans ces cas, il est facile de céder à ce désir et de suspendre momentanément l'administration de l'iodoforme. Mais quelques jours par mois sont suffisants. Certains praticiens suppriment la médication un jour par semaine.

Il est, d'ailleurs, un moyen de contrôler la présence de l'iodoforme dans l'organisme. Quand un malade a été soumis depuis quelque temps au traitement iodoformé, ou bien qu'il a subi une injection d'éther iodoformé, l'iodoforme en excès s'élimine par les urines. Tant que cette élimination a lieu, il est inutile de renouveler l'injection éthérée, et il est possible de suspendre la médication interne.

Voici le procédé, simple et facile, de constater la présence de l'iodoforme dans l'urine. Dans un tube à expérience, on verse une quantité variable d'urine, la moitié du tube environ. On ajoute alors 1 à 2 centimètres cubes de chloroforme. Ce n'est qu'après l'adjonction du chloroforme, qu'il convient de verser quelques gouttes d'acide nitrique.

Sous l'influence de l'acide, l'iode est mis en liberté dans l'urine, et se dissout dans le chloroforme. Le phénomène est favorisé, si l'expérimentateur a le soin, après avoir obturé le tube avec le pouce, de l'agiter vivement et à plusieurs reprises. En moins d'une minute de repos, le chloroforme se rassemble au fond du tube en une couche *violacée* s'il y a de l'iode dans l'urine, absolument *transparente* s'il n'y a pas de trace de préparation iodée.

C'est donc là un moyen de contrôle fort commode, pour savoir si un malade se trouve toujours sous l'influence de la médication iodoformée.

Toutes les fois qu'à la suite d'une injection interstitielle d'éther iodoformé, ou pendant l'usage de pansements à l'iodoforme, la réaction iodée apparaît dans l'urine, il est absolument inutile de recourir à la médication interne par l'iodoforme. Dans le cas contraire, ou chez les tuberculeux qui n'ont pas d'application externe d'iodoforme, il convient de se servir des formules suivantes :

Iodoforme pulvérisé. . . . . }
Tannin. . . . . } *àà* 0,05
Poudre de café. . . . . }
Extrait mou de quinquina, quantité suffisante
pour une pilule.

En faire 25 semblables, que le malade devra prendre en un mois. On peut plus simplement prescrire :

Iodoforme. 0,05
Poudre de café. 0,10

pour un cachet ou un petit paquet.

L'arome du café masque, d'une façon à peu près complète, l'odeur si pénétrante de l'iodoforme.

Quelques praticiens se servent, mais avec moins de succès, de quelques gouttes d'essence de menthe, qu'ils font incorporer dans la masse pilulaire.

La solution de l'iodoforme dans l'éther, si utile pour les injections, nous paraît peu recommandable pour l'usage interne. Des éructations, à odeur fortement iodoformée, suivent en général l'administration de ces perles d'iodoforme. On comprend, dès lors, pourquoi les malades en cessent si rapidement l'emploi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 15 août 1889, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Nicaud, pour le 5e régiment du génie; Ocana, pour le 4e régiment du génie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Alban, pour le 140e d'infanterie; Girardin, pour le 95e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 17 août 1889, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Cambriels, Jégou et Grellety, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Durand, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Bayrac, pour l'hôpital de Villemanzy, à Lyon; Cordier, pour l'hôpital du Gros-Caillou.

MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Rouvet, pour l'hôpital Desgenettes, à Lyon; Schutz, pour l'hôpital de Saint-Omer; Cazac, pour l'hôpital de Chambéry.

— Le ministre de la Guerre a décidé, à la date du 15 août 1889, que, par dérogation aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 12 juillet 1889, les engagés conditionnels d'un an, reçus

docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, ou possédant 12 inscriptions valables pour le doctorat, seront admis à bénéficier, cette année encore, des dispositions de la circulaire ministérielle du 12 octobre 1886, modifiée par le décret du 6 avril 1888.

Ils pourront, en conséquence, sous la réserve d'avoir satisfait à l'examen réglementaire, être appelés : les médecins, à remplir, soit dans leur corps, soit dans un hôpital militaire ou militarisé, les fonctions de médecins auxiliaires; les pharmaciens, à être attachés au service de la pharmacie dans un hôpital militaire.

— Le ministre de l'Intérieur a décerné aux docteurs en médecine dont les noms suivent, pour le courage et le dévouement dont ils ont fait preuve au cours de maladies épidémiques, les récompenses suivantes :

Médaille de vermeille. — M. Jablonski (de Poitiers).

Médaille de bronze. — M. le docteur Guimera (de Santiago).

— *Hospices civils de Marseille.* — Un concours, pour une place de médecin-adjoint, sera ouvert le lundi 25 novembre 1889, à trois heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du concours.

— Un autre concours sera ouvert dans le même hôpital : pour six places d'élèves internes, le lundi 2 décembre 1889, à huit heures du matin ; — pour six places d'élèves externes, le lundi 16 décembre 1889, à trois heures du soir.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu.

— A la suite du Congrès de médecine, il a été décidé qu'un Congrès national de médecins aliénistes se tiendra à Rouen en 1890. MM. Delaporte et Giraud, médecins des asiles départementaux de la Seine-Inférieure, ont été chargés de l'organisation dudit Congrès.

— La séance d'ouverture du Congrès botanique aura lieu le mardi 20 août, à deux heures, rue de Grenelle, 84.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cabrol, ancien médecin principal des armées.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction du docteur Dechambre, jusqu'en 1885, actuellement de M. le docteur Lereboullet, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. — Prix du Dictionnaire complet : 1200 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Manuel d'ophthalmologie, guide pratique à l'usage des étudiants et des médecins, par les docteurs L. de Wecker et J. Masselon. 1 vol. in-8° avec 576 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 20 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Les difformes et les malades dans l'art, par J.-M. Charcot (de l'Institut) et Paul Richer. 1 vol. in-4° avec figures intercalées dans le texte.. — Prix : 20 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale, par F. Kœnig, professeur de chirurgie, etc. Ouvrage traduit de l'allemand d'après la 4e édition, par le docteur Comte. Ouvrage précédé d'une introduction par le docteur Terrillon. Tome II, IIe fascicule, avec 108 figures intercalées dans le texte. — Prix : 7 fr. Prix du tome II complet avec 159 figures dans le texte : 14 fr. L'ouvrage complet formera 3 volumes. — Le tome III paraîtra fin septembre. — Paris, Lecrosnier et Babé.

L'acide urique, sa physiologie et ses rapports avec les calculs rénaux et la gravelle, par le professeur Garrod, ouvrage traduit par le docteur H. Cazalis. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Nouveau traitement chirurgical des maladies inflammatoires des reins et des uretères chez la femme, par Sherwood Dunn, Ph. D., docteur en médecine de la Faculté de « Bellevue-Hospital », New-York, de la Faculté de Paris, etc. 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Du traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli (l'électrolyse utérine), par le docteur Delétang, chargé du service d'électrothérapie des hôpitaux de Nantes. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 95. — JEUDI 22 AOUT 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 22 AOUT 1889. — N° 95.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.**	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a tenu une courte séance devant des fauteuils à peu près vides. M. Lucas-Championnière a lu un travail assez important, sur la trépanation dirigée contre certaines affections cérébrales d'ordre médical. Les tentatives chirurgicales faites jusqu'ici pour combattre l'épilepsie étaient tombées dans l'oubli. M. Lucas-Championnière n'a pas craint de renouveler des essais qui avaient été sévèrement jugés.

Les résultats qu'il a obtenus ne sont pas assez nets pour permettre de porter un jugement définitif sur des interventions qui soulèvent des questions doctrinales importantes. Les trépanations n'ont amené la mort dans aucun cas. M. Lucas-Championnière a pu proclamer ainsi l'innocuité des opérations sur le crâne. Mais il est prudent de faire quelques réserves sur la valeur de ces interventions sur le cerveau. Vouloir traiter l'épilepsie, les vertiges et les douleurs de tête par la trépanation, c'est courir au-devant des aventures, sans aucun guide étiologique. Les résultats relativement bons, que rapporte le chirurgien de Saint-Louis, ne doivent pas faire oublier ses nombreux insuccès. Au reste, les guérisons qu'il a signalées ne sont pas de date assez ancienne pour que l'on soit fixé sur leur durée.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Traitement de l'hydrocèle avec ou sans épaississement de la tunique vaginale.

Vous savez qu'un de nos opérés nous a donné, ces jours derniers, d'assez graves soucis, je veux parler de ce malade qui était atteint d'une hydrocèle récidivée. La première fois qu'il arriva dans le service, son hydrocèle fut ponctionnée et injectée, néanmoins au bout de quelque temps la masse liquide s'était reproduite. Une nouvelle ponction, une nouvelle évacuation du liquide fut faite ; le succès immédiat fut aussi bon que la première fois, mais, de même que la première fois, au bout de quelque temps, le liquide reparut dans les bourses. Pensant alors que, chez notre malade, la syphilis pouvait être la cause de ces récidives, habituellement si rares, je lui prescrivis immédiatement l'iodure de potassium. Ce médicament n'eut aucune action.

Ce que voyant, je pensai que l'épaississement notable de la tunique vaginale pouvait être incriminé. En effet, pratiquant une troisième ponction, en ayant soin d'évacuer la totalité du liquide épanché, je constatai un épaississement considérable de la tunique vaginale, épaississement qui n'atteignait pas moins de 7 à 8 millimètres. Le testicule était à peu près sain, l'épididyme était, par contre, très épaissi. De plus, fait important, le liquide contenu dans la poche n'était plus celui d'une simple hydrocèle, mais un liquide séro-sanguin indiquant que nous nous trouvions en présence d'un commencement d'hématocèle.

Ces lésions parfaitement reconnues, il était évident, pour moi, que les injections iodées seraient insuffisantes pour amener la guérison ; fallait-il alors recourir au séton, procédé ancien et dangereux, ou bien à l'excision cunéiforme de la tunique vaginale ? Pas davantage. A ces procédés, je préférai de beaucoup, à cause de l'âge du sujet, la castration pure et simple, et je la pratiquai séance tenante.

L'hémostase fut difficile à obtenir, j'eus à lier beaucoup de vaisseaux, enfin je rapprochai les bords du scrotum, en laissant un gros drain dans les bourses, et le malade fut reporté à son lit.

Tout allait bien, lorsque, le soir, il se produisit une hémorrhagie considérable qui remplit non seulement toute la bourse, mais dont le sang s'infiltra encore dans le voisinage. L'écoulement sanguin s'arrêta et de nombreux caillots furent retirés, mais l'hémorrhagie se reproduisit encore deux fois dans les deux jours qui suivirent. Or, de pareilles hémorrhagies secondaires indiquaient certainement une prédisposition à des pertes de sang et me portaient à supposer que notre malade était peut-être bien un alcoolique, fait d'autant plus probable que, pendant la chloroformisation, il avait eu une extrême agitation. Nous l'interrogeâmes dans ce sens et, devant ses protestations formelles, nous dûmes renoncer à cette hypothèse pour songer à quelque paludisme larvé, comme nous le rencontrons encore assez fréquemment.

Cependant cet homme, né à Paris, n'avait, pour ainsi dire, jamais quitté la capitale. Mais ne savons-nous pas que le paludisme n'exige pas d'une façon absolue l'existence de marais, de terrains réputés paludéens ? Ne savons-nous pas

combien de cas de paludisme, les grandes percées faites dans Paris, à certaines époques, ont déterminés par suite des fouilles faites dans un sol qui n'avait pas été remué depuis des siècles ? Cette hypothèse reçut sa confirmation dans les résultats que nous donna l'administration du sulfate de quinine. En effet, sous l'influence de ce médicament, ces hémorrhagies secondaires furent complètement arrêtées, et, depuis lors, notre homme est en bonne voie de guérison.

C'est là un fait que nous avions déjà eu l'occasion de constater, quelques jours auparavant, chez un jeune homme auquel nous avions fait la trépanation du fémur et qui, à la suite de cette opération, avait eu trois hémorrhagies consécutives, que nous avions eu quelque peine à arrêter. Ici également, elles ne cédèrent qu'à l'emploi du sulfate de quinine. Dès le premier gramme, l'écoulement du sang avait cessé. Je continuai néanmoins pendant deux jours encore l'administration de la quinine à la dose de 2 grammes par jour.

Chez mon malade à l'hydrocèle, je donnai donc d'emblée 1 gramme de sulfate de quinine en une seule fois ; l'écoulement du sang ne persista pas, mais le malade fut en proie à ce que l'on a appelé l'ivresse quinique, avec les bourdonnements d'oreille, etc. Le lendemain, j'ai continué la même médication, mais la dose de sulfate de quinine fut donnée en deux fois au lieu d'une, afin d'éviter le retour de cette légère intoxication.

De plus, afin d'empêcher que les caillots sanguins viennent à s'infecter dans le sac, j'ai dû désunir la plaie et la tenir écartée, sous la pulvérisation phéniquée ; la cavité a été complètement vidée, le scrotum a dégonflé et la guérison, je l'espère, sera prochaine.

Ce qui est à retenir surtout de cette observation, c'est que cet homme, quelle que soit l'opération qu'on lui eût faite, aurait eu certainement des hémorrhagies et cela, en vertu d'un état de paludisme larvé, ainsi que l'a démontré l'heureuse influence de la médication quinique.

Nous ne devons pas oublier non plus de discuter ici la question qui s'agite en ce moment, au sujet des hydrocèles, c'est-à-dire la question de l'extirpation de la tunique vaginale, opération plus compliquée que la simple paracentèse suivie des injections iodées. Si nous avions voulu pratiquer chez notre malade cette opération, il est très vraisemblable que, en raison de l'épaisseur considérable des bords de la plaie, la suture eût échoué, ainsi que cela est arrivé assez récemment entre les mains de chirurgiens des plus habiles cependant.

En résumé, je dirai que, dans l'hydrocèle simple, sans épaississement de la tunique vaginale, je continue à faire la ponction suivie de l'injection iodée ordinaire. Ce qui fait que parfois cette petite opération ne réussit pas, c'est que, étant des plus faciles, on n'y met pas toujours autant de soins que s'il s'agissait d'une opération grave ou difficile. Voilà, pour moi, la cause ordinaire des échecs que l'on constate quelquefois.

Il faut avoir soin de vider la poche jusqu'à la dernière goutte du liquide séreux qu'elle contient, de ne se servir que d'un liquide bien titré, de faire rester couché le malade pendant quelque temps. Aussi, je le répète, si l'hydrocèle récidive, c'est, ou bien parce que l'opération a été mal faite, ou bien en vertu d'un état pathologique des organes, auquel l'injection ne saurait remédier.

C'est ainsi que, dans les pleurésies secondaires de quelque affection cancéreuse ou tuberculeuse, nous ne pouvons empêcher l'épanchement de se reproduire ; de même pour l'hydrocèle, si celle-ci est consécutive à quelque tuberculose testiculaire, à quelque épaississement du cordon ou de l'épididyme.

La récidive est donc, je ne saurais trop le répéter, la conséquence de quelque lésion locale, quand l'opération a été bien faite.

DE LA NATURE INFECTIEUSE DU CANCER (1)

Par M. le docteur A. Rémond (de Metz).

II.

Nous venons de voir quels étaient les derniers résultats fournis par l'inoculation directe du cancer. Nous arrivons maintenant à l'examen des résultats obtenus par ceux qui, plus hardis, ont voulu reproduire une tumeur maligne après en avoir isolé et cultivé l'agent pathogène spécifique.

Nous n'avons pas ici, et pour cause, à remonter aussi loin dans l'histoire de la question. Les travaux de M. Pasteur avaient atteint leur complet développement lorsque, en 1887, M. Rappin (2) [de Nantes] crut découvrir des microbes dans les tissus carcinomateux, et, bientôt après, dans tous les tissus, même normaux. Des idées théoriques entraînèrent cet expérimentateur vers les doctrines de Bechamp et de Nægeli. Mais ce retour à la génération spontanée ne fut pas heureux et l'œuvre du savant nantais fut loin d'obtenir tout le succès que l'on aurait pu espérer.

Ballance et Schattock (3) ne furent pas plus heureux. Leurs recherches, d'abord couronnées de succès, en ce sens que leurs cultures se peuplaient, donnèrent des résultats de plus en plus négatifs, au fur et à mesure qu'ils simplifiaient leur méthode expérimentale. En fin de compte, ils présentèrent à la Société médicale de Londres, en mai 1887, 58 fragments de tumeurs diverses, dont 33 carcinomes, qui étaient restés parfaitement stériles après un séjour d'un mois à l'étuve et une conservation ultérieure plus ou moins prolongée.

Les choses en étaient là, lorsque, le 1er décembre 1887, Scheurlen apporta, à la Société de médecine de Berlin (4), le résultat de ses expériences sur une série de dix cancers du sein.

L'auteur, prélevant au centre du néoplasme, avec les précautions les plus minutieuses, au moins en apparence, un fragment pur, portait ce fragment sur un terrain de culture formé de liquide d'ascite ou d'hydrocèle, stérilisé par la méthode de Koch et coagulé à 65 degrés.

Il faisait ainsi une vingtaine de tubes par tumeur. Sur ce nombre, il y en eut 7 au minimum qui donnèrent un résultat, les autres restèrent stériles. Sur ceux qui réussissaient, on voyait pousser des cultures peu à peu plissées, devenant jaunes, brunâtres à la longue, et se développant en surface. Ces cultures étaient formées par un bacille, se colorant par la méthode de Gram, mobile, liquéfiant peu la gélatine et s'y développant lentement.

Dans une culture sur agar en gouttes suspendues, à

---

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 852.

(2) Rappin. *Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes*. Nantes, 1887.

(3) Ballance et Schattock. Rapport sur les expériences de culture avec les tumeurs malignes, *Brit. Med. Journ.*, 1887, nº 1400.

(4) Scheurlen. *Deutsch. Med. Wochens.*, 1887, p. 1003.

39 degrés, les bacilles présentaient, entre la douzième et la vingt-quatrième heure, une spore à leur extrémité, spore égale à peu près à la moitié de leur volume, et se séparant du bacille au bout de trente-six heures. Ces spores se coloraient par la méthode d'Ehrlich pour la tuberculose.

Scheurlen inocula son bacille à six chiennes. Deux furent tuées ultérieurement. On avait observé au point d'entrée un gonflement diffus, mou, puis plus dur, plus limité et constituant ainsi une petite tumeur. Celle-ci avait ensuite manifesté une tendance appréciable au développement. A l'examen microscopique de la tumeur, on avait trouvé des cellules épithéliales granuleuses et des spores du bacille, qui, ensemencées, donnèrent de nouvelles cultures.

L'auteur conclut de tous ces faits, qu'il avait bien réellement découvert le microbe spécifique du cancer.

Quelques jours plus tard (1), la Société recevait une lettre du docteur Schill (de Breslau), dans laquelle cet observateur annonçait qu'il avait trouvé, par la méthode de Gram, des diplocoques dans le carcinome. Entre les deux éléments colorés de ce microcoque, on trouve un intervalle clair paraissant être un ciment translucide, amorphe. Le tout constituait ainsi un bâtonnet à extrémités colorées, dont le volume atteignait, de une fois et demi à deux fois, celui du bacille de la tuberculose. Le même résultat avait été obtenu par Schill sur le sarcome. La culture de ces éléments lui donna des champignons filamenteux.

Fraenkel répondit aussitôt à Scheurlen et au docteur Schill. Il leur reprocha de ne pas avoir employé la méthode des cultures sur plaques. Cet oubli ne permettait pas d'avoir des numérations exactes; en outre, on n'était pas sûr de n'avoir affaire qu'à un seul micro-organisme.

Ensuite ce microbe, d'après Fraenkel, pousse trop bien sur les milieux artificiels, quand on compare la rapidité de son développement sur les milieux nutritifs à la lenteur de ce même développement dans l'intimité des tissus. Bref, Fraenkel croit que les conclusions de Scheurlen sont trop hâtives et, d'après lui, l'infection cancéreuse serait plutôt due au développement d'un champignon dont l'action pathogène est encore inconnue (un Amibe ?).

Les travaux de Scheurlen provoquèrent la publication de toute une série de mémoires sur ce sujet. Dans le même mois, Domingos Freire rappelait à la Société de médecine de Berlin qu'il avait publié, au début de 1887 (2), un travail intitulé : « Premières études expérimentales sur la nature du cancer. » La question semblait complètement élucidée par les résultats qu'il avait obtenus : découverte d'un bacille spécifique et de sa spore, production de tumeurs carcinomateuses par inoculation de cultures pures de ce bacille à des cobayes. Enfin, chose plus importante encore, Domingos avait atténué le virus cancéreux et conféré l'immunité avec ce virus ainsi modifié.

Les faits avancés par Scheurlen reçurent, peu de temps après, une série de confirmations nouvelles. Barnabei, professeur à Sienne, et Sanarelli, préparateur dans la même Faculté, présentèrent, à l'Académie de médecine, des cultures pures d'un bacille, qui, inoculé, donnerait, disaient-ils, le cancer.

Francke (3) publia une série de recherches expérimentales qui avaient porté sur trois sarcomes et neuf carcinomes.

(1) Schill. *Deutsch. Med. Wochens.*, 1887, p. 1034.
(2) Domingos Freire. *Revue scientifique*, 5 mars 1887.
(3) Francke. *Munch. Med. Wochens.*, 1888, nº 14.

Les résultats obtenus s'accordèrent au total avec ceux de Scheurlen. Les taches pigmentaires sont, d'après Francke, dues au mycelium et aux spores du bacille spécifique, qui se retrouve dans le sarcome comme dans le carcinome. Il est seulement plus délicat et plus long dans les tumeurs de la première espèce, et dans les deux cas se développe en milieu acide et peut même être décelé dans le sang. Disons cependant que les inoculations de Francke ne réussirent pas.

S. Lampiazi (1) apporta aussi son contingent à la nouvelle théorie étiologique du cancer. Sur 28 tumeurs, 12 donnèrent, par l'inoculation de leur suc sur des milieux solides, des cultures pures qui se développèrent du deuxième au dixième jour.

Elles étaient formées par un bacille sporulent, aérobie, ne liquéfiant pas la gélatine. Ce bacille se retrouva également dans le sang d'un malade qui portait une tumeur encéphaloïde énorme dans la région inguinale.

Lampiazi l'inocula à des chiens, des cobayes, des lapins; plusieurs de ces animaux moururent; mais, sur cinq cobayes et trois lapins qui furent autopsiés, il fut impossible de déceler le bacille en question dans aucune partie de ces animaux. L'auteur avait employé la méthode de Gram et attribua cet insuccès à l'imperfection de la technique.

Une autre expérience sembla plus favorable; en inoculant du liquide extrait de l'encéphaloïde dont nous avons parlé ci-dessus, au malade qui en était porteur, on obtint une reproduction de la tumeur au bout de cinquante jours. Les conclusions de l'auteur sont formelles. Pour lui, il existe toujours un bacille spécifique dans les tumeurs malignes. Sa morphologie et sa biologie sont entièrement distinctes de celles des autres micro-organismes pathogènes connus. Il ne se retrouve jamais dans les tumeurs bénignes; sa virulence vis-à-vis des animaux est considérable; enfin le développement de la tumeur et la cachexie cancéreuse sont probablement en rapport direct de cause à effet, avec la présence de ce microbe.

Tous ces travaux, dont les résultats étaient à la fois et si concordants et si affirmatifs, pouvaient faire espérer que la question était définitivement tranchée, et que l'on tenait enfin la clef de l'étiologie du cancer, comme on tenait celle de l'étiologie de la tuberculose.

Malheureusement, dès que le temps nécessaire à une vérification expérimentale se fut écoulé, d'autres observateurs vinrent démolir ce brillant édifice bactériologique et ramener peu à peu le bacille de Scheurlen, au rang d'un micro-organisme vulgaire. Pfeiffer (de Wiesbaden) ouvrit le feu le premier. Il exposa que, n'ayant jamais pu parvenir à isoler un microbe quelconque dans le cancer, il avait dû s'adresser directement à Scheurlen qui lui envoya une culture sur gélatine et une sur agar.

Après avoir reproduit ce micro-organisme, l'avoir examiné à toutes les périodes de son développement, il fut amené à le rapprocher du « Proteus mirabilis » de G. Hauser, et conclut qu'il n'avait pas la valeur pathogène qui lui avait été attribuée au début.

E. Senger fut plus dur encore. Dans un rapport présenté au Congrès de médecine de Berlin (20 février 1888), il affirma que jusqu'alors il n'existait aucun bacille capable de provoquer des processus hétéroplasiques. L'organisme du

(1) Lampiazi. Ueber die parasitære Natur der Krebsgeschwülste, *La Riforma*, 1888, nºs 4 et 5.

cancer ne peut être, disait-il, ni un bacille, ni un coccus, ni une bactérie quelconque, ou du moins pas une bactérie jouissant des propriétés que nous leur connaissons aujourd'hui. Lui-même avait d'ailleurs fait deux cents expériences de culture avec dix carcinomes, sans en obtenir aucun résultat, et il termina sa communication en soutenant que le bacille de Scheurlen n'était autre chose que le bacille de la pomme de terre.

Scheurlen protesta avec énergie ; il répondit que son bacille s'était retrouvé dans le sang de trois malades cancéreux ; qu'il avait fait des cultures sur plaques et que, par ce moyen, il l'avait isolé dans les vomissements hématiques d'un malade atteint d'un cancer de l'estomac, au milieu de quarante espèces différentes.

Mais ces arguments, qui prouvaient tout au plus l'existence d'un bacille que personne ne contestait, n'apportaient aucune preuve nouvelle de sa spécificité. Le dernier travail qui ruina complètement la théorie étiologique de Scheurlen fut celui de Ludwig Makara (de Budapest). Après avoir rappelé que Baumgarten considérait le bacille en question comme un bacille de la pomme de terre, et que Pfeiffer en faisait, ce que nous avons vu plus haut, un « Proteus mirabilis », Makara rapporte le résultat de ses expériences sur vingt tumeurs. Ces néoplasmes, qui se décomposent en quatre sarcomes, deux lipomes, quatorze carcinomes, ne lui fournirent absolument aucun bacille spécifique. Quelquefois il obtint du « staphylococcus pyogenes aureus » et, une seule fois, un bacille qu'il ne put déterminer et qui liquéfiait rapidement la gélatine. La partie la plus importante de ses recherches fut la découverte qu'il fit de la vraie nature des spores du bacille de Scheurlen. Celles-ci, en effet, se dissolvent dans l'éther et ne sont autre chose, apparemment, que de fines gouttelettes de graisse.

Après Makara, Rosenthal (1) s'occupa encore de la même question, sous la direction de Baumgarten. Mais s'il arrive lui-même aussi à assimiler le bacille de Scheurlen à des saprophytes vulgaires qui se trouvent sous la peau, son travail ne semble pas, d'après M. Duclaux (2), conçu et exécuté avec une rigueur scientifique suffisante pour entraîner une conviction bien profonde.

III

Nous voici arrivés au but de cette longue analyse, car nous ne voulons rien dire du cancer à la paraffine de Wolkmann, ni des expériences analogues, celles de Hanau, par exemple, avec la térébenthine. On peut affirmer hardiment que, si la solution du problème a été quelquefois entrevue, elle n'a jamais été atteinte. L'impression générale qui se dégage de la lecture de tous ces travaux est, d'ailleurs, pénible. On sent à chaque pas percer une impatience du résultat qui influe, volontairement ou non, sur la rigueur des méthodes expérimentales. S'il est vrai que ces théories, pour hâtives et si mal étayées qu'elles soient, constituent cependant un pas en avant dans la recherche de la véritable étiologie du cancer, en ce qu'elles servent au moins à signaler les obstacles qui nous séparent du but, il est également certain qu'elles invitent à un scepticisme qui peut devenir exagéré.

Il ne nous appartient pas d'ailleurs d'émettre, sur les doctrines que nous venons de voir, d'autre jugement que celui-là. Dans quel sens découvrira-t-on la vérité ? Est-ce la théorie de Cohnheim qui est la vraie ? Peut-on voir dans la cachexie cancéreuse le résultat de la résorption par les différentes voies de produits toxiques élaborés dans l'intimité des cellules malades ? Devons-nous assister un jour à la démonstration expérimentale, certaine, de la nature infectueuse du cancer ? Devons-nous, avec Beale, Odenius, Portes (1), considérer la cellule elle-même comme l'élément infectieux ? Ce dernier auteur était-il dans le vrai, en voyant, dans certaines formes cellulaires, un parasite vésiculeux, perpétué par des générations endogènes, et semblable aux échinocoques ? En l'état actuel des choses, nul ne peut se prononcer, mais il faut espérer que ceux qui s'engageront dans cette voie, ne se laisseront plus influencer par des idées plus ou moins théoriques sur la nature du but à atteindre.

(1) Rosenthal. *Zeitschr. f. Hygiene*, t. V, p. 161.

(2) Duclaux. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. III, p. 141.

(1) Beale, Odenius, Portes. *Centralblatt f. Bacteriologie*, 1888, t. II, n° 14.

NOUVELLE MÉTHODE

POUR FAIRE LA NÉVRECTOMIE DU NERF DENTAIRE INFÉRIEUR.

Par le docteur Antoine Galignani,
Chirurgien de l'hôpital civil de Plaisance (Italie).

Pour faire la névrectomie du nerf dentaire inférieur, avant son entrée dans le canal dentaire, il existe deux méthodes connues : celle de la trépanation de l'os, exposée et expérimentée tout d'abord par l'Américain Waren, modifiée ensuite par Velpeau et autres, et celle plus récente de Paravicini, la méthode intrabuccale.

Il suffit d'énoncer la première pour juger qu'elle est longue et compliquée ; la seconde, qui serait préférable, renferme en elle bien des difficultés et exige une expérience peu commune. C'est précisément en expérimentant cette méthode que j'eus la pensée de rechercher un autre moyen, et, me guidant sur la même apophyse de Spyx, qui sert de guide à la méthode intrabuccale, j'eus la bonne fortune de trouver un nouveau procédé.

Ladite apophyse, qui sert presque de barrière à l'entrée du nerf dans le canal dentaire, se trouve devant l'insertion oblique du muscle ptérygoïdien interne, à égale distance (1 centimètre 1/2 chez les adolescents) des deux bords de la branche ascendante, à égale distance aussi de l'angle de la mâchoire avec le col du condyle, qui est au niveau du lobule de l'oreille.

Une bandelette fibreuse s'insère sur cette apophyse, et il importe de ne pas l'oublier, pour ne pas la confondre avec le nerf. En arrière s'ouvre un conduit de la largeur de 1 centimètre environ, c'est le commencement du canal dentaire. Étant donné ces notions et ces mesures, au lieu de raser la branche ascendante du bord antérieur interne jusqu'au-dessus et au delà de l'épine, comme dans la méthode intrabuccale, j'ai trouvé, pour mon compte, plus commode et plus sûr de procéder par l'extérieur.

Après plusieurs expériences, faites avec l'aide du docteur Dominique Saracco, et convaincu non seulement de la possibilité, mais de la facilité de ma méthode, je l'appliquai sur le vivant, le 6 août, à l'hôpital civil de Plaisance (Italie). Mais j'ai hâte de faire observer que ce n'est pas par esprit d'innovation que j'ai voulu appliquer ma méthode, mais

parce que, n'approuvant pas la trépanation, ni ne pouvant réussir à mettre en pratique la méthode intrabuccale, il ne me restait aucun autre moyen.

Le sujet sur lequel j'ai pratiqué l'opération est une nommée G... (Jeanne), âgée de quarante-deux ans, habitant la ville, femme au visage pâle, mais encore bien portante et bien constituée. Elle a l'angle de la mâchoire peu développé. Elle souffre depuis six ans de prosopalgie localisée à la partie droite de la mâchoire, avec irradiation sur la face, ce qui donne, de temps en temps, un tic douloureux avec apparence convulsive. Cette névralgie atroce, dont aucun médicament ne peut triompher, malgré le sacrifice de neuf dents saines, a résisté également à une intervention lorsque, en dernier lieu, j'ai voulu, mais en vain, user de l'extension du nerf mentonnier, traitement que tout d'abord je voulais seul employer.

La malade, en proie à une vive douleur, pouvant à peine ouvrir la bouche, entra à l'hôpital le 4 août et, dans la matinée du 6, avec l'aide du docteur Saracco, elle fut soumise à l'opération, à laquelle a assisté, pendant quelques instants, le chevalier Dominique Chelfi, médecin en chef.

La malade, couchée sur le dos, avec un seul oreiller sous la tête, fut chloroformisée; le lit était disposé de manière que la lumière arrivât de côté; la résolution complète étant obtenue, je fis tourner et maintenir le plus possible la tête à gauche et je procédai à l'opération.

Je fis une incision sur le bord postérieur de la mâchoire, à la distance de 6 millimètres environ, aussi bien de l'insertion du lobule de l'oreille que de l'angle de la mâchoire; je pénétrai jusqu'à l'os, repoussai en arrière le périoste, arrivai aux attaches tendineuses du ptérygoïdien interne, les coupai ras avec la pointe de ciseaux recourbés; je repoussai et levai à nouveau le périoste jusqu'au lieu présumé de l'apophyse; j'introduisis l'index de la main gauche, puis, ayant bien senti la pointe de l'apophyse à découvert, je glissai un petit crochet solide et, en un instant, je saisis le nerf dentaire que j'attirai jusqu'au bord de la plaie où je le vis nettement isolé. Il ne pouvait y avoir d'équivoque; on ne pouvait le confondre soit avec le nerf lingual, soit avec des bandelettes aponévrotiques; l'un n'aboutit pas à l'os et reste antérieur et inférieur, les autres se rompent plutôt ou résistent à la traction. J'avais résolu d'étendre simplement le nerf, mais, après de courtes secousses, le nerf se cassa, sortant du canal de 2 centimètres 1/2 et entraînant avec lui autant de la branche du mylo-hyoïdien. Je décidai alors de recourir à un moyen plus radical; je terminai la résection avec les ciseaux, réséquant un cordon dont la moitié inférieure était partagée en trois branches (mylo-hyoïdien, alvéolaire et mentonnier). Sa longueur était de 5 centimètres 1/2.

Il n'y eut presque pas d'hémorrhagie; l'opération fut faite en quelques minutes; trois points de suture sans drainage furent appliqués et recouverts d'un pansement de Lister.

Après deux jours, la malade se trouve si bien qu'elle retourne chez elle à pied. Le sixième jour, j'enlève les points de suture; je constate une ligne de cicatrice très légère. La malade est au comble de la joie; elle se plaint seulement de l'insensibilité de la partie droite de la lèvre inférieure, sur laquelle on constate une solution de continuité causée par une morsure. Le douzième jour, j'eus le plaisir de présenter la malade au professeur Inzani (de Parme). Il y a aujourd'hui plus de cinq mois que l'opération a été faite, le bon état de la malade se maintient et la ligne de la cicatrice est presque invisible.

Considérations. — L'application de la nouvelle méthode, qui a lieu dans une région couverte par la parotide et traversée par le facial et plusieurs vaisseaux, présenterait, dit-on, des dangers. En présence de ces dangers, on comprend la raison pour laquelle personne n'a songé à attaquer le nerf par cette voie. On peut cependant éviter ces difficultés et ces dangers en passant tout près de l'os. Le bord mince antéro-inférieur de la parotide est seul soumis à l'action du bistouri et, en faisant l'incision à une petite distance du lobule de l'oreille et de l'angle, on évite les deux branches terminales du nerf de la septième paire, qui se séparent plus en arrière et se trouvent déjà écartées de 3 centimètres au niveau du bord de la mâchoire. On ne rencontre aucune artère; la transversale de la face, qui passe plus haut, serait la plus rapprochée. Presque au même niveau, mais plus profonde, se trouve la maxillaire interne, qui entoure le col du condyle.

Ma nouvelle méthode, plus simple indubitablement que la trépanation, et plus facile, à mon avis, que l'incision intrabuccale, mise en pratique par d'autres, sera adoptée et approuvée. Soumise au XIIe Congrès médical, qui a eu lieu l'année dernière (à Pavie), à la séance de l'après-midi du 21 septembre, elle a acquis le droit de cité dans la science. M. le professeur Bottini, président de la section de chirurgie, quoi qu'il ait, pour les cas ordinaires, préconisé surtout la méthode de Paravicini, parce qu'elle ne porte aucun dommage aux formes extérieures, a reconnu que la nouvelle méthode était spécialement propre aux cas accompagnés de macroglossie et de constriction de la mâchoire. En d'autres termes, il pense qu'elle peut être employée toutes les fois qu'on ne peut se servir de la méthode intrabuccale. Ma méthode, reconnue comme complément plutôt de l'incision intrabuccale que de la trépanation, est, je le répète, beaucoup plus facile et plus certaine. Pour cette raison, je l'ai préférée et je me permets d'appeler sur elle l'attention des praticiens.

PLAIE DE L'ABDOMEN

HERNIE DE L'APPENDICE DU CÆCUM, GUÉRISON.

Par M. le docteur Bec (de Mezel).

Le 5 novembre dernier, un jeune homme de dix-huit ans recevait un coup de couteau dans la paroi abdominale, à 8 centimètres environ en dedans et un peu en dessous de l'épine iliaque supérieure droite. Consécutivement à cette blessure, une tumeur charnue en forme de corne légèrement incurvée, longue de 5 centimètres, vint faire saillie à travers la plaie pénétrante de l'abdomen. Par le fait de cette insouciance propre aux habitants des campagnes, le blessé ne vint me montrer sa tumeur que le 26 novembre, c'est-à-dire vingt jours après l'accident.

Un peu surpris d'abord par l'aspect de cette espèce de corne d'un rouge luisant, épaisse comme le petit doigt, je pensai bientôt à l'appendice cæcal, enveloppé par le péritoine qui lui forme une sorte de mésentère et faisant hernie par la voie anomale ouverte par le couteau.

Ce jeune homme n'en paraissait nullement incommodé; les fonctions intestinales s'accomplissaient d'une manière régulière, et il avait parcouru, sans fatigue, 15 kilomètres pour venir me trouver.

La tumeur, à sa sortie de l'abdomen, présente un sillon circu-

laire profond, en tout comparable à celui qui marque le point de séparation du cordon ombilical, après la naissance. Ici, le sillon était dû, d'une part, à l'inflammation survenue dans l'appendice ventriculaire hernié; d'autre part, à l'étranglement de ce même appendice, dans son trajet à travers la paroi abdominale. Il y avait lieu de croire que, par suite de cet étranglement, la mortification de l'appendice allait survenir, et que l'assimilation, entrevue entre ce dernier et le cordon ombilical, allait être complète. Il n'en fut rien; le 14 janvier, la tumeur s'était rétractée en grande partie dans l'abdomen, ne faisant plus qu'une saillie de 2 centimètres; depuis lors, elle a disparu complètement, ne laissant après elle qu'une simple cicatrice.

Nous n'avons trouvé consigné, nulle part, dans la littérature médicale, un fait analogue concernant l'appendice cæcal.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 août 1889. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Demeunynck, médecin-major, sur la fièvre typhoïde observée à la caserne d'artillerie à Tunis (1885-1889);

2° Une lettre du directeur de l'École d'Alfort, qui annonce que l'inauguration de la statue de Bouley aura lieu le 5 septembre 1889.

PRÉSENTATION DE MALADE

Ablation totale de la parotide. — M. POLAILLON présente un enfant de neuf ans et demi, auquel il a enlevé, il y a quatre ans, une tumeur mixte de la parotide (kystes multiples et enchondrome). Un an après, il y eut récidive et une nouvelle opération fut nécessaire. Le curage de la loge parotidienne fut suivi d'une hémiplégie faciale. La guérison de cet enfant se maintient depuis trois ans, mais l'hémiplégie faciale persiste. Le canal de Sténon s'est atrophié. La joue a conservé sa sensibilité. La nutrition des tissus n'a pas souffert. On remarque quelques veines anomalement dilatées, sur la peau de la joue du côté opéré. La bouche du malade n'est pas sèche. L'enfant n'a pas encore son incisive supérieure droite.

COMMUNICATIONS

Hypertrophie du membre inférieur droit. — M. DUPLOUY rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-sept ans, dont le membre inférieur du côté droit présente une hypertrophie considérable. Les altérations datent de la naissance de ce malade, qui est atteint d'un hypospadias.

La peau du membre hypertrophié est d'un blanc mat et ne présente ni vergetures, ni varices, ni œdème. La contractilité électrique est conservée. Les ganglions ne sont pas engorgés. Il y a une légère diminution de la sensibilité du membre inférieur droit.

L'enfant n'a jamais éprouvé de douleurs. Jamais on n'a remarqué de traces d'érysipèle. A l'heure actuelle, le membre inférieur droit est trois fois plus volumineux que le gauche.

Il s'agit probablement d'un cas d'éléphantiasis congénital. Le traitement a consisté jusqu'ici dans la compression du membre, mais le résultat est nul.

Trépanation du crâne dans un cas d'hémorrhagie cérébrale. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE communique l'observation suivante. Il s'agit d'un malade, âgé de cinquante-trois ans, qui a eu, il y a deux ans, une hémorrhagie cérébrale. En ce moment, on constate, chez cet homme, de la parésie du membre inférieur droit, des contractures marquées de la main droite, une gêne légère dans l'articulation des mots et des attaques épileptiformes de plus en plus fréquentes. M. Letulle pensa qu'il existait un foyer d'hémorrhagie à la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante.

M. Lucas-Championnière fit l'opération le 7 février. Après avoir déterminé la ligne rolandique, ce chirurgien fit une incision en T, de telle façon que la branche horizontale du T fût située en arrière sur la ligne rolandique. Une couronne de trépan fut appliquée à la partie moyenne de cette ligne. L'orifice finit par atteindre 7 centimètres sur 4. La dure-mère, qui était adhérente à l'arachnoïde, fut ouverte.

En avant de la veine qui longe le sillon de Rolando, on trouve la pie-mère et l'arachnoïde qui forment une membrane opaline. Celle-ci recouvre un foyer ancien d'hémorrhagie cérébrale qui occupe la substance de la circonvolution frontale ascendante. On fait une incision à la substance cérébrale pour mettre à nu et nettoyer le foyer qui contenait des débris couleur de rouille.

Un point de suture au catgut sur la dure-mère. La plaie est réunie. On met un drain.

L'opération dura une heure un quart.

Le 10, petite attaque épileptiforme. On ôte le drain. La contracture de la main droite disparaît et, quand le malade peut se lever, on constate que la marche est plus facile. Amélioration du côté de l'intelligence.

Le malade a eu sa dernière attaque épileptiforme le 7 avril. L'amélioration se maintient depuis l'opération.

M. Lucas-Championnière pense que, si l'opération avait eu lieu plus tôt, le résultat eût été meilleur.

Le champ de la chirurgie cérébrale doit beaucoup s'élargir. Voici les cas dans lesquels M. Lucas-Championnière a opéré :

Vertiges et douleurs de tête : 4 cas, 2 guérisons, 1 amélioration, 1 état stationnaire. (Un sujet trépané quatre fois est dans un état satisfaisant ; un autre malade a subi trois fois la trépanation.)

Épilepsie symptomatique de fractures du crâne : 4 cas, 4 guérisons.

Deux cas de douleurs violentes consécutives à des chocs : 2 guérisons.

Paralysie droite incomplète, avec crises épileptiques, grande amélioration.

Hydrocéphalie : 1 cas, amélioration non persistante.

Épilepsie idiopathique, 11 cas.

Jamais la trépanation n'a donné lieu à des accidents : 3 cas semblent être des guérisons ; 3 autres ont donné des améliorations considérables. Ces résultats sont bien importants. On sait, en effet, combien est pauvre la thérapeutique de l'épilepsie. Tous les opérés de M. Lucas-Championnière avaient subi tous les traitements usités et même des pointes de feu sur la peau du crâne.

Prophylaxie de la tuberculose. — M. G. COLIN déclare que les conclusions, adoptées par le Congrès de la tuberculose, sont au moins prématurées.

Ses expériences lui permettent de dire que l'ingestion de la viande provenant d'animaux tuberculeux n'engendre pas la tuberculose. M. Colin a nourri ses chiens, pendant plusieurs années, avec de la chair contenant des bacilles de Koch. Les chiens se portent très bien.

Il en est de même du lait, qui n'est pas un véhicule aussi fréquent du bacille qu'on l'a dit.

Si les affirmations des membres du Congrès étaient exactes, la tuberculose serait beaucoup plus répandue. Presque personne n'y échapperait.

Il y a donc lieu de ne pas s'engager, à la suite du Congrès, dans la voie qu'il a prise.

LECTURE

Traitement de la coqueluche et de la rougeole. — M. COHEN lit un court travail sur le traitement de la coqueluche et de la rougeole, par l'acétate d'ammoniaque.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

A propos des latrines publiques.

Par M. le docteur Badour, médecin principal de première classe.

Le problème hygiénique des latrines est aujourd'hui résolu. Avec ses deux facteurs essentiels, un gros siphon à coude bien compris et une chasse d'eau vigoureuse et inépuisable, le produit est parfait. C'est clair, c'est convenu.

Reste l'application.

Pour cela, si vous le voulez, nous allons nous asseoir ou nous accroupir, suivant un des systèmes que nous adopterons : le siège-bidet, dont le nom dit la forme et la disposition, ou la cuvette à pédales qui est au ras du sol.

Mais avant de pousser plus loin, établissons un aphorisme.

Il faut, — n'est-il pas vrai? — prendre l'homme tel qu'il est, et non tel qu'il devrait être; il faut aussi prendre les choses pour ce qu'elles peuvent valoir et non pour ce qu'elles valent réellement. C'est la sempiternelle question de la théorie et de la pratique se corroborant quelquefois, se combattant souvent.

Eh bien! avouons-le tout de suite : l'homme est sale, et les latrines surabondamment le prouvent. Et les systèmes, le mieux imaginés pour l'inviter à être propre, ne l'empêchent pas d'être sale.

Ne sait-on pas de quels mille soins les cabinets d'aisance doivent être l'objet dans l'ordre privé pour être bien tenus? de quel esprit d'incessante surveillance chacun, dans la famille, doit être animé pour éviter toute souillure?

Et l'on voudrait qu'en public les latrines soient propres! car c'est en public que sont absolument nécessaires des appareils réellement appropriés.

Voyez les encoignures, voyez les palissades, voyez aussi les endroits réservés. Et il n'est pas seulement question ici des lieux où tout le monde va ou peut aller, mais encore de ceux qui sembleraient devoir être imprégnés de la qualité des gens qui s'en servent.

A part des exceptions très difficilement assurées par un service spécial et tellement rares qu'elles confirment la règle, y a-t-il, peut-il y avoir des communs (si parfaitement dénommés), même choisis et le mieux fréquentés, qui soient immaculés?

Ah! c'est que, s'il y a mille manières de satisfaire les appétits, il n'y en a qu'une de parfaire les déchets; et, quand elle est impérieuse, c'est le cas du dicton dûment accommodé : Ventre inquiet n'a pas d'yeux.

Oui, je le répète, on est sale, parce qu'il n'est rien de plus bestial que la défécation, et qu'à l'oublier le moindrement on s'exonère partout par inattention, par besoin et même par malice.

Imaginez-vous, par exemple, que dans les trous à la Turque il advienne jamais qu'on ne vise pas juste? Allez-y voir et soyez satisfaits.

Mais pourquoi donc alors?

C'est qu'il n'y fait pas clair : car le gaz peut manquer ou toute autre lumière. Ou le tourment est grand et le temps fait défaut. Ou c'est le côté bête qui préside à l'office.

Toujours est-il que c'est ainsi, et que je vous mets au défi de ne pas répugner à entrer quelque part dont vous n'êtes pas sûr.

Mais vous le savez bien. Dès lors, pas n'est besoin d'insister davantage; notre choix est tout fait. Nous nous accroupirons, parce que ni vous ni moi ne consentirons jamais à nous asseoir sur des sièges communs qui, même nettoyés, restent suspects de souillure, purulence ou vermine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Campenon, professeur agrégé, a commencé, à l'hôpital Necker, ses leçons de clinique chirurgicale, le mardi 20 août à dix heures, et les continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure.

— Des expériences phonographiques seront faites devant la Société de médecine pratique, le vendredi 23 août, par M. Wangemann, représentant de M. Th. Edison. La séance aura lieu à dix heures un quart, à l'usine Wolf et Cie, route de la Révolte, 153, à Saint-Denis.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 96. — SAMEDI 24 AOUT 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 24 AOUT 1889. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des amyotrophies dans les maladies générales chroniques.

Par M. T. LEGRY, interne des hôpitaux.

I

Les limites de cette Revue doivent être précisées avec soin. Il ne s'agira nullement ici des amyotrophies de cause locale, qui peuvent être la conséquence, soit de certaines arthrites, soit de la compression exercée par une tumeur sur un nerf ou sur un segment médullaire. Nous avons uniquement en vue l'influence produite par les maladies générales chroniques sur le système musculaire strié, pris dans son ensemble, et, pour éviter toute cause d'erreur d'interprétation, nous éloignons non seulement les faits où des complications de l'ordre de celles que nous venons d'indiquer, telles que mal de Pott, plaques méningées, tubercules de la moelle, accidents articulaires, sont survenues au cours d'un état chronique, mais encore ceux où d'autres éléments morbides surajoutés, l'alcoolisme, le saturnisme, une maladie de l'axe cérébro-spinal, par exemple, seraient de nature à rendre plus complexe le processus pathogénique. Cette élimination préliminaire est indispensable, si l'on ne veut observer que des cas absolument purs, dans lesquels les relations établies entre l'affection causale et les altérations qui en résultent présentent des garanties de netteté et d'exactitude, qui les mettent à l'abri de toute objection sérieuse.

Il nous semble, toutefois, difficile de considérer d'une façon absolument isolée les modifications que présentent les muscles. Les connexions intimes qu'ils présentent avec le système nerveux périphérique, indépendamment de toute notion préconçue à l'égard de l'action que celui-ci peut, lorsqu'il est malade, exercer sur eux, justifient une étude parallèle des lésions musculaires et des transformations des filets nerveux correspondants.

Les travaux parus sur cette question, ainsi envisagée, se divisent en deux catégories bien distinctes. Les uns, parmi lesquels nous citerons les études de Friedberg (1), la thèse d'agrégation de M. Ollivier (1869), les recherches de M. le professeur Hayem (1874 et 1877), les traités d'anatomie pathologique de MM. Cornil et Ranvier, de M. Lancereaux, ont été publiés avant la connaissance histologique des névrites et n'ont trait, en ce qui concerne notre sujet, qu'à l'état des muscles dans le marasme, dans les cachexies.

Les autres, au contraire, mettent surtout en relief les altérations nerveuses et laissent pour le moins dans l'ombre celles des muscles. Ainsi, M. Joffroy (2) décrit, en 1879, les lésions des nerfs chez les tuberculeux, et, en 1886, MM. Pitres et Vaillard (3) publient un mémoire sur les névrites périphériques dans la même maladie.

Il y avait donc place pour un travail d'ensemble réunissant les quelques éléments épars de la question des atrophies musculaires, et des lésions nerveuses périphériques, au cours des affections chroniques; il restait aussi nombre de lacunes à combler dans ce sujet complexe et ardu, que des recherches conduites avec habileté pouvaient enrichir de données précieuses. Dans un ouvrage des plus remarquables, M. Klippel (4), utilisant un grand nombre d'observations recueillies et d'examens histologiques pratiqués pendant plusieurs années, a su non seulement exposer, avec méthode et avec clarté, les notions acquises jusqu'à lui, mais encore bien mettre en lumière un certain nombre de faits nouveaux et de vues personnelles du plus haut intérêt. La description d'une réaction spéciale des muscles, la *réaction de débilité*, et la pathogénie des altérations musculaires que M. Klippel envisage et explique d'une façon tout à fait originale et bien en rapport avec les conceptions modernes, sont, parmi bien d'autres qui appartiennent également en propre à cet auteur, deux points particuliers sur lesquels nous aurons à insister dans cette étude, forcément succincte, des *lésions*, *du processus anatomique et pathogénique*, de la *symptomatologie* et des *formes cliniques* d'une classe d'amyotrophies dont nous croyons avoir suffisamment délimité le cadre.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° *Lésions macroscopiques.* — Le fait constant, c'est l'amaigrissement musculaire, qui peut aller jusqu'à l'atrophie. Mais l'aspect extérieur, en dehors

(1) FRIEDBERG. *Pathologie und Therapie der Muskelahmung*, 1858.
(2) JOFFROY. *Archives générales de médecine*, 1879.
(3) PITRES et VAILLARD. *Revue de médecine*, mars 1886.
(4) KLIPPEL. Thèse de Paris, 1879.

de la question du volume, comprend plusieurs variétés, auxquelles ne correspondent d'ailleurs nullement d'une façon exacte des lésions histologiques déterminées.

Quelquefois, même chez les cachectiques, les muscles, de volume presque normal, sont d'un rouge foncé, violacé, coloration qui paraît due à l'injection des veines. Dans d'autres cas, ils sont pâles, ou bien encore ils offrent un état gluant spécial qui a été signalé par M. Hayem dans les maladies générales.

Ces différents caractères peuvent exister sans qu'on trouve de lésions histologiques. Celles-ci ont été constatées par M. Klippel, plus particulièrement dans les muscles présentant une atrophie marquée, une couleur brune mêlée de stries jaunes, ou bien une couleur rosée, chair de poisson, avec des stries. Cette apparence brunâtre s'observerait surtout dans les muscles de la jambe, tandis que la pâleur serait plus fréquemment constatée aux membres supérieurs, à la cuisse, dans les vastes interne et externe, le droit antérieur restant plus foncé. Quelquefois cependant, tous les muscles seraient brunâtres.

Très souvent on remarque, à la périphérie des muscles atrophiés, un tissu conjonctif légèrement œdématié, qui peut en masquer la coloration réelle. Parfois les veines et les veinules musculaires sont oblitérées par des caillots anciens, et cela dans des cas où il n'y a ni œdème, ni phlegmatia alba dolens. M. Klippel croit toutefois, et son opinion nous paraît des plus vraisemblables, que cette oblitération périphérique précède et favorise l'infiltration des membres.

2° *Lésions microscopiques.* — L'examen histologique doit porter sur des dissociations fraîches et sur des coupes transversales et longitudinales.

Les dissociations montrent bien les lésions de la fibre même. Tantôt cette fibre est simplement amaigrie, diminuée de volume, parfois dans des proportions telles, qu'elle peut n'atteindre que le sixième de ses dimensions normales : mais les autres caractères sont conservés, il n'y a ni dégénération du contenu strié, ni altération du noyau. Tantôt, au contraire, la fibre offre son volume normal ou paraît même tuméfiée, ou bien la diminution de volume, lorsqu'elle existe, n'est qu'un fait accessoire et ce sont les phénomènes de dégénération du contenu strié et de prolifération nucléaire qui sont prédominants. Dans ces cas, la striation est difficile à distinguer, et, par places, la fibre n'offre plus que l'aspect trouble d'un tissu désorganisé renfermant une fine émulsion; les noyaux sont augmentés de nombre, avec un protoplasma granuleux et parfois un contour très irrégulier. M. Klippel rapproche ces phénomènes de multiplication des corpuscules musculaires de ceux qui ont lieu dans l'inflammation des muscles et qui constituent la première phase de la régénération. Mais, comme il n'a jamais vu ce stade dépassé, et comme, d'autre part, les corpuscules sont atrophiés et que leur protoplasma contient des granulations pigmentaires et graisseuses, il écarte complètement l'idée d'éléments propres à la régénération des fibres. Le contenu de la fibre a parfois subi une résorption partielle, et peut être composé de granulations protoplasmiques d'aspect variable : les noyaux sont alors bien plus nets que dans les cas où la fibre est tuméfiée, et ils contiennent des granulations analogues à celles qui sont dans la gaine. Il se peut enfin, la destruction étant plus complète, que la gaine à demi vidée ne renferme plus que quelques fragments granuleux, irréguliers, sans noyaux.

Les trois éléments qui constituent la fibre musculaire présentent donc, ainsi que l'ont établi les recherches de M. le professeur Hayem, des réactions pathologiques différentes :

1° La gaine, simple enveloppe à travers laquelle se font les échanges nutritifs, est peu sujette à s'altérer;

2° Le contenu strié, substance amorphe, ne subit que des altérations dégénératives, des désintégrations;

3° Le noyau, partie vivante de la fibre, présente des altérations vitales, multiplication, hypertrophie.

Les coupes transversales permettent de voir exactement les dimensions de la fibre musculaire. La diminution de volume n'existe pas au même degré dans tous les faisceaux d'un même muscle, ni dans toutes les fibres d'un même faisceau : car il n'est pas rare de trouver une fibre très grosse à côté d'une fibre très atrophiée. Parfois même, il y a une véritable hypertrophie, et M. Klippel tend à voir dans ce fait un phénomène de suppléance, analogue à celui que l'on observe dans le cœur scléreux où l'élément contractile s'hypertrophie pour lutter contre l'obstacle. Les surfaces de section des fibres sont extrêmement variables, rondes, ovales, triangulaires, irrégulières : les formes rondes et ovales appartiendraient plus spécialement aux fibres les plus atrophiées.

Le tissu conjonctif qui sépare ces fibres est très augmenté : il y a une véritable cirrhose musculaire. Mais l'épaississement de ce tissu interstitiel peut paraître plus considérable qu'il ne l'est en réalité. Il contient des gaines vides : parfois, on y voit des amas de noyaux qui, pour M. Klippel, seraient souvent des noyaux musculaires atrophiés, derniers débris de fibres qui ont disparu par résorption, en sorte que la prolifération du tissu conjonctif résulterait de l'accumulation dans ses mailles des produits de destruction des fibres musculaires voisines, et de l'irritation causée par la présence de ces éléments étrangers.

On ne trouve en général, au milieu des travées conjonctives, que des gouttelettes graisseuses très fines. Ce n'est que dans les atrophies anciennes et intenses, que l'on voit de grosses gouttes graisseuses, quel que soit le degré de cachexie du sujet. Il est bon de noter que ces transformations de la fibre musculaire diffèrent de celles qu'on observe dans certaines maladies, telles que la paralysie infantile, où le tissu musculaire est remplacé par une quantité considérable de graisse, et les paralysies d'origine cérébrale, où les muscles sont seulement amaigris.

Elles ressembleraient plutôt à certaines formes d'amyotrophies spinales, où il y a à la fois des fibres grêles et des fibres en état de dégénérescence : mais il existe encore ici des différences notables, quant au mode d'envahissement et de répartition de l'atrophie, à sa marche, etc.

C'est surtout avec l'atrophie musculaire progressive, que certaines variétés des amyotrophies qui nous occupent offrent des analogies frappantes.

Le diaphragme, le cœur, les vaisseaux participent aux lésions de l'ensemble du système musculaire.

Le diaphragme offre les mêmes altérations que les muscles des membres. Dans quelques cas, ces lésions peuvent être la cause de la mort, comme cela s'observe dans les atrophies des maladies aiguës où les phénomènes morbides, après avoir débuté par les membres, gagnent finalement les muscles de la respiration.

Le cœur est très souvent petit et non dilaté : sa colora-

tion est brunâtre : ses veines sont flexueuses et relativement volumineuses. Parfois cependant, le myocarde est flasque, distendu, presque jaunâtre, de couleur feuille morte et d'aspect graisseux sur la coupe. « Histologiquement, dit M. Klippel, les fibres cardiaques sont grêles. Leur striation a un aspect pulvérulent : on y voit surtout des granulations pigmentaires. Les processus atrophique et dégénératif sont mêlés, l'un plus ou moins prédominant sur l'autre. Le tissu conjonctif est peu ou pas épaissi. »

Les vaisseaux, veines et artères, sont habituellement étroits et grêles. Les gaines conjonctives des vaisseaux intra-musculaires sont épaissies. La tunique musculaire des artérioles présente rarement la réaction amyloïde, sauf chez les tuberculeux cachectisés.

« La dégénérescence des vaisseaux intra-musculaires, ajoute M. Klippel, prend donc part à la désorganisation du tissu. Nous croyons cependant qu'il s'agit le plus souvent d'une infiltration de la gaine des vaisseaux et que leur altération, comme l'hypertrophie conjonctive, est un fait secondaire. »

Altérations des nerfs périphériques et de la moelle. Leur rapport avec les amyotrophies. — La maladie générale chronique qui détermine les altérations musculaires ne reste pas sans action sur le système nerveux. Aussi est-il pour ainsi dire constant de trouver des lésions simultanées des muscles et des nerfs. Ceux-ci, d'ailleurs, ne sauraient être atteints sérieusement sans s'accompagner de troubles plus ou moins profonds dans la nutrition des muscles. Mais il faut savoir qu'à un examen superficiel, les nerfs peuvent paraître sains, dans les cas où la fibre striée est atrophiée et présente des lésions de résorption partielle, de multiplication des noyaux, etc., etc. Ce n'est là qu'une apparence montrée par les dissociations, car si l'on pratique des coupes transversales des mêmes nerfs, on y voit de la sclérose et l'on constate la disparition de fibres nerveuses complètement détruites. Le processus de résorption des tubes nerveux altérés est donc beaucoup plus rapide que celui qui se fait dans la fibre musculaire, si bien qu'on ne voit pas les différents stades des lésions nerveuses à une période voisine de leur début. Quelquefois cependant, dans des cas sans doute plus récents, on trouve des altérations dégénératives des nerfs périphériques en même temps que des altérations semblables des muscles.

Il est indispensable d'examiner les nerfs par deux procédés, après dissociation et sur des coupes.

Les *dissociations* séparent bien dans un nerf la fibre nerveuse du tissu conjonctif qui l'entoure et permettent d'apprécier le degré et la forme de la dégénération.

Le tissu conjonctif est épais et abondant.

Les lésions des fibres nerveuses affectent différents aspects.

A un premier degré, la myéline est festonnée, dentelée sur les bords : le cylindre-axe persiste.

A un stade plus avancé, la myéline est fragmentée en gros blocs allongés, arrondis ou irréguliers, séparés par des espaces clairs où la gaine est vide.

A un troisième degré, on trouve de grosses boules de myéline dans des tubes plus ou moins complètement vidés, pouvant contenir de fines granulations. Ces boules en îlots, disséminées de distance en distance dans une gaine revenue sur elle-même en d'autres points, lui donnent une apparence variqueuse toute particulière.

Enfin le cylindre d'axe disparaît, et les noyaux des fibres sont, dans certains cas, volumineux, situés au centre de la gaine, présentant un protoplasma rempli de granulations noires.

Au stade ultime, il y a résorption totale du contenu de la gaine qui seule survit à la dégénération de la fibre nerveuse.

On remarque en outre, chez certains cachectiques, des fibres grêles dont l'existence a d'ailleurs été signalée, mais en moins grand nombre, à l'état normal. M. Klippel ne sait pas s'il s'agit là de fibres jeunes de régénération, ou de fibres en état d'atrophie simple, ou bien encore de fibres restées grêles du fait de la cachexie.

Il arrive parfois que, chez des malades dont les altérations musculaires sont très profondes, on ne constate que l'abondance du tissu conjonctif et l'augmentation de nombre des petites fibres. Ce serait une erreur, dans ces cas, de croire que les nerfs sont sains. Bien au contraire, cette constatation indique que le processus est terminé dans les tubes nerveux. Les dissociations, dans ces circonstances, ne font voir que les fibres intactes : il faut avoir recours à l'examen des coupes qui révèle l'épaississement du tissu cellulaire et la disparition des tubes, dont il n'y a plus trace.

Les coupes transversales montrent, en effet, que le tronc du nerf est diminué de volume, que les travées fibreuses qui séparent les faisceaux nerveux sont élargies, et, à un grossissement assez fort, que les tubes nerveux, au lieu d'être rapprochés les uns des autres, sont séparés par des anneaux conjonctifs d'une épaisseur notable. En outre, les mailles conjonctives ne contiennent plus de cylindre-axe ; elles sont remplies par un tissu d'aspect fragmenté, non coloré par le carmin, et elles présentent de petits noyaux atrophiés. Il est donc évident qu'il y a eu disparition totale d'un certain nombre de fibres dans le nerf sclérosé.

Les lésions de la moelle épinière, qui peuvent manquer, sont moindres que celles des nerfs périphériques. Elles portent sur les cellules des cornes. Les cellules des cornes antérieures sont grêles, étroites, ou bien elles ont une tendance à prendre une forme arrondie : leur protoplasma est rempli de grosses granulations noires, aspect que l'on retrouve dans la moelle des vieillards. D'autres fois, les cellules sont troubles, tuméfiées, mal colorées par le carmin. Les mêmes altérations s'observent dans les cellules des cornes postérieures de la région dorsale, au niveau du groupe interne.

Quelquefois la moelle offre un léger degré de sclérose généralisée.

III

Processus anatomique. — Il est intéressant de rechercher l'ordre de succession des différentes modifications anatomiques dont la fibre musculaire est le siège. En ce qui concerne les fibres étroites et grêles qui ont conservé tous leurs autres caractères, la diminution progressive de leur volume s'explique sans difficulté ; mais pour les lésions plus complexes, M. Klippel, qui a étudié avec le plus grand soin leur évolution, est arrivé aux conclusions suivantes :

Au début, la striation transversale disparaît ; la striation longitudinale persiste encore, le contenu de la gaine tend à devenir granuleux ; la coloration par le carmin montre, d'une façon évidente, l'altération du protoplasma des cellules musculaires.

A un deuxième degré, on constate, outre les altérations

précédentes, la multiplication des noyaux, irrégulièrement disséminés dans la fibre musculaire, et, en même temps, hypertrophiés. On trouve aussi, dans le protoplasma qui est jaune pâle, un grand nombre de granulations pigmentaires et graisseuses.

Plus tard, cet aspect granuleux devient encore plus marqué. Les fibrilles ne sont plus distinctes, le contenu du sarcolemme est en pleine dégénération, les noyaux ne sont pas ou sont à peine visibles. Sont-ils seulement difficiles à voir au milieu des fibres tuméfiées ? Cela est probable, car on les retrouve multipliés, agrandis, avec des lésions qui semblent impliquer une évolution plus avancée.

« A un quatrième degré, dit M. Klippel, la substance musculaire est fragmentée et en voie de résorption. On peut observer deux aspects différents. Nous ne savons pas si l'un précède l'autre, s'il s'agit de degrés différents d'un même processus en évolution, car il est permis de croire que la destruction, arrivée à ce terme, peut revêtir deux formes. On trouve des gaînes plus ou moins vides de protoplasma différencié et contenant de gros corpuscules musculaires placés de distance en distance. Sur des coupes, les mêmes fibres paraissent entourées d'un cercle de noyaux.

En second lieu, il y a des fibres musculaires réduites à leur gaine qui, malgré sa finesse, est bien visible, gaine plus ou moins revenue sur elle-même. Dans l'intérieur, on voit des granulations groupées, des plaques granuleuses disposées en îlots. Au centre de ces plaques, on ne voit aucun noyau. »

Si l'opinion de M. Klippel est quelque peu réservée relativement aux derniers stades de l'évolution morbide de la fibre musculaire, elle est, au contraire, extrêmement affirmative au sujet des deux premières périodes. Pour lui, sans aucun doute, il y a d'abord altération du contenu strié sous l'influence soit de l'ischémie, soit de lésions nerveuses, soit encore d'autres causes, puis prolifération des noyaux. On conçoit toute l'importance de ces données, puisqu'elles permettent de se rendre compte de la nature et de la marche du processus anatomique dans son ensemble. Il y aurait, en effet, irritation produite par le contenu strié dégénéré et, consécutivement, véritable inflammation de voisinage portant sur les noyaux : l'inflammation du tissu conjonctif voisin pourrait également reconnaître la même étiologie. « Ainsi le processus destructif serait à la fois dégénératif et inflammatoire, mais la dégénération serait le premier phénomène, l'inflammation n'en serait que la suite et la conséquence. » Des phénomènes réactionnels de même ordre s'observent du reste dans un certain nombre de faits : les dépôts caséeux, les infarctus déterminent autour d'eux des altérations phlegmasiques ; il en est de même des foyers de transformation graisseuse des tuniques artérielles, où la portion atteinte se nécrose et provoque, par irritation de voisinage, de véritables lésions d'endartérite.

IV

Pathogénie. — Il ne suffit pas de connaître les transformations morbides de la fibre musculaire, depuis le premier terme de leur évolution jusqu'à leur stade final, il faut encore rechercher les causes de ces lésions et se demander quels sont les agents susceptibles de provoquer dans les muscles des troubles de nutrition aussi considérables.

L'immobilité, à laquelle sont condamnés beaucoup de malades, ne saurait avoir un rôle pathogénique bien important. Tout d'abord, elle n'est jamais absolue et les mouvements sont en général suffisants pour assurer l'équilibre nutritif du système musculaire, du moins en partie. Virchow rapporte un cas de conservation parfaite des muscles après trente années de repos absolu.

Il est plus légitime d'invoquer la participation du système musculaire à l'amaigrissement de tout l'organisme. En effet, au moment où il se fait une émaciation générale, le muscle s'use et du fait de son fonctionnement, et du fait de l'insuffisance d'apport des matériaux qui doivent servir à sa reconstitution. « Il semble, a dit Cruveilhier, que l'émaciation morbide porte autant sur le système musculaire que sur le système adipeux, et que ce soit aux dépens de leur fibrine, non moins que de leur graisse, que se nourrissent les individus soumis à une longue diète, en proie à une longue maladie. » Cet état d'amaigrissement simple constitue parfois la seule lésion qu'il soit donné d'observer chez quelques sujets.

L'influence des lésions vasculaires est incontestable : mais le fait a besoin d'explication. Il est certain que, chez les tuberculeux, l'aorte et les gros vaisseaux sont fréquemment rétrécis et grêles, et que cette diminution de calibre est une condition éminemment favorable à l'apparition de l'atrophie des muscles. Mais les altérations des vaisseaux intra-musculaires, dans les portions de muscles dégénérés, n'ont pas toute l'importance pathogénique qu'on pourrait être tenté de leur prêter. Ces lésions, qui consistent dans l'infiltration des parois par des granulations pigmentaires, graisseuses, et par tous les produits qui proviennent de la désassimilation des fibres voisines, sont, en effet, secondaires et résultent, ainsi que la sclérose du tissu conjonctif interfasciculaire, de la résorption des éléments du tissu musculaire dégénéré. Une fois constituées, elles ne restent évidemment pas sans effet sur la nutrition de la fibre musculaire, mais elles produiraient surtout — et M. Klippel insiste sur ce point — la gêne de la circulation en retour par défaut de *vis a tergo*, d'où la stase veineuse, la thrombose et, comme dernière conséquence, la phlegmatia alba dolens.

Aux altérations du système nerveux revient une part considérable dans le développement des amyotrophies. Outre les modifications dans les cellules de la moelle, dont nous avons parlé, il faut probablement faire entrer en ligne de compte ces lésions dynamiques des cellules nerveuses médullaires, qui, d'après Erb, Rumf, Eixenlohr et M. Charcot, expliqueraient parfois les désordres constatés dans les nerfs ou dans les muscles.

Mais les transformations anatomiques des nerfs périphériques ont une influence bien autrement digne d'attirer notre attention. On sait que les lésions des troncs nerveux, et que leur section expérimentale entraînent l'atrophie musculaire dans les régions correspondantes. Les expériences de Vulpian, celles de Babinski ont montré qu'à la suite des sections nerveuses chez les animaux, on pouvait observer une modification notable de la striation des fibres, la multiplication des noyaux, la diminution du diamètre des fibres, la prolifération du tissu conjonctif intermusculaire. Or, ces modifications de la fibre musculaire sont analogues à celles qui ont été constatées et décrites dans les maladies chroniques par M. Klippel. Cet auteur n'en conclut cependant pas que les lésions des muscles sont sous la dépendance de celles des nerfs. Si, en effet, celles-ci sont suffisantes pour expliquer l'altération des muscles, elles ne sont pas

nécessaires. Dans toute inflammation primitive ou secondaire, dans toute myosite, on aura le même aspect anatomique, la même prolifération des noyaux.

« Et bien plus, ajoute M. Klippel, si, comme nous l'avons dit en parlant du processus anatomique, la lésion de la substance striée est primitive, si la multiplication des noyaux n'est que le résultat de l'irritation produite sur eux par la première lésion, on peut admettre que la maladie générale altérant d'abord et directement le contenu strié, on trouve finalement, dans les muscles, le même état qu'y produisent les altérations des nerfs. »

Par quel intermédiaire la maladie générale exerce-t-elle donc son influence sur la fibre musculaire ?

La richesse en vaisseaux du système musculaire qui tient, comme volume, la place la plus importante parmi les tissus de l'économie, permet de concevoir que les modifications du sang, puissent avoir une action prépondérante sur l'évolution des amyotrophies.

Nous ne faisons pas seulement allusion ici à la pauvreté du sang en principes nutritifs, à la diminution de l'oxygène qu'il contient : ce sont, certes, des éléments qui ont leur importance. Nous voulons surtout mettre en relief les altérations sanguines sur lesquelles les découvertes modernes ont jeté un jour tout nouveau.

On sait aujourd'hui que les maladies infectieuses agissent par les microbes ou par leurs produits sécrétés, qui vont porter au loin des troubles plus ou moins profonds. Or il est à remarquer que, dans les affections parasitaires aiguës, il y a souvent des lésions musculaires, ainsi que Gubler l'avait déjà noté, dans son mémoire sur les paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës (1) et dans son travail sur les paralysies amyotrophiques consécutives aux mêmes affections (2). Pourquoi les mêmes vues pathogéniques ne seraient-elles pas applicables aux maladies générales chroniques ? Les ulcérations cancéreuses étendues, les vastes cavernes tuberculeuses sont éminemment propres à être le siège de phénomènes de résorption septicémique, et la tuberculose peut sans doute, dès le début, grâce au bacille de Koch et aux agents toxiques qu'il sécrète, déterminer directement des lésions musculaires et nerveuses. Disons à ce sujet que M. Salis (3), ayant injecté à des cobayes et à des lapins de la matière bacillifère, a vu les cobayes inoculés devenir tuberculeux, tandis que les lapins ne présentaient pas de tubercules. Ils offraient seulement un amaigrissement extrême, des symptômes généraux, et mouraient dans l'état de marasme. L'inoculation avait donc produit l'amaigrissement musculaire, en introduisant dans l'organisme des substances susceptibles d'agir sur les muscles.

D'après M. Klippel, l'intervention d'agents toxiques, qu'ils proviennent ou non de microbes, explique bien les lésions musculaires et nerveuses trouvées aux autopsies. En faveur de sa manière de voir, il développe les arguments suivants :

1° Les intoxications par l'alcool et par le plomb produisent, dans les muscles et dans les nerfs, des modifications anatomiques semblables à celles qu'il a observées dans les maladies chroniques ;

2° L'hypothèse d'agents toxiques rend compte de certaines altérations précoces du système névro-musculaire, dans des cas où la maladie est encore locale et n'a pas retenti sur les autres organes. Certaines substances ont en effet, ainsi que l'a montré Claude Bernard, des affinités spéciales, soit pour les nerfs, soit pour les muscles ;

3° Les lésions profondes, constatées souvent dans les reins en même temps que dans les muscles, font naturellement songer à la rétention de produits toxiques. Les mêmes remarques s'appliquent au foie.

4° L'atrophie musculaire peut s'accompagner de symptômes qui relèvent plus ou moins nettement d'une intoxication : accès de narcolepsie, coma, insomnie, douleurs, anesthésies, hyperesthésies, etc.

« Comme conclusion, dit M. Klippel, on peut admettre qu'à côté de causes secondaires (immobilité, nutrition générale, altération quantitative du sang, etc.), les lésions du système musculaire dépendent essentiellement de l'action de substances toxiques à affinité spéciale, agissant sur les nerfs et sur les muscles.

La lésion des nerfs, les lésions matérielles et dynamiques de la moelle, seraient peut-être suffisantes pour expliquer l'altération des muscles et, en tout cas, elles y prennent part, mais l'intensité relative de la lésion des muscles et d'autres considérations doivent logiquement faire admettre que la maladie porte aussi directement son action sur eux.

Cette action se ferait d'abord sur la substance striée, déterminant une dégénération qui pourrait elle-même, dans la suite, amener une irritation et une prolifération des cellules musculaires et du tissu conjonctif. »

V.

Symptomatologie. — Les altérations musculaires que nous venons de décrire ne sont pas sans donner lieu à une série de symptômes qu'il importe de connaître. Disons tout d'abord que cette symptomatologie n'est pas *une* : le grand nombre des formes et la diversité des localisations observées, la variabilité des degrés que la lésion peut atteindre, rendent difficile la description clinique des amyotrophies au cours des maladies chroniques. Il est cependant possible d'en réunir les caractères généraux les plus fréquents dans un exposé suffisamment exact et méthodique.

Il est une considération qui domine toute cette étude et que nous devons développer ici : c'est que tous les sujets ne sont *pas égaux devant la même maladie*. Ainsi que le fait remarquer M. Klippel, de deux tuberculeux ayant les mêmes lésions pulmonaires et arrivés au même état cachectique, l'un pourra être plus touché que l'autre au point de vue musculaire : la maladie frappera particulièrement les muscles de l'un et respectera ceux de l'autre. N'observe-t-on pas cette sorte de prédilection de la maladie, chez quelques individus, pour certains organes comme pour certains systèmes ? Ne voit-on pas, dans un grand nombre de cas, la tuberculose intéresser plus spécialement, chez celui-ci le rein, chez celui-là l'intestin, chez d'autres le système séreux ?

Non seulement le système musculaire peut être affecté d'une façon plus marquée que ne le comporte l'état morbide général du sujet, en vertu d'une sorte de prédisposition, mais encore il peut l'être *d'une manière précoce*. Les lésions prédominantes dans les muscles se montrent alors à une période plus ou moins rapprochée du début de la maladie, tandis que, dans les autres faits, ces altérations s'accentuent avec ses progrès mêmes et évoluent parallèlement aux autres symptômes.

(1) Gubler. Société médicale des hôpitaux, 1860.
(2) Gubler. Société de biologie, 1861.
(3) Salis. Thèse de Bordeaux, 1888.

Le mode pathogénique principal, suivant lequel se produisent les modifications du système musculaire, montre qu'elles doivent être, en général, *diffuses*. D'après Frænkel (1), certains muscles seraient cependant plus *souvent atteints* : ce seraient, par ordre décroissant de fréquence : ceux de la cuisse, le diaphragme, ceux de la jambe, du dos, du ventre, de l'éminence thénar, le masséter, ceux du cou, du thorax. M. Klippel a souvent remarqué la prédominance des symptômes sur l'un ou l'autre des membres inférieurs, ou sur les membres inférieurs par rapport aux supérieurs. Lorsque les lésions sont précoces, elles se localiseraient de préférence à un membre ou à un groupe musculaire.

Leur *intensité* est des plus variables : elle peut être portée extrêmement loin. M. Klippel a vu, dans un cas de cachexie cancéreuse, le degré d'atrophie de l'éminence thénar dépasser celui qu'il avait observé dans un fait bien caractérisé d'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne.

Ces préliminaires établissent, de la façon la plus nette, que les amyotrophies peuvent revêtir des modalités cliniques multiples, et qu'une description symptomatique d'ensemble ne répondrait nullement à la généralité des faits. Aussi nous bornerons-nous à étudier successivement chaque symptôme.

Diminution de volume. — La participation du système musculaire à la dénutrition et la résorption concomitante si rapide du tissu adipeux donnent aux malades un aspect extérieur qui avait déjà frappé les anciens médecins et dont on trouve le tableau dans leurs écrits : « Le cou est tortueux, effilé, difficilement mobile, paraissant comme tendu ; les doigts grêles, les articulations grosses ; on n'en voit plus que les os, toutes les chairs en sont consumées. Les ongles deviennent crochus. La partie ventrue des doigts se parche et s'aplatit, et perd, par le dépérissement, sa rondeur et sa tension, et c'est ce qui donne cette forme aux ongles, car ces corps, quoique naturellement solides, s'affaissent, la portion charnue de l'extrémité des doigts n'existant plus, pour leur servir comme de repos et de point d'appui. Le nez pointu, aminci, les pommettes saillantes, les yeux excavés, la partie mince des joues rentrée et serrée contre les dents, ce qui donne l'apparence d'une personne qui rit ; tout le corps prend l'aspect d'un squelette, car la même maigreur, le même décharnement s'observent partout. Les muscles des bras disparaissent ; il ne reste plus du sein que le mamelon, les côtes deviennent visibles, non seulement au point de les compter toutes, mais de voir distinctement leurs articulations, tant du côté de l'épine que du sternum, leurs interstices vides, et toute leur courbure presque à nu : les hypochondres creux, retirés, le ventre aplati et, pour ainsi dire, collé contre l'épine ; les articulations partout décharnées, extrêmement apparentes, tant celles du bras, des jambes et des hanches que celles de l'épine qui, auparavant renforcée, maintenant que tous les muscles de chaque côté ont disparu, s'avance en dehors et présente des pointes osseuses ; les omoplates entièrement découvertes et semblables à deux ailes d'oiseaux... »

Cet amaigrissement ou cette atrophie intéresse également le système musculaire de la face, et à des degrés aussi variables que celui des membres et du tronc.

L'état des téguments peut masquer plus ou moins l'état réel des muscles sous-jacents. Mais tandis que la peau tombe flasque et pendante, à mesure que la résorption du tissu adipeux devient plus marquée, les muscles, au contraire, se rétractent et s'accolent au squelette, d'autant plus que l'amaigrissement s'accentue davantage.

Déformations. — Certaines *déformations* peuvent même résulter de ces rétractions progressives. M. Klippel a observé un malade qui présentait des deux côtés un pied-bot varus équin, coïncidant avec une atrophie considérable des muscles de la jambe, difformité qui rendait impossible la station debout. Dans un autre cas, il y avait une légère flexion des jambes sur les cuisses, et la malade, profondément cachectisée, ne pouvait plus quitter le lit depuis longtemps, à cause de l'atrophie extrême des muscles des membres inférieurs.

Diminution de la force. Tremblement. — La diminution de la force peut se montrer à des degrés divers : faiblesse, parésie ou paralysie.

Souvent on constate une faiblesse qui n'est en rapport ni avec le degré de cachexie, ni avec celui de l'amaigrissement : il s'agit d'une véritable asthénie musculaire généralisée. Ainsi un malade, avec des muscles assez bien conservés, sans fièvre, avec des fonctions digestives relativement bonnes, était dans l'impossibilité de se lever ou de marcher, et même il éprouvait de la difficulté à s'asseoir sur son lit : il restait immobile, couché sur le dos, comme une personne atteinte de rhumatisme articulaire aigu généralisé.

D'autres fois, la force fait défaut seulement pour la station debout, et les membres peuvent être remués sur le plan du lit.

Parfois le malade s'aperçoit d'une façon soudaine de la parésie de l'un des membres supérieurs, par exemple, en même temps qu'il se manifeste une légère diminution de la sensibilité. Puis le symptôme persiste, s'accuse ; l'atrophie et l'abolition des réflexes surviennent.

Certains tuberculeux ont du *tremblement* pendant les mouvements voulus. Il existe aussi, mais plus rarement, du tremblement provoqué. M. Klippel a noté, dans un cas de cachexie cancéreuse, une trépidation épileptoïde du pied que l'on pouvait provoquer facilement. Mais jamais ce phénomène n'offre, en intensité et en durée, les caractères qui lui sont habituels dans certaines affections.

Réactions des muscles. Réaction de débilité musculaire. Réaction électrique. État des réflexes tendineux. — L'hyperexcitabilité mécanique des muscles, le myoïdème décrits par Beau dans la fièvre typhoïde, par les auteurs anglais et par M. Labbé (1) dans la tuberculose pulmonaire, ont été, de la part de M. Klippel, l'objet de recherches particulièrement intéressantes. Cet auteur a bien montré qu'il ne s'agissait pas là d'un phénomène, limité à certains muscles déterminés, mais que cette hyperexcitabilité, qui se manifeste lorsqu'on percute un muscle, par une contraction locale et un relief à la surface de la peau, est généralisée à tout le système musculaire et qu'on peut la provoquer par l'excitation d'un muscle quelconque.

C'est à ce phénomène spécial qu'il a donné le nom de *réaction de débilité ou de faiblesse ou de cachexie des muscles*. Son mérite n'est donc pas seulement d'avoir donné une bonne description de ce signe, il a surtout su bien faire voir son caractère de généralisation, et indiquer comment on

(1) Frænkel. *Arch. f. Anat. und Physiol.*, t. XXIII, p. 166.

(1) Labbé. Thèse de Paris, 1881.

devait le rechercher, quelle était sa valeur diagnostique ou pronostique, quelle interprétation il était permis de donner de sa pathogénie.

Pour les auteurs qui l'ont précédé, le phénomène du myoïdème ou la contraction idio-musculaire s'observe spécialement au niveau du grand pectoral des malades atteints de tuberculose pulmonaire ou pleurale. Ce serait même là, pour Lawson-Tait, un signe précoce de tuberculose et sa constatation serait de nature à faire prévoir l'évolution prochaine de la maladie. M. Klippel n'a pas fait porter ses examens sur les grands pectoraux ou sur les autres muscles de la paroi thoracique : il faut, en effet, pour éviter toute cause d'erreur, ne pas tenir compte des cas où des influences locales ont pu s'exercer, comme cela a lieu dans les maladies du système nerveux ou à la suite d'arthrites, de rhumatisme chronique; les réactions musculaires que l'on étudie ne devant traduire que l'influence d'une maladie générale sur les muscles, c'est à des masses musculaires, dont l'altération est indépendante de toute affection locale, que l'on doit s'adresser : aux muscles des membres par exemple, dans la tuberculose pulmonaire, aux avant-bras, aux bras, aux cuisses et aux jambes.

L'endroit le plus favorable à l'étude du phénomène est la face antérieure de l'avant-bras, au niveau du coude, sur la masse musculaire externe. Le biceps, le triceps crural, la région antéro-externe de la jambe montrent bien aussi la contraction du muscle à chaque excitation.

La percussion donne quelquefois lieu à de véritables boules ou intumescences semblables à celles que l'on produit sur le biceps, lorsqu'on le fait vibrer à la façon d'une corde saisie entre les doigts, soulevée, puis lâchée brusquement. Elle s'accompagne aussi, dans certains cas, de mouvements qui sont en rapport avec l'action du muscle exploré, et même de tremblement.

Cette *réaction de débilité* présente deux variétés symptomatiques : tantôt il y a contraction du muscle percuté avec ondulation visible, tantôt il se produit une boule musculaire, un relief persistant pendant quelques secondes, perceptible à l'œil et au toucher. Parfois, les deux phénomènes sont associés : on observe alors et le relief de contraction, et l'intumescence de la peau. M. Klippel cite un cas où, lorsqu'on percutait le muscle droit antérieur de la cuisse, on voyait en même temps le déplacement de la rotule et la production du nodule musculaire.

Si la constatation de cette hyperexcitabilité des muscles peut rendre des services, dans certaines circonstances, pour le diagnostic d'une affection dont les signes sont encore peu nets, d'une tuberculose au début, d'un cancer latent, elle atteste aussi, au point de vue du pronostic, l'état de débilitation du sujet. Il faut cependant savoir qu'elle ne donne pas toujours la mesure exacte de l'état cachectique du malade, elle indique seulement à quel degré est frappé le système névro-musculaire qui, ainsi que nous l'avons dit, peut être très diversement atteint suivant les individus. Il est également utile de faire remarquer que cette excitabilité, preuve de faiblesse musculaire, est un signe qui a surtout de la valeur chez les sujets d'un âge déterminé et qu'il perd de son importance dans la vieillesse, par exemple, où la vigueur des muscles est normalement diminuée.

La *réaction de débilité musculaire* se produit donc, lorsque la nutrition du système névro-musculaire est troublée : mais elle est liée aux états pathologiques dans lesquels le muscle n'est que peu altéré, et ne présente pas de perturbations nutritives irrémédiables. Ainsi, on ne l'observe pas dans les atrophies d'origine spinale, où la lésion musculaire est profonde.

Elle est toujours plus marquée chez l'homme que chez la femme. Il semble que ce soit un acte local, une réaction plus facile de la fibre musculaire, comme si, le muscle ayant diminué de volume, des excitations insuffisantes à l'état normal, une percussion plus ou moins forte faite avec le doigt, suffisaient à l'état pathologique pour provoquer la contraction.

Il ne s'agit pas là d'un phénomène d'ordre réflexe; l'hyperexcitabilité existe en effet dans les cas où les nerfs sont paralysés par l'action du curare, et de plus, dans une observation de M. Klippel, on constatait facilement la *réaction de débilité* au niveau du droit antérieur de la cuisse, tandis que les réflexes rotuliens étaient absolument abolis.

Presque toujours, en même temps qu'il y a hyperexcitabilité musculaire, les *réactions électriques* sont diminuées, et cela dès le début, avant la période cachectique. M. Klippel a vu l'abolition complète aux courants faradiques (avec le maximum de l'appareil Chardin), chez un malade qui marchait encore, quoiqu'il fût faible. Pour cet auteur, c'est surtout aux membres inférieurs qu'on remarque cette diminution. Il a trouvé également l'excitabilité galvanique diminuée; elle n'était supprimée complètement dans aucun cas.

Les *réflexes tendineux* sont tantôt abolis, tantôt exagérés, d'autres fois, inégaux. Chez les tuberculeux, les réflexes rotuliens sont souvent augmentés au début de la cachexie; fréquemment aussi ils sont inégaux. Ces faits peuvent être rapprochés de ceux où l'on constate l'exagération des réflexes à la suite d'une longue marche ou d'une fatigue musculaire. Le réflexe crémastérien présente la même exagération chez les débilités.

Troubles de la sensibilité et troubles trophiques coïncidant avec les lésions musculaires. — Le processus morbide qui, frappant les muscles et les nerfs, produit l'amyotrophie, peut intéresser aussi la peau, les nerfs sensibles, et donner en conséquence lieu à des altérations trophiques cutanées et à des troubles de la sensibilité générale.

C'est ainsi que l'on a constaté la diminution de la sensibilité, soit générale, soit localisée spécialement à un membre. D'autres fois, on signale ces douleurs si bien décrites chez les phthisiques par Beau, Leudet, Williams, douleurs que M. Klippel a observées dans les dernières périodes du cancer de l'utérus, et qui répondent à l'arthralgie et à la mélalgie.

La peau peut être sèche, écailleuse, squameuse, plus ou moins amincie. Les ongles sont déformés. Les poils tombent parfois.

Enfin, il serait possible d'observer des eschares qui se développeraient sous la même influence.

Amyotrophie cardiaque. Tachycardie. — L'existence de lésions du myocarde, analogues à celles de la fibre musculaire de la vie de relation, explique bien la pathogénie d'un symptôme que M. Klippel a décrit chez les cachectiques : la *tachycardie*. L'objection qui consisterait à invoquer chez les tuberculeux des lésions pulmonaires, des phénomènes de compression des pneumogastriques, tombe devant ce fait que le même symptôme a été constaté dans plusieurs cas de cancer de l'utérus. Il semble plus naturel d'invoquer

l'état de dénutrition de l'économie et de placer la tachycardie au même rang que l'hyperexcitabilité des muscles.

Amyotrophie laryngée. — Chez certains cachectiques tuberculeux presque aphones, que l'on croyait atteints de tuberculose laryngée ultime, il n'y a parfois aucune lésion de la muqueuse, ainsi que le démontre ultérieurement l'autopsie : les muscles du larynx sont seulement en état d'atrophie dégénérative.

Autres symptômes. — Les signes qui précèdent sont souvent accompagnés d'œdème périmalléolaire, de phlegmatia alba dolens, de tuméfaction articulaire, d'atrophie et de fractures des os, et d'autres phénomènes accessoires, tels que fréquentes attaques de narcolepsie, hypertrophie fibreuse des mamelles, troubles psychiques et coma. Mais ce sont là autant de symptômes qui ne font pas partie intégrante de notre sujet et dont nous croyons devoir simplement faire mention.

VI

Marche, forme. — L'atrophie des muscles se produit parfois brusquement, par poussées subaiguës. Un malade de M. Klippel, un tuberculeux, se réveilla un matin paralysé des quatre membres, et, les jours suivants, les masses musculaires s'atrophièrent rapidement. Cette atrophie s'enraya bientôt; le malade reprit des forces, malgré la persistance de lésions très accusées à l'un des sommets, et les muscles augmentèrent graduellement de volume, sans atteindre toutefois celui qu'ils avaient auparavant.

Fréquemment, c'est lorsque la cachexie fait des progrès, que le système musculaire est influencé soit brusquement, soit d'une façon progressive.

Du reste, et c'est sur ce point que nous voulons insister en terminant, la maladie des muscles, quelle que soit l'affection première qui la produit, se montre sous deux aspects différents : tantôt elle apparait comme un symptôme tardif, tantôt elle se développe d'une façon précoce.

Dans le premier cas, où les causes de production sont multiples, l'altération du système musculaire a un début qui passe souvent inaperçu : ses symptômes, parfois assez indécis, doivent être recherchés au milieu de ceux de la maladie primitive qui les masque plus ou moins complètement.

Dans le second cas, au contraire, où les éléments étiologiques sont moins nombreux, l'amaigrissement des membres, dès le début de la maladie première, et quelquefois même la marche brusque et aiguë de l'atrophie qui domine complètement le tableau clinique, éveillent l'attention du médecin et mettent sur la voie de l'affection causale, laquelle a porté son action en majeure partie sur le système musculaire, en donnant lieu à l'évolution aiguë ou chronique d'une myopathie avec névrite.

Dans ces deux grandes catégories de faits, il serait aisé de créer des subdivisions, des classes de types différents, au point de vue de la période d'apparition des lésions, de leur rapidité d'évolution, de leur marche graduellement progressive ou par poussées subaiguës. Peut-être aussi, dans un autre ordre d'idées, pourrait-on, comme le fait remarquer M. Klippel, ranger dans l'un de ces groupes certaines formes de rhumatisme chronique survenant chez des tuberculeux, avec douleurs et atrophie, et qui ne sont pas sans analogie avec les désordres névro-musculaires que nous décrivons. Mais il s'agit là d'interprétations encore discutables, au sujet desquelles nous ne pouvons pas entrer dans de plus grands développements.

D'ailleurs, d'une façon générale, on peut se contenter en clinique des deux grandes divisions que nous avons indiquées : dans la première, lésions des muscles égales à celles des autres organes; dans la seconde, altérations musculaires prédominantes sur les autres localisations morbides.

« Quoi qu'il en soit, dit M. Klippel, de ces deux catégories, amyotrophies précoces et amyotrophies chroniques, et des variétés des types qu'elles présentent, le fait primordial est le même : à savoir que les grandes maladies chroniques peuvent frapper le système névro-musculaire, et que les troubles de ces appareils, qui apparaissent nettement dans les cas d'amyotrophie précoce, peuvent être distingués, au milieu de la cachexie, dans les formes tardives. »

VARIÉTÉS

Sur les écrits encore inédits des anciens médecins grecs et sur ceux dont le texte original est perdu, existant en latin et en arabe (1).

Par M. le professeur Laboulbène.

L'Académie a fait voir, à plusieurs reprises, que les découvertes modernes ne sauraient lui faire oublier l'antiquité médicale. Notre époque a été favorisée par la publication des écrits d'Hippocrate, d'Oribase, de Rufus, etc., qui resteront comme des modèles d'érudition avec les noms aimés de Littré et de Daremberg.

Mais il existe de grandes lacunes à combler dans la littérature médicale grecque; un trop grand nombre d'auteurs sont encore partiellement ou totalement restés inédits. Aussi le travail consciencieux de M. le docteur Costomiris a-t-il fait sur votre Commission l'impression la plus favorable. L'auteur s'est livré à de longues et persévérantes études en compulsant les manuscrits de notre bibliothèque nationale, une des plus riches, sinon la plus riche du monde, au dire du reconnaissant docteur Costomiris. Il a dressé une liste, soit des livres, soit des extraits qui existent dans les manuscrits de Paris et dans les autres manuscrits des diverses bibliothèques. Enfin, le chercheur infatigable s'est attaché à réunir tous les documents pour arriver à pouvoir fournir une édition complète et correcte des anciens ouvrages médicaux grecs encore inédits.

Votre rapporteur, voulant donner à l'Académie une idée des résultats auxquels est parvenu M. Costomiris, va indiquer, aussi brièvement que possible, les divers écrits dont la publication est, dès à présent, possible et à désirer :

I. Écrits galéniques dont le texte grec est inédit.

1. *De la diète atténuante et engraissante.* Se trouve à Paris, dans le manuscrit n° 634, folio 133, du Supplément grec.
2. *Comment les embryons sont animés*, dédié à Gavrus. Il se trouve dans les Mss. 635 et 727 du Supplément grec, à Paris.
3. Trois livres intitulés : a. *Des muscles*; b. *Des os*; c. *Des veines*. Ces ouvrages, autres que les traités publiés, se trouvent en même temps que les derniers dans le manuscrit, T. III-7, à l'Escurial.
4. Περὶ τοῦ ὅλου νοσήματος. Il se trouve dans le manuscrit de l'Escurial, Σ.-I.-12. Il n'est pas sûr que ce livre galénique n'ait pas déjà été publié sous ce titre : Περὶ τῶν ὅλου τοῦ νοσήματος καιρῶν.
5. *Traité de la crudité.* Il existe dans le manuscrit grec 2256, de Paris.

(1) Rapport lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 23 juillet.

6. *De la diète et des thérapies*, dédié à Anticensor Patricius. Dans le Ms. grec 2230, de Paris.

7. *Questions médicales*. Codex græcus, 469, de Munich.

8. *De medicine Hippocratis*. Biblioth. de Belgique, n° 11346.

9. *Epistola ad Teuthrantem de pulsibus*. Codex palatinus græcus du Vatican, n° 400.

10. *Synopsis des médicaments simples de Galien*. Ms. grec, 2230, folio 37, de Paris.

11. *Table* des divisions pour dix livres de Galien, par un auteur anonyme ancien. Codex medicus græcus, n° 35, de Vienne.

De ces onze traités, les deux premiers sont certainement dus à Galien, ainsi, très probablement, que ceux des n°s 3 et 4. Les traités, *Des muscles*, *Des os*, *Des veines* et Περὶ τοῦ ὅλου νοσήματος, sont peut être inscrits par erreur dans le Catalogue. Les autres traités, des n°s 5 à 11, paraissent être apocryphes, mais ils ne manquent pas d'intérêt.

Galien, dans son ouvrage : Sur ses propres livres (édit. Kühn, p. 46), nous apprend qu'il a écrit des commentaires sur le Timée de Platon. Un fragment nous était parvenu en traduction latine : *De medice dictis in Platonis Timeo commentarii*, dans Chartier, t. V, p. 275 à 284 et dans l'édition des Junte, fragm. fol. 43. Mais M. le docteur Costomiris a récemment trouvé qu'un fragment de huit folios existe en grec dans le Ms. grec de Paris, 2383, fol. 27 à 34 v°, du XVIe siècle, en papier de 37 feuillets in-fol. (Colbert, 2570). Le style indique un écrit de Galien lui-même, le contenu démontre qu'il s'agit bien d'un fragment des commentaires de Galien sur le Timée de Platon.

Votre rapporteur est heureux de signaler d'une manière spéciale cette découverte bibliographique.

II. Cratevas. Son Ῥιζοτομικὸν fut très estimé de tous les anciens; c'est le plus vieux traité de matière médicale avec les figures coloriées des plantes. Il ne nous reste du Ῥιζοτομικὸν de Cratevas que des fragments inédits, existant dans les manuscrits médicaux de Vienne, n°s 5 et 6.

De plus, dans le Ms. grec de Paris, 2286, fol. 1 à 54, verso, du XIVe siècle, en papier de 170 feuillets, on trouve quelques fragments de Cratevas, parmi une collection alphabétique des plantes, tirée en grande partie de Dioscoride, et, en second lieu, de Galien, ainsi que de Cratevas. M. Costomiris ne peut pas dire si ces fragments sont identiques avec ceux des Mss. de Vienne; mais, en tout cas, le Ms. de Paris doit être consulté pour une édition de Cratevas.

III. Ælius promotus d'Alexandrie. — Cet auteur, antérieur à Galien comme le précédent, a écrit trois livres :

1. Un traité de *pharmacologie*, le plus ancien connu, intitulé Δυναμερόν, qui se trouve dans la bibliothèque de Saint-Marc, à Venise, Ms. grec, 295, f° 191 verso, et à l'Escurial, Cod. Φ.-I.-2, fol. 136.

2. Un traité de la *Superstition*, Φυσικὰ καὶ ἀντιπαθητικά. Il existe à Leyde, dans le Ms. grec de Vossius, n° 29; dans le Codex grec du Vatican n° 299, fol. 494; et à la Bibliothèque Ambroisienne, Ms. grec, S.-3, fol. 114.

3. Le traité Περὶ ἰοβόλων καὶ δηλητηρίων φαρμάκων existe au Vatican, dans le Ms. grec, n° 299, fol. 473, et dans la Bibliothèque Ambroisienne, Ms. S.-3, fol. 69 verso. Il s'agit ici d'un Traité anonyme attribué à Ælius Promotus; dans tous les cas, c'est l'œuvre de toxicologie la plus ancienne.

IV. Metrodora. — L'époque de sa vie est inconnue; elle a écrit *Sur les maladies des femmes*. Ce traité, divisé en cent huit chapitres, contient les maladies de l'utérus, des mamelles, de l'estomac et diverses recettes; il se trouve à Florence, Plutæus 75, Cod. græc. 3, fol. 4 verso.

V. Traité de médecine anonyme. — La vivacité du style, ainsi que le contenu, montrent qu'il s'agit d'un traité très ancien et fort important. Dans chaque maladie il est question : 1° des causes; 2° des symptômes; 3° du traitement. Ce traité se trouve à Paris dans le Ms. 2324, fol. 146 v° à 209 v°, et dans le Ms. 636 du Supplément grec, fol. 21 à 82; et, de plus, dans le Ms. méd. grec de Vienne, n° 37 (olim 41), folio 13.

VI. Aétius (vers 500 après J.-C.). — Les livres les plus importants d'Aétius, le dixième et les douzième jusqu'au seizième, sont encore inédits. On y trouverait de nombreux extraits d'ouvrages complètement perdus et non signalés ailleurs. Dans les diverses bibliothèques, il existe quarante-sept manuscrits d'Aétius, dont dix complets et trente-sept incomplets; la plupart de ces derniers contiennent des livres inédits d'Aétius. A Paris, il y a dix-sept manuscrits dont cinq sont complets. Les manuscrits les plus importants pour la publication des œuvres d'Aétius sont les n°s 2191, 2193, 2196, 2228, et suppl. grec n° 632 de la Bibliothèque nationale de Paris; en outre, deux manuscrits du Mont-Athos, un à Batopède et un à Lavra.

VII. Jean Actuarius (vers 1300), philosophe et médecin, ne fut pas un simple compilateur, mais un auteur original, le dernier de la brillante pléiade grecque. Les livres trois à six de sa *Méthode thérapeutique* sont inédits. Il existe, dans diverses bibliothèques, quarante-six manuscrits; il y en a quatorze à Paris, quatre complets, 2304, 2305, 2307 et 2256, plus neuf incomplets, dont quatre contiennent les livres inédits, sous les n°s 2153, 2233, 2235 et Ms. Coislin, 334. Les plus importants sont les manuscrits 2307 et 2256.

VIII. Nicolaus Myrepsus (vers 1250) a écrit le *Dynameron* le plus complet, qui a dominé en France pendant plus de trois siècles, jusqu'en 1637, et même dans presque toute l'Europe, comme Pharmacopée officielle. Il existe trois manuscrits à Paris, 2243, 2238 et 2237, dont le premier est le meilleur; un autre à Oxford, Cod. Baroccinus, 171; un à l'Escurial, Ms. Σ.-II-3; et peut-être encore le Ms. méd. grec, XI de Vienne.

IX. Nicæus. — *Des maladies des reins*. Il existe à Vienne dans le Ms. méd. grec, 41, fol. 41 v°; et aussi une copie dans les documents manuscrits laissés par Daremberg et appartenant aujourd'hui à l'Académie de médecine de Paris.

X. Nicolaus Cerameus, iatrophilosophe. — *Abrégé de la partie théorique de la médecine*. Cet écrit important se trouve à Vienne dans le Ms. grec, suppl. Kollar., n° 82 (olim 53), IV.-D.-25, fol. 1; une copie exacte est dans les documents manuscrits de Daremberg.

XI. Léon le Philosophe. — *De la nature de l'homme*. Une copie se trouve dans les documents de Daremberg.

XII. Theophanes Nonnus. — Dans le manuscrit 764 du Supplément grec de Paris, il existe une collection anonyme : Τὰ εὐπόριστα; elle est de Nonnus. En sus du texte imprimé. elle contient fol. 76 v° à fol. 84 : *Synopsis des médicaments*; de plus, du fol. 88 v° au fol. 97 v° : *De la diète*, en deux livres. Ces trois livres sont dédiés par l'auteur à l'empereur Constantin.

XIII. Hippiatriques. — Une grande partie de cette collection est inédite. Il existe à Paris tout ce qui est nécessaire pour une édition complète : Mss. 2322, 2244, 2245, 1995, 2091, qui contiennent des collections hippiatriques. Des copies faites par Bussemaker, sur d'autres manuscrits, se trouvent dans les n°s 573, 580, 588, 581 du Supplément grec; et une copie des chapitres inédits avec des collations existe dans les documents de Daremberg. Il y a six manuscrits dans diverses autres bibliothèques dont les copies ou les variantes se trouvent à Paris.

XIV. Les Éphodes d'Abou Djafar, traduites en grec par Constantin de Rhegium. Il y en a vingt-deux manuscrits, dont sept à Paris. Les plus importants sont : n° 300 du Vatican; n°s 2239,

2311, 2224 et 2241 de Paris; n°s 29 et 30 de Vienne; et Plutæus 75, Cod. 4 de Florence.

XV. Jean, gouverneur de Constantinople, fils de Michel, auteur tout à fait inconnu; il a écrit un *Traité complet de la médecine théorique en vingt livres*. Il n'en existe que les livres six à dix dans le Ms. 638 du Supplément grec à Paris.

XVI. Jean l'Archiatre. — *Synopsis de thérapeutique*. Il se trouve dans les Mss. de Paris, n°s 2236, 2224, 2316; et Suppl. grec, n° 684; et, de plus, dans le n° 288 de Munich.

XVII. Un grand nombre de petits traités anonymes ou avec le nom de l'auteur existent encore inédits dans divers manuscrits de Paris et de l'étranger.

Dans une autre partie de son mémoire, M. le docteur Costomiris, stimulé par le zèle des études historiques, énumère des œuvres médicales anciennes dont le texte grec est perdu, mais qui ont paru traduites soit en arabe, soit en latin. Il fait remarquer cependant que les Hippocratiques, ainsi que Galien, Soranus d'Éphèse, etc., n'ont écrit que dans la langue grecque, et il estime qu'il serait utile de restituer pour ces auteurs le texte grec. M. Costomiris regarde comme un devoir de faire connaître à ses compatriotes, ainsi qu'aux lettrés, ce desideratum, et, très versé dans la connaissance de la langue grecque et de ses dialectes, il nous paraît très bien préparé pour faire lui-même ces traductions en grec ancien.

Voici la liste des ouvrages dont le texte grec est perdu et que nous ne connaissons qu'en latin ou en arabe :

I. Livres hippocratiques. — Le traité des *Semaines*, qui a eu un grand crédit dans l'antiquité, n'existe actuellement qu'en latin, publié dans l'édition de Littré (tome VIII, page 634, et tome IX, page 433). On ne trouve en grec que quelques fragments publiés par Littré et un autre fragment peut-être inédit dans le Ms. Y.-III.-16, de l'Escurial, occupant une page, folio 1 verso.

II. Livres galéniques. — Parmi les écrits de Galien dont le texte grec est perdu, M. Costomiris signale trois ouvrages en arabe encore inédits :

1. Dans les *Administrations anatomiques*, la plus grande partie du livre IX et les livres X à XV n'existent qu'en arabe et ils sont inédits. On les trouve dans les Manuscrits arabes 567 et 570 de la Bibliothèque Bodléienne à Oxford; une copie de la partie inédite existe à Paris dans le supplément 1002², copie faite par les soins de Daremberg.

2. *Commentaires* de Galien sur le IIe livre des *Épidémies d'Hippocrate*, en six livres. Les second et troisième livres galéniques existent en grec et en latin, mais tout à fait mutilés; les six livres se trouvent en entier, à l'état d'intégrité, en arabe, dans un manuscrit de la Bibliothèque Ambroisienne à Milan. Une copie de ce manuscrit est à Paris, n° 2002³ du Supplément arabe, fol. 1 à 195.

3. *Commentaires* de Galien sur le VIe livre des *Épidémies d'Hippocrate*, en huit livres. Les six premiers ont été publiés en grec; une partie du sixième, le septième et le huitième, dont le texte primitif est perdu, existent en arabe. Une copie du sixième livre, des septième et huitième, est contenue dans le Supplément arabe, n° 2002³, fol. 195 v° à 319, à Paris.

Il y a beaucoup d'ouvrages de Galien, soit authentiques, soit apocryphes, qui n'existent qu'en latin, publiés dans l'édition de Chartier ou dans celle des Junte. Les principaux sont les suivants :

1. Le traité *De causis procatarcticis*, une des Œuvres de Galien.
2. *Empiricæ institutionis deformatio*, écrit de Galien lui-même.
3. *De motu thoracis et pulmonis*. C'est un des trois livres perdus de Galien sur ce sujet, ou peut-être un extrait.
4. *An omnes partes animalis, quod procreatur, fiant simul*.
5. *Vocalium instrumentorum dissectio*. Il s'agit d'un extrait des quatre livres perdus de Galien sur la voix, et de même le suivant :
6. *De voce et anhelitu*.
7. *De anatomia vivorum*.
8. *De motibus manifestis et obscuris*.
6. *De anatomia oculorum*.
10. *De oculis liber*.

Les quatre derniers livres sont manifestement apocryphes, mais ils sont tirés en grande partie des Œuvres perdues de Galien et ne manquent pas d'importance. Il y a, de plus, d'autres traités publiés en latin, apocryphes, mais peu remarquables.

III. Soranus d'Éphèse, contemporain de Galien, est l'auteur le plus important après ce dernier et le méthodiste le plus illustre. Son traité *Sur les maladies aiguës et chroniques*, en huit livres, existe en traduction latine par Cælius Aurelianus, et il a été publié plusieurs fois sous le nom de ce dernier.

IV. Théodore Priscien (vers 380). — Quatre livres de cet auteur, *Sur la médecine*, existent en traduction latine et ont été publiés plusieurs fois.

Tel est le travail dont nous venons rendre compte à l'Académie. Inspiré par un zèle vraiment scientifique, il nous a paru digne d'être encouragé. Il serait, au plus haut point, désirable que l'auteur, auquel ses travaux donnent le droit de poser sa candidature au titre de correspondant étranger, pût arriver dans sa patrie à la réalisation de ses espérances, c'est-à-dire à la publication en grec des ouvrages dont il a retrouvé les textes. Nous espérons même que l'Académie voudra bien signaler, par voie officielle, le vœu que votre Commission exprime à cet égard.

Nous apprenons avec un vif regret la mort du docteur Cotard, qui a succombé, cette semaine, des suites de la diphthérie qu'il avait contractée au lit de sa propre fille. Ses obsèques ont eu lieu, mercredi, à Vanves.

Parmi les discours qui ont été prononcés sur sa tombe, nous relevons celui de M. le docteur Falret, aux travaux duquel le docteur Cotard était depuis longtemps associé :

Messieurs,

Malgré mon émotion bien naturelle, il m'est impossible de ne pas ajouter quelques mots aux discours que vous venez d'entendre pour dire un dernier adieu à l'ami fidèle, au collaborateur actif et dévoué qui nous a été enlevé si brusquement, dans des circonstances aussi douloureuses.

Homme de cœur et de sacrifice, il meurt victime de son dévouement à sa famille et au devoir professionnel.

Par ses soins assidus, prodigués sans interruption, pendant quinze jours et quinze nuits, il a guéri sa fille et il meurt à la peine, atteint de la terrible maladie qu'il a contractée dans l'accomplissement de son devoir de père de famille et de médecin, et c'est en sauvant sa fille qu'il succombe lui-même au champ d'honneur!

Pour moi, Messieurs, je perds en lui, non seulement un ami sûr et solide, fidèle à l'affection, dans les bons comme dans les mauvais jours, mais un coopérateur précieux, dévoué à ses malades, scrupuleux observateur du devoir professionnel, profondément affectueux sous des apparences de froideur, et qui avait su se faire aimer de tous, par les nombreux services qu'il rendait, simplement et modestement, sans bruit et sans ostentation, ne recherchant ni l'ambition ni la fortune, mais la satisfaction d'une conscience tranquille et du devoir accompli.

Sa nature supérieure aurait pu l'appeler à une plus brillante destinée, mais, modeste et sans ambition, il n'avait pas d'autre but que l'accomplissement du devoir, la vie de famille et l'existence tranquille des champs.

Il s'était créé à la campagne, dans son pays, une petite propriété qu'il affectionnait particulièrement, et ma seule crainte

était de me trouver privé, dans quelques années, de sa coopération active, qui m'était si nécessaire, par sa retraite prématurée dans sa petite maison du Berri. Combien j'étais loin de prévoir le malheur qui me frappe aujourd'hui, et de penser que je serais aussi brusquement séparé de lui, par une mort si rapide, causée par une maladie si inattendue, enlevé par cette cruelle affection, dans la plénitude de la vie et de la santé, alors qu'il avait encore devant lui une longue carrière à parcourir et de véritables services à rendre à la science.

Esprit original, penseur profond, plein de vues nouvelles, frisant quelquefois le paradoxe, mais toujours ramené au sentiment de la réalité par un jugement sûr et droit qui rectifiait les écarts de son imagination trop inventive, il laissera, dans notre science spéciale, un certain nombre d'idées neuves et originales, qu'il n'a pas eu le temps de développer et qui sont restées à l'état embryonnaire, et même quelques mots nouveaux, tels que le *délire des négations* et le *délire d'énormité*, qui sont aux folies mélancoliques ce que le délire des grandeurs est aux folies expansives.

Dans notre récent Congrès de médecine mentale, auquel il n'a pas pu assister, retenu qu'il était au chevet de sa fille, notre excellent secrétaire général a lu un travail de lui, sur les *Origines psychomotrices du délire*, travail très remarqué, plein de vues neuves et originales, qui a eu les honneurs d'une discussion sérieuse, à laquelle, malheureusement, il n'a pas pu prendre part. C'est là son dernier travail, auquel il avait consacré ses veilles, auquel il attachait une véritable importance, mais qui est resté, malheureusement, à l'état d'ébauche et dont il n'a pas pu approfondir les points de vue nouveaux, féconds en conséquences utiles à la science!

Mais ce n'est pas ici le lieu de parler de l'homme de science. Revenons à l'ami que nous avons perdu et dont la mort constitue pour nous tous une perte irréparable. Les regrets profonds qu'elle inspire sont universels. Dans notre maison, dans la commune, dans sa famille, parmi ses amis, la consternation est générale.

Nature bienveillante et sympathique, il n'avait que des amis. Tous ici, parents, maîtres, collègues, élèves, malades, employés, habitants de la commune de Vanves, tous, frappés de la même douleur, manifestent la même émotion et pas une note discordante ne s'élève au milieu de ce concert unanime de regrets et de reconnaissance. Mais que dire de sa famille éplorée, plongée dans un deuil dont la durée ne fera que grandir l'importance?

Que dire de sa pauvre veuve, désespérée et découragée, pétrifiée dans sa douleur, manifestant actuellement un sang-froid et un calme héroïques, qui présagent peut-être une réaction terrible?

Que dire de sa vieille mère, profondément affligée, qui voit disparaître, à ses côtés, un fils bien-aimé, appui et soutien de sa vieillesse, auquel elle a la douleur de survivre, contrairement à toutes les lois habituelles de la nature?

Que dire de ces trois enfants, qu'il aimait tant, qui ne comprennent pas encore toute l'étendue de la perte qu'ils viennent de faire, perte irréparable, dont ils sentiront de plus en plus toute l'importance?

Que dire enfin de tous ces parents qui nous entourent, ou qui n'ont pas eu le temps d'arriver pour assister à cette pénible cérémonie, et qui partagent tous la même douleur et la même sympathie pour une famille si cruellement éprouvée?

Adieu, cher ami, au nom de tous, au nom de ta famille désolée, au nom de tes amis groupés en si grand nombre autour de ton cerceuil, au nom de notre grande maison que tu remplissais de ton activité, à laquelle tu consacrais tous tes soins et qui semble maintenant si vide et si déserte, en ton absence!

Adieu... Nous conserverons tous précieusement dans notre cœur ton souvenir bien-aimé, et nous serons tous les protecteurs naturels et dévoués de ta famille que, dans des adieux déchirants, tu as confiée à nos soins et à notre appui, qui ne leur manqueront point!

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat s'ouvrira le 21 octobre prochain. Le concours de l'externat s'ouvrira le 5 novembre 1889.

— Un concours pour les emplois de médecin des bureaux de bienfaisance aura lieu le 18 novembre prochain. Se faire inscrire avant le 18 octobre 1889.

— M. le docteur Calès est nommé directeur de l'hospice des aliénés de Bordeaux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Meynet, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. RENDU.

Néphrite mixte de nature blennorrhagique.

Un homme de trente-huit ans, valet de chambre, est entré, lundi dernier, dans mon service, dans un état de très grande faiblesse, très courbaturé, très amaigri, très pâle, les tissus extrêmement décolorés, cependant sans aucune trace d'anémie cérébrale.

La première impression était, en l'apercevant, qu'on avait affaire à quelque anémie symptomatique, diathésique ou constitutionnelle, reconnaissant comme cause la tuberculose, ou la syphilis, ou le rhumatisme, ou le diabète. Il n'en était rien toutefois, il s'agissait d'une albuminurie chronique.

Cet homme est malade depuis un an, et, depuis cette époque, ses urines sont albumineuses. Néanmoins, les troubles fonctionnels sont peu accusés; il n'a pas de fièvre, pas de douleurs lombaires, pas de céphalée, pas de vomissements ni de troubles digestifs, comme on en observe généralement dans la néphrite. Il n'a jamais eu ni œdème, ni bouffissure, ce qui est très important à savoir. Le cœur, d'habitude pris en pareils cas, ne présente chez lui presque rien de particulier. Ses battements sont normaux, la tension artérielle est normale, le pouls n'est ni dur, ni petit, comme chez les brightiques. Bref, les seuls troubles fonctionnels sont de l'asthénie et de l'anémie.

Les urines sont plus abondantes qu'à l'état normal : deux litres à deux litres et demi par jour; elles ont même été à un moment donné jusqu'à trois et quatre litres; mais elles ne sont pas plus abondantes la nuit que le jour, au contraire; cet homme a cinq ou six mictions, en général, par vingt-quatre heures, dont une seule la nuit. Les urines sont mousseuses, pâles, très louches, on y voit flotter, en suspension tout d'abord, de très nombreux petits flocons, qui, peu à peu, se déposent au fond du récipient et y forment un dépôt muco-purulent; d'ailleurs, leur aspect, filant comme de l'huile, montre qu'elles renferment une certaine quantité de pus. Enfin, la proportion d'albumine qu'elles contiennent est assez notable : 1 gramme à 1 gramme et demi par litre d'urine. J'ajoute que leur densité est faible, qu'elles sont peu riches en sels, que leur réaction est alcaline, et que, très rapidement après leur émission, elles dégagent une forte odeur ammoniacale. Donc, albuminurie depuis un an, polyurie avec asthénie générale et anémie.

L'abondance des urines et l'albumine qu'elles renferment nous montrent déjà qu'il ne s'agit ici ni d'une néphrite interstitielle franche, ni d'une néphrite épithéliale vraie. Au premier abord on serait tenté de songer à la première de ces deux affections, mais cette néphrite est toujours précédée d'un stade de polyurie nocturne durant plusieurs années, ce qui n'a jamais existé chez lui. De plus, dans la néphrite interstitielle ou sclérose rénale franche, les urines sont transparentes, plus pâles, très aqueuses, et non pas louches comme ici; elles renferment très peu de sels et une petite quantité d'albumine, qui échappe même presque à l'analyse (10, 12, 15, 20 centigrammes au plus par litre), au lieu de 1 gramme et 1 gr. 50 comme ici. Enfin, l'albuminurie elle-même n'y est souvent qu'intermittente et, toujours, pendant le stade préalbuminurique, la tension artérielle est exagérée, le pouls dur, ferme, serré, le cœur hypertrophié.

Or, notre malade n'a rien de tout cela et, par suite, nous devons repousser l'idée de néphrite interstitielle franche. Il en est de même de la néphrite épithéliale ou parenchymateuse, car cet homme a de la polyurie et non pas de la diminution des urines, il n'a jamais eu d'œdème, jamais de céphalée ni de vomissements, aucun accident urémique.

Bref, il est néphritique, mais sa néphrite tient des deux espèces que nous venons d'étudier, de l'interstitielle et de la parenchymateuse ; elle est mixte, et les antécédents de cet homme le confirment pleinement. En effet, il a toujours été très bien portant jusqu'à l'année dernière, il n'a jamais été soumis à aucune cause pouvant conduire à l'une ou l'autre de ces néphrites, pas de froid humide, pas de logement humide ; point de rhumatisme, ni de diabète, ni syphilis, ni tuberculose; dans ses antécédents, pas d'alcoolisme, ni saturnisme, ni goutte, ni pléthore générale; nous ne trouvons chez lui rien des causes habituelles de la sclérose rénale. Tout ce que nous pouvons relever comme seule cause possible est une blennorrhagie contractée l'année dernière, intense dès le début, mal soignée avec de fortes doses de copahu et de cubèbe (10 capsules par jour pendant trois mois), puis pendant un mois avec le santal, jusqu'à ce qu'il en ait triomphé. Mais alors l'irritation du rein était acquise, grâce à l'emploi d'une pareille médica-

tion, et notre malade était en puissance d'une néphrite subaiguë, sinon même aiguë, et le médecin qu'il consultait le mettait aussitôt à l'usage exclusif du lait. Grâce au régime lacté, une amélioration se produisit, bien que l'albuminurie ait persisté.

Mais est-ce à la blennorrhagie que nous devons attribuer la néphrite ou à la médication balsamique? Il est certain que cette dernière a dû être fort nuisible, mais je ne saurais dire cependant qu'elle a créé de toutes pièces la néphrite, elle me paraît avoir augmenté notablement l'irritation des reins dont la blennorrhagie a été le germe primitif, et la maladie à laquelle nous assistons aujourd'hui est une néphrite pyélo-blennorrhagique.

Nous savons que, dans toute blennorrhagie, il existe un micro-organisme, un microbe pathogène qui a de grandes propriétés de repullulation, pouvant pénétrer jusque dans la sérosité articulaire du rhumatisme blennorrhagique. Chez l'individu qui contracte la blennorrhagie, la contagion débute par l'urèthre antérieur et peut gagner de proche en proche l'urèthre postérieur, puis la vessie, et, remontant de bas en haut, les uretères, enfin le rein, où elle détermine une néphropyélite.

Le danger, en pareil cas, dépend du degré d'étendue de la lésion rénale. Celle-ci a une marche tout à fait spéciale, qui nous explique comment, avec la polyurie de la néphrite interstitielle, il peut ne pas y avoir — du moins pendant longtemps — d'altération grave du rein, et, par suite, comment le cœur et les vaisseaux peuvent rester indemnes, comment les malades peuvent conserver pendant longtemps aussi une bonne santé apparente; elle nous explique enfin la rareté relative des accidents urémiques jusqu'au moment où le mal a envahi tout l'organe rénal.

La pyélo-néphrite peut être d'origine chirurgicale, survenant par suite de l'introduction, par la sonde, de microbes qui s'en vont altérer les urines et déterminer rapidement des phénomènes infectieux.

La pyélo-néphrite médicale peut être la conséquence de la gravelle, de la tuberculose rénale, de quelque compression des uretères par une tumeur, etc. Ainsi, nous avons, au n° 7 de notre salle des femmes, une malade qui, depuis douze ans, a la gravelle, et, depuis cinq ans, des coliques néphrétiques, et cependant le seul symptôme de sa néphrite était, jusqu'à il y a six mois, une polyurie pâle. Mais à cette époque, les urines sont devenues louches, puriformes, des accidents urémiques (inappétence, vomissements) se sont déclarés, résultant de l'irritation du bassinet par des calculs d'acide urique, irritation à laquelle a succédé une inflammation purulente. En même temps, cette femme faisait très probablement de la sclérose périphérique.

Enfin, comme je viens de le dire, la tuberculose rénale peut être également une cause de néphrite analogue à la néphrite blennorrhagique, car là encore nous retrouvons un microbe spécial, le bacille tuberculeux, avec ses deux portes d'entrée dans le rein, soit par embolie artérielle, soit par tuberculose génito-urinaire, c'est-à-dire par voie ascendante, comme pour le microbe de la blennorrhagie. L'albuminurie, dans ces deux cas, est très variable, mais la polyurie existe, bien que les accidents morbides puissent être latents.

Bref, dans ces conditions, le diagnostic se fait sur des signes négatifs et sur les caractères hybrides des deux néphrites par l'examen du poumon, l'examen du pus des urines au point de vue de la recherche des bacilles.

En résumé, lorsque l'on se trouve en face d'une albuminurie chronique à caractère mixte, sans que le cœur ou les artères soient pris, on doit songer à quelque pyélo-néphrite microbienne de nature blennorrhagique ou tuberculeuse. Le pronostic de la néphrite blennorrhagique sera relativement bénin, sa gravité ne consistant guère qu'en ce qu'elle a peu de tendance à disparaître spontanément et entièrement.

HOTEL-DIEU DE GRENOBLE. — M. MONTAZ.

Nouveau procédé opératoire d'extirpation totale du pénis.

Dans le courant de janvier 1887, entre, dans mon service, un sourd-muet, âgé de soixante-cinq ans environ, qui a été trouvé errant à la gare du chemin de fer, probablement abandonné par sa famille. Une enquête faite à ce sujet par l'administration hospitalière n'a pu éclairer en rien sur son lieu d'origine.

En faisant un examen de ce malade, je découvre sur sa verge des altérations très graves et très caractéristiques. Cet organe est augmenté de volume dans sa partie moyenne et présente une forme de fuseau. Le prépuce, en état de phimosis, est détruit par une ulcération qui s'étend à une partie du gland. Cette ulcération est de mauvais aspect, à bords irréguliers, décollés; son fond a une couleur rougegrisâtre, peu végétante. La sécrétion en est sanieuse, sérosanguinolente. Quelques croûtes noirâtres la recouvrent en certains points.

Si on pratique le palper de cette production anomale, on sent que l'ulcération recouvre des tissus indurés, donnant une sensation très nette de néoplasme épithélial. Cette induration s'étend sur toute la verge jusqu'à sa racine. En déprimant la peau au niveau de la racine de la verge, on sent très nettement que cette induration s'arrête au niveau du pubis, sans contracter d'adhérence avec cette portion du squelette, sans se prolonger au-dessous de lui, le long des racines des corps caverneux.

Le scrotum est sain, sauf au niveau de la racine de la verge, où il est un peu induré. Il y a de petits ganglions inguinaux, mais ne présentant nullement les caractères de l'infection cancéreuse.

La miction s'exécute normalement; l'état général est bon. Le sujet est amaigri; mais cet état paraît lié à son tempérament sans tendance adipeuse. Il ne paraît pas souffrir.

Diagnostic : épithélioma de la verge.

Au point de vue opératoire, on ne pouvait songer à une amputation ordinaire de la verge, puisque le mal s'étendait jusqu'à sa racine. Il fallait à tout prix extirper l'organe dans sa totalité.

Mais alors aucun des procédés connus n'était exempt de graves reproches, pas plus ceux de Roux (de Toulon), de Delpech, de Bouisson, que ceux plus récents de Pearce Gould, de Cabadé de Valence (d'Agen). A tous on pouvait faire la grave objection d'exposer la surface cruentée à la contamination par l'urine et de soumettre la cicatrice définitive à l'irritation constante par ce liquide. Cette double objection avait donc une haute portée, au point de vue de la marche régulière de la plaie et à celui de la récidive éventuelle.

C'est alors que j'eus l'idée de faire, en une seule séance, une double opération : extirpation du pénis sur le pubis

comme une tumeur; ouverture d'un méat artificiel périnéal avec suture cutanéo-muqueuse pour rendre persistante la fistule.

Manuel opératoire. — Le pubis est rasé avec soin; la peau de la région hypogastrique et scrotale est savonnée vigoureusement et ensuite lavée au sublimé. Le malade étant endormi, tous les instruments flambés, puis trempés dans la solution phéniquée faible, le chirurgien, placé à droite du malade, commence son opération sur la ligne médiane, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la racine de la verge, au centre de la région pubienne. Pour cela, il pique de la pointe du bistouri, de façon à traverser entièrement la peau. L'incision est inclinée en bas et à gauche, de façon à passer à 2 ou 3 centimètres au plus de la verge, sur le côté gauche de celle-ci. Arrivée sur le côté gauche de la racine de la verge, l'incision continue verticalement et gagne bientôt le bord gauche des bourses, qu'elle suit jusqu'à la partie la plus déclive du scrotum. A ce niveau, l'incision devient transversale, suit le bord inférieur du scrotum et vient sur le côté droit.

A partir de là, elle suit le même chemin qu'à gauche, mais en remontant, et vient rejoindre le point de départ au centre du pubis. C'est, en somme, le procédé en raquette.

Jusqu'ici la peau seule a été intéressée; à ce moment, le chirurgien repasse dans la première incision, fait l'hémostase au fur et à mesure et gagne les parties profondes en se rapprochant du pubis. On extirpe donc la verge comme on fait l'amputation du sein.

Bientôt on voit apparaitre les racines des corps caverneux, puis le bulbe. Tous ces organes sont coupés à petits coups et les artères pincées successivement. Sous la peau, on trouve généralement des branches sous-cutanées qui viennent des honteuses externes ou de la tégumenteuse abdominale. Sur la face dorsale des corps caverneux, on rencontre les deux dorsales de la verge; enfin, au moment où on sectionne les corps caverneux, on voit au centre de chacun d'eux une petite artériole qui donne du sang : c'est la caverneuse d'un côté.

En somme, on peut compter, en général, sur six artères de petit calibre à lier. C'est beaucoup moins que ce qu'on rencontre dans un grand nombre d'amputations du sein et, lorsqu'on assiste à cette opération, on a de la peine à se figurer que l'imagination des chirurgiens se soit tant évertuée à trouver des procédés hémostatiques. L'opération peut se faire en faisant perdre au malade une cuillerée de sang à peine.

L'opération est terminée; le pénis a été enlevé au ras du pubis, comme une tumeur, et avec lui la peau et les tissus environnants. Il reste, maintenant, une plaie considérable, se terminant en pointe supérieurement. Les testicules avec leurs cordons sont à nu; l'urèthre s'ouvre au centre de la plaie et, dans sa partie profonde, au-dessous de l'ogive pubienne.

C'est le moment de faire l'inspection des ganglions inguinaux; s'ils sont altérés, ce dont on s'est déjà assuré avant l'opération, il faut les enlever en faisant partir une nouvelle incision des bords de la grande plaie; on peut, au besoin, faire une incision inguinale indépendante.

Les testicules doivent aussi être passés en revue; s'ils présentent la moindre altération, il faut les enlever sans scrupule, puisque, désormais, ils vont être les témoins muets et tristes d'une fonction à jamais supprimée. S'ils sont sains, il est inutile de les enlever; cela ne fait qu'aggraver le traumatisme opératoire. Et puis, la castration double amènerait forcément les troubles à distance sur le larynx, le cerveau et le système pileux, qui donnent au castrat cette physionomie de féminisme bien connue. Ces modifications extérieures auraient l'inconvénient d'attirer l'attention publique sur l'opéré, et de laisser deviner une mutilation qu'on dissimule toujours.

Enfin, objection morale, bien qu'en cette occurrence les testicules soient devenus inutiles, on n'a pas le droit de les enlever, s'ils sont sains.

Voici donc terminée l'ablation du pénis et de tous les tissus qui lui servent de base d'implantation pubienne. L'hémostase est faite définitivement. Il suffit, en général, d'enlever les pinces hémostatiques, ou de faire quelques torsions. C'est alors que commence le deuxième temps de l'opération, celui où l'on s'occupe du canal.

Voici en quoi il consiste : on introduit une sonde cannelée droite dans le canal et on la pousse jusqu'à la région péritonéo-bulbaire. Elle bute à ce point, puisque c'est là que commence réellement la courbe uréthrale. Le malade est mis dans la position de la taille; un aide tient la sonde et, agissant sur elle comme sur un levier, la fait saillir au périnée en arrière du bulbe. En ce point, exactement sur la ligne médiane, le chirurgien maintient la peau de la main gauche, plonge la pointe de son bistouri, et arrive d'un seul coup sur la sonde cannelée, c'est-à-dire dans l'urèthre. Il agrandit son incision sans sortir le bistouri et lui donne une étendue de 2 centimètres.

Puis, saisissant la muqueuse uréthrale à travers cette boutonnière périnéale, il place une couronne de sutures en crin de Florence pour réunir la muqueuse uréthrale à la peau et transformer ainsi l'ouverture périnéale en fistule permanente.

Dorénavant la miction va s'exécuter par le périnée, et le malade n'urinera plus en avant.

La sonde cannelée a été retirée. Il faut maintenant s'occuper de la grande plaie antérieure; il s'agit de la laver, de la drainer, de la réunir. Une objection se présente. Si on ferme cette plaie par des sutures, ne doit-on pas craindre que quelques gouttes d'urine ne passent par le tronçon du canal étendu de la boutonnière périnéale à la grande surface cruentée? Je m'étais préoccupé de cette éventualité dans mon opération et j'avais, à cause de cela, placé un tube à drainage sans yeux dans ce tronçon de canal. Le tube s'arrêtait en arrière au niveau de la boutonnière; en avant, il sortait par un angle de la plaie et venait s'aboucher dans le pansement. Il était destiné à recueillir les quelques gouttes d'urine qui se seraient engagées dans l'avant-canal.

Ce détail paraissait avoir son importance, et on pouvait craindre des accidents phlegmoneux redoutables produits par l'arrivée de l'urine dans la plaie fermée. Cette crainte était chimérique et le malade s'est chargé de la dissiper. Comme on avait affaire à un sourd-muet absolument atrophié cérébralement, il s'est empressé d'enlever, le jour même de l'opération, tube et pansement. Eh bien! pas une goutte d'urine n'a passé par le tronçon de canal. Tout le liquide est sorti par la boutonnière périnéale et la plaie n'a été nullement contaminée.

L'urèthre étant une cavité virtuelle, on comprend qu'au moment de la miction, l'urine passe entièrement par la voie périnéale largement ouverte et ne s'engage pas au delà, l'urèthre étant fermé par l'accolement de ses parois.

En résumé, il n'y a donc pas lieu de s'occuper de la por-

tion d'urèthre devenue inutile. Le chirurgien termine son opération par un grand lavage de la plaie pubienne et par une suture. Pour combler cette grande surface, il suffit de saisir ce qui reste de scrotum, c'est-à-dire sa face postérieure, de l'étirer et de la ramener sur le pubis dans l'angle de la raquette.

Les testicules se trouvent, de la sorte, recouverts. On fixe d'abord cette peau scrotale à l'aide d'un ou deux fils placés vers la queue de la raquette. Une fois fixée, on place deux tubes à drainage : ils sortent en haut par le même orifice, au niveau de la queue de la raquette ; en bas, ils divergent et sortent l'un à droite, l'autre à gauche, à chaque angle de la plaie. Dernier lavage, iodoforme, pansement antiseptique. La ligne de suture a la forme d'un V renversé et c'est tout ce qui reste de l'immense plaie opératoire.

Si l'antisepsie a été rigoureuse, ce qui est plus rare qu'on ne croit, la guérison s'effectue en huit jours, sans fièvre, ni pus, ni gonflement. Le malade urine, en écartant les cuisses, avec un jet fort, vigoureux et vertical. Les sutures sont enlevées, ainsi que les drains, vers le troisième ou quatrième jour.

Celles du périnée peuvent être laissées en place plus longtemps. A ce niveau, la plaie peut être recouverte avec un pansement antiseptique ordinaire, que le malade enlève au moment d'uriner ; ou bien, on se contente de pommade boriquée ou iodoformée.

Les résultats lointains sont remarquables. La miction s'exécute très bien par le méat périnéal qui garde toujours un calibre plus que suffisant. L'introduction de grosses sondes par ce méat est toujours facile, si le besoin s'en faisait sentir, dans l'hypertrophie de la prostate, par exemple.

Enfin, la cicatrice pubienne est désormais à l'abri de toute humidité, de toute irritation, et la guérison pour une longue durée se trouve dans les meilleures conditions possibles.

Telle est l'opération que j'ai réglée et exécutée ponctuellement chez mon malade. Aujourd'hui, près de deux ans après, ce dernier urine très facilement par son périnée et ne présente pas la moindre trace de récidive.

L'examen histologique de la tumeur a été fait au laboratoire de l'École de médecine et a démontré l'existence d'un cancer épithélial.

Au résumé, mon procédé opératoire d'extirpation totale du pénis permet, en dérivant le cours de l'urine, d'éviter la rétention d'urine, l'infiltration urinaire, la contamination de la plaie, le rétrécissement consécutif du méat, l'irritation ultérieure de la cicatrice par l'urine. Il mérite donc l'attention des chirurgiens.

N. B. — Au moment où je termine ces lignes, mon opéré vient d'être pris, au milieu d'une santé parfaite, d'accidents très nets d'ictère grave, état typhoïde, jaunisse, pétéchies, auxquels il a succombé en quelques jours.

Son autopsie m'a vivement intéressé. Je tenais à savoir ce qu'était devenu le petit tronçon de canal, s'il s'était oblitéré, en quel état se trouvaient les organes urinaires, ainsi que l'ancien théâtre opératoire.

Voici ce que j'ai constaté : reins intacts, sauf un petit kyste dans la substance corticale de l'un d'eux ; vessie normale sans colonnes, sans hypertrophie, bien revenue sur elle-même, en somme rien de ce qui caractérise la vessie des vieillards ; prostate absolument saine, grosse comme une châtaigne ; vésicules séminales normales ; canaux déférents un peu dilatés ; urèthre sain ; le méat artificiel siège exactement à l'origine de la portion membraneuse, au niveau du cul-de-sac du bulbe. Une section faite sur toute sa paroi inférieure a montré qu'au niveau de l'ouverture, la muqueuse se continue avec la peau par une fine ligne blanche cicatricielle. Enfin, au delà, l'urèthre continue avec son aspect absolument normal et se termine en un cul-de-sac situé à 2 centimètres à peine du méat périnéal. Ce tronçon de canal s'est assurément rapetissé depuis le jour de l'opération.

Les testicules sont très rapprochés de la région pubienne, contenus chacun dans une vaginale indépendante, évidemment saine.

Sur le pubis, on trouve la cicatrice opératoire. Au-dessous d'elle, pas la moindre trace d'induration ; les tissus sous-jacents sont souples et normaux.

Tous les viscères sont en bon état, sauf les poumons qui sont congestionnés et le foie qui est jaune, mou et atrophié.

L'appareil urinaire, conservé dans l'alcool, a été déposé au Musée d'anatomie pathologique de l'École de médecine.

LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

ET L'ÉLECTROLYSE LINÉAIRE.

Par M. J.-A. FORT, ancien professeur d'anatomie.

I

La *Gazette des hôpitaux* a publié, le 15 juin 1889, une curieuse observation de M. le docteur Delorme, relative à un malade atteint de rétrécissement de l'urèthre. Ce malade présentait un rétrécissement réfractaire, n'ayant cédé ni à la dilatation, ni à l'électrolyse, ni à l'uréthrotomie interne, ni à l'uréthrotomie externe.

Nous remercions la rédaction de la *Gazette* d'avoir fait observer à ses lecteurs, qu'à l'époque où l'électrolyse a été pratiquée sur ce malade, c'est-à-dire en 1873 et en 1879, notre procédé d'électrolyse linéaire n'était pas encore connu. Or, nous savons tous qu'une méthode donne des résultats bien différents selon les divers procédés.

Lorsque M. Gaujot appliqua l'électrolyse sur le malade dont parle M. Delorme, on ne connaissait que le procédé de Mallez et Tripier, qui opéraient sur toute la circonférence du rétrécissement au moyen d'olives métalliques. Notre savant confrère employa, selon M. Delorme, vingt éléments d'une pile à courant continu de Gaiffe. Le malade eut des accidents, ce dont nous ne sommes pas étonné, le patient étant déjà dans un état déplorable, et sachant qu'un courant de cette intensité peut produire une vraie cautérisation.

Avec notre procédé d'électrolyse linéaire, nous employons seulement dix éléments, en moyenne, et, au lieu de laisser le pôle négatif en contact avec le rétrécissement pendant trois quarts d'heure, nous traçons *à froid* un sillon linéaire dans la substance du rétrécissement, travail chimique qui n'exige pas, ordinairement, plus de cinq minutes.

En lisant l'observation de M. Delorme, on pourrait croire que l'électrolyse n'est pas efficace, lorsqu'il s'agit d'un *rétrécissement traumatique*. Nous possédons des faits très nombreux qui prouvent, au contraire, que ces rétrécissements sont parfaitement justiciables de l'électrolyse.

Voici un cas qui offre beaucoup d'analogie avec celui de M. Delorme :

Obs. XXI. — Le 23 mai 1889, notre excellent confrère, M. le docteur Cailleret (de Saint-Quentin), nous conduit un jeune officier, âgé de trente ans, qui était atteint, depuis 1883, d'un rétrécissement traumatique double. Cet officier, dans une chute malheureuse qu'il fit avec son cheval, eut l'urèthre écrasé par le pommeau de la selle. Il survint une abondante hémorrhagie uréthrale et un rétrécissement consécutif.

Le premier rétrécissement était situé à 14 centimètres du méat urinaire; il avait une longueur de 5 millimètres, et un diamètre de 2 millimètres.

Le second, de même diamètre, était situé à 1 centimètre plus profondément, et avait 20 millimètres de longueur.

En octobre 1885, il fut uréthrotomisé au Val-de-Grâce, et des accidents consécutifs à cette opération le mirent à deux doigts de la mort.

Nous avions donc à électrolyser ici non seulement la cicatrice du traumatisme, mais encore celle de l'uréthrotomie.

Le malade ne veut à aucun prix entendre parler d'uréthrotomie. Le jour où nous lui pratiquons l'électrolyse linéaire, il urine d'heure en heure pendant le jour, et il se lève quatre ou cinq fois la nuit. Son rétrécissement admet difficilement la bougie n° 8.

Nous l'opérons en présence de M. le docteur Cailleret et de M. Hermann, pharmacien à Saint-Quentin. Nous pratiquons le sillon linéaire à la paroi supérieure du rétrécissement avec dix éléments de la pile de Chardin, qui nous donnent vingt-deux milliampères.

Le sillon a été produit en six minutes. Nous avons pu introduire aussitôt la bougie n° 16. Il n'y a eu ni sang, ni douleur, et le malade a repris le train dans la même journée. La miction est devenue régulière.

La dilatation s'est parfaitement maintenue, et le malade ne se souvient, pour ainsi dire, plus de son mal.

Ce fait démontre que l'électrolyse linéaire, appliquée aux rétrécissements traumatiques, donne d'aussi bon résultats que dans les rétrécissements blennorrhagiques.

Nous pourrions citer d'autres exemples analogues. Il nous suffira de rappeler ici l'observation, publiée le 18 avril 1889, dans la *Gazette des hôpitaux*, par M. le docteur Eymer, chirurgien en chef de l'hôpital de Niort.

Qu'on agisse sur la cicatrice d'un rétrécissement traumatique, ou sur celle d'une ancienne uréthrotomie, l'électrolyse linéaire peut être également pratiquée.

Ainsi, le premier malade que nous avons opéré à la clinique de l'Hôtel-Dieu, le 1er mai 1888, et qui n'a pas eu encore la moindre trace de récidive, était un uréthrotomisé qui avait subi, quatre ans auparavant, l'opération de l'uréthrotomie.

Obs. XXII. — Un officier, ayant été uréthrotomisé deux fois, ayant éprouvé des accidents extrêmement graves, se présente à nous, le 4 mai 1889, pour être traité de deux rétrécissements, le premier, de 4 millimètres de diamètre, à 7 centimètres du méat, et le second, de 2 millimètres de diamètre, à 17 centimètres.

Nous lui pratiquons l'électrolyse linéaire, le 5 mai, l'opération dure trois minutes pour le premier rétrécissement, et treize minutes pour le second : durée exceptionnelle. On passe la bougie n° 21.

Obs. XXIII. — Notre élève et ami, M. le docteur Fouque, nous adresse, au commencement de mars, un malade, R..., âgé de cinquante-trois ans, atteint de deux rétrécissements étroits, situés à 19 centimètres du méat urinaire, et séparés l'un de l'autre par un intervalle de quelques millimètres seulement.

Ce malade avait été uréthrotomisé à Paris, en mars 1888, dilaté ensuite et atteint finalement de cystite.

Nous lui pratiquons l'électrolyse linéaire, le 7 mars, en prenant douze éléments de la pile de Chardin, qui nous donnent vingt milliampères. L'opération dure trois minutes et demie; on passe la bougie n° 20.

Nous pratiquons à ce malade la dilatation avec les bougies Béniqué, jusqu'au n° 49.

Obs. XXIV. — Le 22 mars, nous pratiquons l'électrolyse linéaire chez un malade, à la maison de santé de la rue Oudinot. Le rétrécissement, situé à 17 centimètres du méat, admet à peine une bougie filiforme; il date de plus de vingt ans. On a pratiqué plusieurs fois la dilatation de 1870 à 1878.

En 1882, il a été uréthrotomisé, et il a éprouvé, après l'opération, des accidents fébriles graves.

En 1886, nouvelle uréthrotomie; la récidive est survenue au bout d'une année. Les parois de ce rétrécissement étaient si dures, que nous avons été obligé de faire l'opération en deux séances.

Première séance : huit éléments, dix-sept milliampères, durée six minutes.

Deuxième séance : huit éléments, dix-neuf milliampères, durée vingt-cinq minutes. Pas de sang, douleur presque nulle, introduction de la bougie n° 15.

Depuis cette époque, le malade est en bonne santé.

Les quatre opérés des observations précédentes, et celui de mai 1888, opéré à l'Hôtel-Dieu, sont des cas assez analogues à celui de M. Delorme, à ce point de vue que ce sont des uréthrotomisés ayant subi l'opération de l'électrolyse.

THÉRAPEUTIQUE

De l'alopécie syphilitique.

Le malade, aux premières périodes de la syphilis, vient souvent demander à son médecin ce qu'il peut faire pour remédier à la chute de ses cheveux. Cette alopécie constitue un symptôme fort gênant et par trop visible pour que le malade ne s'en préoccupe pas.

Bien que cette alopécie soit temporaire et que sa cure spontanée ait été la cause du succès de bien des spécifiques si vantés, il est certain qu'elle doit être traitée, pour peu que le malade le demande.

Il est possible, en effet, par la thérapeutique, de limiter la perte des cheveux, et d'activer la marche de l'alopécie vers sa terminaison naturelle, qui, comme nous l'avons dit, est la guérison.

Voici ce que conseille M. Besnier, dans ses conférences cliniques de l'hôpital Saint-Louis.

Les hommes doivent porter les cheveux tondus. Le matin, après un savonnage à l'eau chaude, il conviendra de faire des onctions avec la pommade suivante :

Acide salicylique		2 grammes.
Soufre précipité		10 —
Lanoline	de chaque	50 —
Vaseline		

Le soir, avec une brosse douce, on fera quelques frictions avec le liniment suivant :

Alcool de romarin	100 grammes.
Teinture de Cantharides	10 —

Si les cheveux sont naturellement gras, on peut les rendre plus secs en appliquant le soir la poudre suivante :

Acide salicylique	1 gramme.
Amidon	100 grammes.

D'après le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* qui rapporte les cliniques de M. Besnier, la coupe des cheveux fort

ras est une des bonnes conditions de réussite. Chez les femmes qui se décident plus difficilement à sacrifier leur chevelure, les effets du traitement seraient plus lents à se manifester.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel du brancardier de frontière, transformation du matériel de service ordinaire en matériel de secours (1), par le docteur P. Bouloumié.

En temps de guerre, où les ambulances régulièrement constituées n'ont qu'un matériel insuffisant, il est prescrit d'utiliser pour le transport des blessés les voitures de toutes sortes, existant pour les différents services publics ou particuliers. A priori, il semble que cette transformation du matériel de roulage soit absolument chose simple et facile.

Il est loin d'en être ainsi. Il ne suffit pas, en effet, de placer un blessé, tant bien que mal, dans une voiture ; il faut que le médecin qui réquisitionne et organise un convoi de blessés, cherche à tirer toutes les ressources possibles du matériel qui lui est confié, et cela en se plaçant à deux points de vue, souvent difficiles à concilier : transporter le plus de blessés qu'il est possible ; mettre le blessé dans les conditions les meilleures pour le transport.

Pour obtenir un tel résultat il est nécessaire de s'instruire, et que chacun, en cas de nécessité, soit déjà préparé à son rôle.

Dans le livre de M. Bouloumié, le médecin trouvera toutes les indications suffisantes pour lui permettre de constituer, « au moment et sur le lieu des besoins, un personnel et un matériel de transport, qui, par la qualité comme par la quantité, ne le céderont en rien à ceux qu'on aura préparés à grands frais et amenés à grand' peine ».

Du tamponnement utérin en gynécologie (2), par le docteur A. Betrix.

Élève du professeur Vuillet (de Genève), M. le docteur Betrix est partisan convaincu du tamponnement de l'utérus, soit comme procédé de dilatation et d'examen de la cavité intra-utérine, soit comme procédé thérapeutique.

Une seule objection, suivant l'auteur, a été faite et peut être faite au procédé de la dilatation utérine par le tamponnement : c'est sa lenteur, dans quelques cas du moins. Mais cette lenteur est compensée par une indolence absolue et une sécurité parfaite.

De plus, fait capital, la dilatation par le tamponnement est un procédé thérapeutique de premier ordre, qui suffit souvent pour guérir les métrites les plus rebelles, faire cesser les méthrorrhagies et éviter des interventions plus sérieuses.

En ce moment, où la gynécologie vient de changer ses allures, où toutes les questions qui intéressent la thérapeutique utérine sont discutées et soigneusement étudiées, le travail de M. Betrix vient à propos apporter son appoint. On reconnaît que l'auteur n'a pas seulement écrit sous l'influence des idées d'un maître, mais qu'il a étudié et vu par lui-même.

Assistant de la clinique gynécologique de Genève, M. Betrix était fort bien placé pour recueillir les matériaux d'un travail qui sera consulté avec fruit par tous les gynécologues.

De l'état de développement du fœtus dans l'hydramnios (3), par le docteur Barbézieux.

Il semblerait, *a priori*, que la distension anomale de l'amnios par une quantité exagérée de liquide fût forcément et nécessairement préjudiciable au fœtus. L'hydramnios, en d'autres termes, paraissait avoir pour conséquence fatale un état morbide de l'enfant contenu dans la cavité utérine.

Il n'en est rien, et par des observations recueillies dans le service du professeur Pinard, grâce à des faits nombreux que lui a fournis son maître, M. Barbézieux a su démontrer que les opinions émises jusqu'ici étaient en contradiction absolue avec les faits, et sa thèse, savamment conduite, solidement étudiée, a su démontrer que : l'hydramnios ne paraît être la cause d'aucune malformation ou arrêt de développement du fœtus. Quand le produit de la conception est atrophié, il faut remonter à une diathèse (syphilis le plus souvent) ou à un accident pendant la grossesse, pour trouver la véritable cause de cet arrêt de développement.

En résumé, au point de vue fœtal, le pronostic de l'hydramnios est bénin.

La thèse de M. Barbézieux est de celles que nous voudrions souvent avoir à analyser. Le sujet est exposé d'un style correct et élégant, la division des chapitres y est logique et claire, le lecteur, guidé à chaque pas par les faits, adopte rapidement les opinions de l'auteur, et ne peut que féliciter le professeur d'avoir choisi un tel élève pour exprimer et développer sa pensée.

Étiologie de la myopie (1), par M. Georges Martin.

M. Martin, dont on connaît la compétence toute spéciale en ophthalmologie, vient d'étudier les causes habituelles de la myopie. Les conclusions de son travail sont d'un intérêt trop général au point de vue de l'hygiène, pour que nous puissions nous dispenser de les publier :

On doit reconnaître, dans l'étiologie de la myopie : la prédisposition et plusieurs causes occasionnelles.

La prédisposition est héréditaire ou acquise ; on ne sait au juste en quoi elle consiste : on suppose, dans la myopie axile, un manque de résistance des tissus du segment postérieur de l'œil.

Les causes occasionnelles sont celles qui, pendant le travail scolaire, commandent un rapprochement exagéré.

Ces causes sont de deux ordres : celles indépendantes du sujet ; celles qui ont pour siège l'œil lui-même.

Les premières sont au nombre de quatre : éclairage insuffisant, mauvais mobilier scolaire, écriture penchée, livres imprimés trop fin. Ces causes sont fort réelles. Chacune d'elles est efficace isolément ; réunies, leur activité est plus grande. Mais elles n'ont point assurément le degré de puissance qu'on leur attribue. Ces causes, en effet, écartées avec soin, la myopie est toujours là, frappant à droite et à gauche et faisant chaque jour de nombreuses victimes.

Il fallait donc rechercher d'autres causes. Nous les trouvons dans certaines particularités inhérentes à l'organisation ou au fonctionnement de l'œil. A côté des taches de la cornée et du cristallin, il faut placer, comme cause d'un rapprochement exagéré : 1° l'astigmatisme que ne corrige pas une contraction partielle « spontanée » du muscle ciliaire, mais uniquement celle « liée à une forte convergence » ; 2° une crampe générale du ciliaire, « croissant d'intensité proportionnellement au rapprochement et à la durée du travail ». Cette crampe a pour effet de restreindre de plus en plus la portée de la vue et en même temps l'éloignement de l'objet. L'apparition fréquente et prolongée de ce phénomène transforme des emmétropes en myopes. Ici, les conditions extérieures (éclairage, impression fine, etc.) peuvent n'être pour rien dans la mauvaise attitude ; celle-ci, d'ordinaire, est imposée uniquement par l'état spasmodique du ciliaire qui se contracte plus que le sujet ne le désire.

L'activité des causes externes nous semble moins grande que celle des internes. Les premières n'agissent d'ordinaire, pendant le travail, que passagèrement ; les secondes, au contraire, sont toujours présentes.

Telles sont, suivant M. Martin, les diverses conditions qui pré-

(1) In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Union des femmes de France, 29, chaussée d'Antin.

(2) Grand in-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

(3) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Steinheil.

(1) In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Lecrosnier et Babé.

sident à l'apparition de la myopie; ce sont également celles qui, chez un grand nombre, favorisent d'une façon déplorable les progrès de cette amétropie.

A. RICARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 août 1889, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe, docteurs en médecine, Barret et Joyau.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Un congé, pendant l'année scolaire 1889-1890, est accordé, sur sa demande, pour raisons de santé, à M. Legay, chef des travaux pratiques d'histologie et d'anatomie pathologique.

— Le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni lundi. M. le docteur Proust, inspecteur général des services sanitaires, a donné lecture de son rapport sur l'assainissement des villes. Voici les conclusions de ce rapport :

1° La méthode antiseptique et les pansements propres ont diminué, dans des proportions considérables, la mortalité des femmes en couches et des opérés. Il serait facile d'obtenir, par l'assainissement des localités malsaines, des résultats aussi heureux pour la prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses.

2° Les succès obtenus à la suite de leur assainissement par certaines villes étrangères, comme diminution de leur mortalité générale et surtout comme diminution de la fièvre typhoïde, sont établis par la statistique.

3° C'est seulement lorsque nos villes seront assainies que l'on verra diminuer, dans une proportion considérable, la mortalité causée par les maladies infectieuses et surtout par la fièvre typhoïde, et dans notre population civile, et dans notre armée.

4° C'est seulement alors que, nos ports présentant un terrain réfractaire à la pénétration des germes morbides exotiques, on pourra supprimer complètement les dernières entraves quarantenaires.

5° Il est donc du devoir des municipalités et du gouvernement d'assainir, dans le plus bref délai possible, les villes, les ports et le pays tout entier.

Ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité par le Comité consultatif d'hygiène publique de France, dans sa séance du 19 août 1889. Le Comité a exprimé le vœu que la plus grande publicité fût donnée au rapport de M. le docteur Proust.

— Une médaille d'argent de première classe est décernée à MM. Cornebois, interne en médecine; Gilard, interne en pharmacie; — ont montré le zèle le plus empressé et l'abnégation la plus absolue à l'ambulance de Fort-l'Empereur pendant l'épidémie variolique.

Une médaille d'argent de deuxième classe est décernée à MM. le docteur Alès, médecin de colonisation à Bou-Sfer; Salles, interne à l'hôpital de Relizane; — ont fait preuve d'un grand dévouement pendant l'épidémie variolique de 1888-1889.

Un témoignage officiel de satisfaction a été adressé à M. Martin, externe en médecine à l'hôpital civil de Mustapha.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dupouy (de Bordeaux).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 98. — JEUDI 29 AOUT 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 29 AOUT 1889. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans l'avant-dernière séance de l'Académie, M. G. Colin est venu protester, avec toute la compétence que l'on sait, contre les exagérations de quelques doctrinaires. La tuberculose est une affection contagieuse, c'est un fait indiscutable. Mais la contamination est-elle aussi fréquente et aussi facile qu'on a bien voulu le dire? M. G. Colin et d'autres bons esprits pensent que la tuberculose ne se transmet pas aussi aisément que l'affirment certains membres du Congrès de la tuberculose.

Si toutes les conclusions de ce Congrès devaient être adoptées définitivement, il ne nous resterait plus, comme l'a dit M. Colin, qu'à mettre à la mode le masque antique bourré de parfums et à préconiser le filtre de coton à l'entrée de toutes les cavités naturelles. Il faudrait aussi renoncer à manger de la viande, car aucune cuisson, en usage dans les cuisines, n'est capable de détruire le bacille de Koch. Les intentions sont souvent excellentes, mais n'a-t-on pas tort de formuler des vœux qui peuvent jeter la terreur dans les familles, et surtout de décréter, comme articles de foi, des conclusions qui ne reposent que sur des faits insuffisamment démontrés? On risque ainsi de compromettre, par des imprudences, les admirables doctrines de M. Pasteur et de ruiner la confiance que les méthodes nouvelles inspirent aux pouvoirs constitués et au grand public.

Hier, M. Marc Sée a fait connaître à ses collègues ses opinions sur la prophylaxie et le traitement de l'érysipèle. A son sens, le sous-nitrate de bismuth est l'agent merveilleux qui met les plaies à l'abri des germes érysipélateux, et qui jugule cette affection contagieuse, quand celle-ci a déjà réussi à se glisser dans l'économie à la faveur d'une solution de continuité.

Il est bon d'exprimer quelques réserves sur la valeur d'un tel traitement. Le sous-nitrate de bismuth est un antiseptique de second ordre, dont l'action, dans tous les cas, est bien inférieure à celle du sublimé corrosif. Or, l'expérience a démontré que les solutions de sublimé et la poudre d'iodoforme sont souvent impuissantes à empêcher l'éclosion de l'érysipèle sur les plaies dont l'occlusion parfaite est difficile. Quant à arrêter la marche de l'érysipèle par des applications locales de sous-nitrate de bismuth, c'est une illusion qui ne peut s'expliquer, chez M. Marc Sée, que par son enthousiasme bien connu pour cet agent thérapeutique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LUYS.

Applications thérapeutiques de l'hypnotisme.

I

Après avoir passé en revue les diverses phases du grand et du petit hypnotisme, après vous avoir montré les conditions physiologiques nouvelles dans lesquelles se trouvent incidemment placés les sujets, il me reste à vous faire voir quel parti on peut tirer, au point de vue thérapeutique, des états nouveaux du système nerveux qu'on a développés artificiellement en eux, et dans quelles limites il est possible d'utiliser les forces nouvelles ainsi mises en éveil.

DES MIROIRS ROTATIFS. — Les applications de la somniation hypnotique au traitement des maladies du système nerveux n'est encore aujourd'hui qu'à ses débuts; mais, il faut bien le dire, les résultats obtenus par cette nouvelle méthode de traitement, aussi bien à Paris, qu'à Nancy et ailleurs, sont suffisamment nombreux et authentiques, pour qu'on puisse les considérer dès maintenant comme un moyen nouveau de thérapeutique active.

Seulement, dès le début se dresse devant nous un obstacle restrictif, — la méthode n'est pas applicable à tous les individus, elle ne peut être mise en œuvre que chez certains sujets prédisposés et, par cela même, elle est soumise à une certaine sélection. Le problème consiste donc, non pas tant à diriger les actions hypnotiques d'une façon méthodique, qu'à élargir le cercle des élus et à rendre éligible le plus grand nombre. Il s'agit donc de faire apparaître chez des sujets en apparence réfractaires certaines aptitudes hypnotiques qu'ils possèdent plus ou moins à l'état latent.

C'est donc dans cette direction que les efforts des médecins doivent se diriger, de façon à multiplier le plus possible le nombre des sujets hypnotisables, car l'effet hypnotique étant produit, on peut dire que la guérison est presque certainement assurée.

C'est dans cet ordre d'idées que je me suis mis à chercher des procédés plus expéditifs et plus puissants que ceux employés jusqu'à présent, tel que la fixation prolongée du regard, tel que la présentation d'un objet brillant au-devant du front, ainsi que le conseille Braid, tel que la répétition d'un son monotone aux oreilles du sujet, etc.

En présence, en outre de l'infidélité des résultats obtenus chez un certain nombre de sujets à moitié dociles, de la fatigue imposée au médecin, des pertes de temps et d'attention, j'ai pensé à mettre en œuvre des moyens mécaniques, des objets brillants en rotation, en utilisant l'action de l'objet brillant par lui-même et l'action de cet objet en mouvement. L'instrument était tout trouvé et réalisé pratiquement dans cet engin de chasse que l'on emploie pour attraper les alouettes, le miroir à alouettes, lequel est constitué, comme chacun de vous le sait, par une série de petits miroirs plaqués sur une pièce de bois se mouvant dans le sens horizontal et réfléchissant autour d'eux dans tous les sens des vibrations lumineuses. Faisant immédiatement l'application de cette idée théorique, je constatai non sans étonnement que l'action spéciale de ces miroirs rotatifs, qui fascinent l'œil des alouettes, exerçait les mêmes actions fascinatrices sur l'œil humain, et qu'au bout de quelques minutes, des sujets non hystériques, placés devant ces appareils en mouvement, tombaient dans un état de sommeil spécial, caractérisé par de l'anesthésie cutanée et de la catalepsie des muscles avec perte de connaissance. Je reconnus que ce sommeil spécial, qu'en raison des conditions de sa production je propose d'appeler *sommeil mécanique*, était apte à déterminer un état nerveux tout particulier, diminutif du grand hypnotisme, et que, au point de vue des applications thérapeutiques, il présentait des ressources d'un intérêt tout nouveau.

Muni de ce précieux moyen d'action, agissant d'une façon continue et je dirais même d'une façon certaine et rapide, je pus donc, ainsi que je vais en faire passer des spécimens variés sous vos yeux, étendre le cercle des actions hypnotiques à un grand nombre de sujets atteints de maladies du système nerveux, que l'on n'avait pas jusqu'à présent songé à faire bénéficier des avantages du sommeil hypnotique. C'est ainsi qu'après avoir produit la somniation chez les sujets hystériques d'abord, puis chez les épileptiques francs, je suis arrivé à en faire l'application aux maladies organiques du système nerveux qui, à ma grande surprise, ont été très notablement amendées. J'ai pu successivement agir chez des tabétiques, chez des hémiplégiques, chez des paraplégiques, chez des choréiques, et, dans ces derniers temps, chez des saturnins avec paralysie des extenseurs, et chez un autre sujet atteint de paralysie agitante que je vous présenterai tout à l'heure et dont l'amélioration en six semaines de traitement a fait des progrès véritablement extraordinaires (1).

La mise en œuvre des miroirs rotatifs est donc destinée à prendre une grande place dans la thérapeutique hypnotique, attendu qu'elle a un caractère pratique et qu'elle est absolument sans danger. Elle étend le champ des actions hypnotisantes sur un plus grand nombre de sujets, et elle permet d'agir avec une plus grande rapidité et une puissance d'action jusqu'ici inconnues aux autres agents. Elle évite par conséquent la fatigue au médecin qui peut, à l'aide d'un seul appareil, hypnotiser à la fois un grand nombre de sujets, c'est ainsi qu'on peut dire que c'est un agent thérapeutique actif, rapide et infatigable.

L'action thérapeutique des miroirs rotatifs peut être employée : 1° soit seule; 2° soit combinée avec l'électricité; 3° soit combinée avec les suggestions.

Il est de toute nécessité, avant de commencer l'hypnotisation, que le sujet soit parfaitement consentant à l'opération qu'on lui demande, et qu'il désire même être endormi. Ce point obtenu, le manuel opératoire est des plus simples; on doit le placer d'abord dans une chambre isolée, loin du bruit et des agitations du milieu ambiant, on le fait asseoir dans un fauteuil qui lui permette de reposer sa tête à l'aise; puis on présente devant lui, à hauteur de ses yeux, sur un support quelconque, le miroir en rotation. Une fois en présence de ce miroir, l'œil du sujet suit ses mouvements; il prend le contact avec lui et le fixe attentivement; au bout de quelques minutes, dans les cas favorables, deux, quatre, six, les paupières se fatiguent, elles se rapprochent insensiblement, et se ferment, la tête se renverse en arrière et le sujet dort d'un sommeil qui paraît le sommeil naturel.

Et, si vous l'examinez maintenant, vous constaterez que ce n'est pas du sommeil naturel dont il est envahi. Le sujet est en plein plongé dans l'état de fascination dont je vous ai parlé précédemment. Il présente, en effet, en réduction, les éléments caractéristiques du grand hypnotisme qui se sont fusionnés en lui. Ainsi, il a l'anesthésie générale de l'état léthargique, la plasticité des membres de l'état cataleptique, il a la crédivité et le timbre spécial de la voix de l'état somnambulique; de plus, il est apte à s'imprégner de suggestions et à les exécuter. Il présente donc, comme je vous disais, sous une forme réduite, le véritable fusionnement des différents symptômes que nous avons précédemment passés en revue.

La durée de ce sommeil spécial peut se prolonger pendant plusieurs heures, le réveil a lieu naturellement lorsque le sujet est abandonné à lui-même : pendant tout le temps de ce sommeil la physionomie est calme et tranquille, elle exprime une véritable béatitude.

Lorsque l'on veut provoquer le réveil, la chose doit s'opérer avec douceur et méthode; on dit au sujet, par exemple, en lui parlant bas à l'oreille : Vous allez vous réveiller dans une minute, et, à votre réveil, vous serez gai et content. L'incitation impérative chemine tout doucement, sans secousses, dans le cerveau, et, au bout du temps marqué, le sujet se réveille avec une physionomie de satisfaction.

Ce procédé de somniation ne produit pas, en général, d'emblée un sommeil profond : l'action n'est au début que très superficielle; au moindre bruit le sujet se réveille, mais, au bout de trois ou quatre séances, l'action somnifère des miroirs se prononce, et l'on voit les sujets, de plus en plus fascinés, tomber dans un profond sommeil; ils peuvent même, au bout d'un certain temps, descendre peu à peu en période de léthargie profonde.

Les sujets qui ont été ainsi traités deviennent, au fur et à mesure d'une sensibilité exquise, et, au bout d'un certain temps d'entraînement, il n'est plus nécessaire d'avoir recours, vis-à-vis d'eux, aux miroirs rotatifs; ils tombent avec une instantanéité vraiment surprenante de l'état de veille consciente à l'état de fascination inconsciente, rien que par la présentation de deux doigts devant leurs yeux. Je vous montrerai tout à l'heure des cas de ce genre, et je réitère

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux, séance du 22 mars 1889.

la recommandation dont je vous ai déjà parlé, en présence de cette susceptibilité si spéciale de certains sujets, de leur répéter de ne se laisser endormir par aucune personne autre que moi, ou désignée par moi.

1° *Action isolée des miroirs rotatifs.* — Cette action isolée se résume à produire le sommeil mécanique chez un sujet, par un miroir en rotation, et à le laisser dormir ainsi tranquille pendant vingt à trente minutes par séance, sans lui donner de suggestion.

Cet état de somniation du cerveau, que l'on provoque mécaniquement, et qui se manifeste par des réactions si spéciales, anesthésie des téguments, plasticité des muscles, crédivité somnambulique, etc., cet état, dis-je, paraît avoir des propriétés sédatives véritablement extraordinaires; nous voyons, en effet, tous les jours, un certain nombre d'anciens malades, névropathiques de toutes variétés, qui ont été tellement soulagés par cet état de sommeil d'origine mécanique, qu'ils viennent spontanément tous les huit ou dix jours se faire hypnotiser à nouveau, pour bénéficier du bien-être qu'ils en éprouvent, comme nous voyons les morphinomanes recourir à la piqûre de morphine qui les a une première fois soulagés.

Ainsi, dans les cas d'insomnie prolongée, de fatigue cérébrale, de sensation d'étourdissement et de vertige, chez certains sujets épileptiques vertigineux, soumis à des attaques de colère irrésistibles, l'action quotidienne du sommeil mécanique a amendé d'une façon tout à fait caractéristique les troubles nerveux sus-indiqués. Bien plus, dans le domaine des régions intellectuelles, nous avons pareillement obtenu des résultats inattendus; chez une dame névropathique dont la mémoire et les forces d'attention cérébrales étaient insuffisantes pour accomplir un labeur donné (prendre et retenir des leçons d'anglais), nous avons pu, en produisant chez elle le sommeil, je dirai même à notre insu, lui donner ce qui lui manquait; je dis à notre insu, car quelques jours après la séance où elle avait été endormie, cette personne nous dit qu'elle s'était trouvée réconfortée par le temps de sommeil dans lequel elle s'était reposée à fond, ce qui lui avait permis d'être plus attentive et de retenir mieux les leçons qui lui étaient données et qui ne laissaient, jusqu'à présent, que des traces insuffisantes dans sa mémoire.

Dans le domaine des troubles du système nerveux, nous avons obtenu des résultats non moins surprenants, et en particulier chez ce sujet atteint de paralysie agitante, que je vous présente en ce moment, c'est la première fois que, depuis trente ans que je vois des malades semblables, j'ai vu survenir une amélioration aussi rapide et aussi accentuée.

Cet homme que vous voyez, jeune encore, et qui présente seulement quelques oscillations des mains, a été soumis au traitement hypnotique depuis six semaines; sa maladie remonte à plusieurs années, elle a fait des progrès insensibles, au point que dans les derniers temps, lorsqu'il est arrivé, les mouvements d'incoordination étaient tels qu'il ne pouvait plus porter depuis longtemps un verre d'eau à la bouche; il était obligé de baisser la tête et, le verre étant sur la table, de boire en ne se servant que de ses lèvres; la préhension des aliments solides était presque impossible; le tremblement des mains était continu, il y avait raideur des muscles du cou et le facies typique avec immobilité des traits de la face, figés, immobiles sur le squelette osseux. Pour tous les médecins qui ont vu ce malade, le diagnostic paralysie agitante était indiscutable. Eh bien! ce malade que vous voyez en ce moment-ci, qui a le teint coloré, le regard vivant, la tête parfaitement mobile, qui peut porter, comme vous le voyez, un verre d'eau à ses lèvres, qui se sent revivre, en un mot, qui a récupéré dans sa main droite une certaine dextérité qui lui a permis de m'écrire quelques paroles de remerciement; cet homme, dis-je, doit cette récupération presque complète de toute sa santé, aux bienfaisants effets du sommeil hypnotique; et au bout de combien de temps ce résultat si merveilleux a-t-il été obtenu? Au bout de six semaines de traitement avec trois séances par semaine!

Comment a agi cette médication empirique? Quelles sont les régions profondes du système nerveux qui ont été mises en action, et qui ont pu ainsi contribuer à l'équilibration générale des forces nerveuses? Je n'en sais absolument rien; ce sont là de mystérieuses questions dont je laisse aux physiologistes futurs le soin de débrouiller les inconnues; pour le moment contentons-nous des résultats acquis.

Voici encore un autre malade qui a dû au traitement employé une rapide amélioration; amélioration d'autant plus intéressante que cet homme avait été déjà inutilement traité dans un hôpital spécial. Vous le voyez, c'est un homme d'une cinquantaine d'années qui, actuellement, exerce la profession de courtier en fonds de commerce, profession qui exige des marches prolongées; il était atteint de tics dans la région de la nuque avec renversement subit de la tête en arrière; il marchait ainsi dans les rues de Paris en attirant l'attention des passants par l'étrangeté de ces mouvements de la tête, qui, au bout d'un certain temps, provoquaient des sensations de vertige. J'entrepris son traitement : il fut soumis uniquement à l'action des miroirs rotatifs; depuis six semaines, il vient trois fois par semaine se faire hypnotiser, et depuis ce temps ses troubles nerveux, si pénibles et doués d'un caractère si répulsif, se sont tellement amendés, qu'il m'a dit, il y a près de trois semaines, avoir pu reprendre son travail quotidien comme autrefois, et n'avoir plus de tic dans le cou, si ce n'est le soir des jours où il s'est encore trop fatigué à marcher; il se considère, du reste, comme à peu près guéri.

J'ai tenu à vous présenter ces deux malades, pour vous montrer l'heureuse intervention des procédés nouveaux dont je préconise l'emploi, et dont vous voyez les résultats aussi nets que rapides. Il y a évidemment là des faits suffisamment éloquents qui viennent appuyer tout ce que je vous ai annoncé.

J'ajouterai encore à tout ceci que, chez d'anciens hémiplégiques, chez d'anciens paraplégiques, frappés d'incontinence urinaire et des matières fécales, j'ai pu obtenir, à l'aide de cette méthode, non seulement l'arrêt de cette complication morbide, mais encore une certaine récupération de forces motrices, en vertu de laquelle ces sujets ont pu arriver à se mouvoir, à faire quelques pas dans la salle, choses qu'ils ne faisaient plus depuis plusieurs mois, et cette amélioration s'est faite pareillement en un très court délai.

2° *Action des miroirs rotatifs combinés avec l'électrisation.* — Je vous ai dit que les individus en période de sommeil mécanique présentaient, entre autres particularités, ce phénomène remarquable d'être complètement anesthésiques, de pouvoir être piqués, pincés et incisés même par un bistouri, sans en avoir la moindre conscience. Cette particularité spéciale d'insensibilité cutanée peut être très heureuse-

ment mise à profit au point thérapeutique, car elle permet d'agir sur lui à l'aide de courants électriques qu'une peau à l'état normal ne pourrait pas laisser passer. C'est là, comme vous le voyez, un fait d'observation d'une très grande importance, qui peut ouvrir à l'électrothérapie des horizons nouveaux, puisqu'on peut ainsi employer des courants très puissants, qui peuvent aller exciter des muscles profonds, et raviver la puissance dynamométrique dans leurs fibres torpides. Cette méthode m'a permis de rétablir ainsi la puissance motrice chez un certain nombre de sujets dont les muscles, atrophiés et électrisés à l'état de veille, ne pouvaient pas être mis en contracture à cause de la sensibilité de la peau qu'il fallait traverser. Et ces mêmes muscles, à l'aide de courants plus forts, pouvaient être, chez le même sujet, mis en état de contraction.

Dans cet ordre de faits, je vous citerai particulièrement certains ataxiques dont les muscles des membres et du tronc, ainsi électrisés pendant leur sommeil, ont pu permettre au sujet, frappé d'impotence, de pouvoir se tenir debout et se promener dans la salle après un traitement de trois semaines.

Nous avons particulièrement usé de ce procédé chez un ouvrier peintre que je vais vous présenter, et qui est arrivé il y a deux mois dans mon service, avec une paralysie complète et une atrophie des extenseurs. Il y a quatre ans, cet homme a eu des accidents semblables, et n'a pu reprendre ses travaux qu'au bout de dix-huit mois; actuellement, vous le voyez, les forces sont revenues dans les bras, la puissance motrice a été récupérée en partie dans les avant-bras, le sujet peut se servir de ses mains pour prendre ses aliments, boutonner ses vêtements, mouvements qu'il était complètement incapable d'accomplir il y a six semaines. Vous voyez qu'ici nous avons obtenu non seulement des résultats utiles, mais encore des résultats rapides, puisque la première attaque a nécessité huit mois de traitement, et la seconde a été guérie, sous notre direction, en deux mois et demi.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Abcès profond du bassin, ouverture par le vagin et le périnée.

Clémence L..., dix-neuf ans, entre dans mon service le 16 mai 1887, pour un écoulement purulent très fétide et très abondant, qui se fait par le vagin. Nous ne trouvons rien dans ses antécédents, pas de maladies dans son enfance. Les règles parurent à l'âge de treize ans; elles ont toujours été très irrégulières, se montrant quelquefois tous les quinze jours.

Sa maladie actuelle remonte à plus d'une année. Pendant sa période menstruelle, elle mit ses mains à l'eau froide. Le soir même elle sentit une vive douleur dans le ventre, et le sang se montra plus abondant que les jours précédents.

Quelques jours avant elle avait fait une chute assez douloureuse sur le ventre.

Cette hémorrhagie dura quinze jours avec assez de force, puis elle fut suivie de pertes blanches. Malgré cela, pendant tout ce temps, la malade n'eut pas de fièvre, et ne fut pas obligée de se coucher. Les douleurs continuèrent sourdes, se montrant toujours dans la région hypogastrique droite. Les règles parurent se régulariser.

Un jour l'écoulement blanc se montra beaucoup plus abondant que de coutume, et prit une odeur fétide, qu'il a gardée depuis, et tout cela, sans que la malade ait été soulagée.

On lui conseilla des injections détersives et désinfectantes.

État à l'entrée de la malade.

La santé générale ne paraît nullement atteinte. La jeune fille est forte et a assez d'embonpoint. Elle dort bien et n'a jamais de fièvre.

Le ventre est souple, on ne réveille de douleur que dans la partie profonde de la fosse iliaque droite, où l'on sent une vague tuméfaction vers le petit bassin.

Les organes génitaux externes sont bien conformés. L'hymen existe et je le dilate facilement. Au toucher, on trouve l'utérus petit, le col déformé, et comme fendu en travers. J'introduis avec peine un petit spéculum de Fergusson. Tout d'abord on ne voit qu'un véritable flot de pus, qui remplit le spéculum. Ce pus est épais, foncé en couleur et d'une odeur particulièrement infecte.

Le col est déformé, effacé, comme fendu en travers, ce qui lui donne la forme d'une gouttière.

En examinant attentivement le cul-de-sac postérieur, on voit, à droite du col et très près, un petit orifice par lequel coule du pus en abondance notable. Avec beaucoup de difficultés je parviens à faire pénétrer un stylet, puis, plus tard, un hystéromètre. Ces instruments se dirigent en haut et à droite, mais ne vont pas à plus de 2 centimètres de profondeur.

La fistule fut dilatée avec de la laminaire, et j'y introduisis un petit appareil formé par deux sondes parallèles, en canon de fusil, soutenues par une petite tige souple. Le pus s'écoula plus facilement, et l'on fit des injections avec du sublimé à 1/1000.

En juin, je tentai de dilater le vagin avec un ballon de caoutchouc, pour pénétrer plus facilement dans la fistule, mais le dilatateur ne fut pas supporté. Le pus infect coulait très abondant.

Le 10 juillet, M. le docteur Monnier, qui me remplaçait, mit une tige de laminaire, mais la malade eut des douleurs et un frisson dans la journée. Quand on voulut retirer la tige, le fil se détacha seul et fut retiré, la tige avait disparu dans l'abcès. La fièvre se calma bientôt et le pus se mit à couler comme auparavant.

Un mois plus tard, en touchant la malade, on put sentir une sorte de cylindre, un peu plus petit que le petit doigt, mobile et situé sur la partie latérale du vagin, et à droite, ayant un grand axe parallèle à celui du vagin. En même temps, en faisant le palper abdominal, on trouve une masse assez dure, peu douloureuse, située dans le bassin et à droite. Cette masse est profonde, elle dépasse de fort peu la ceinture osseuse du bassin et est immobile. On ne peut en séparer l'utérus.

29 septembre. On sent par le toucher que la tige de laminaire est très près de la vulve, et qu'elle se meut facilement dans la poche purulente, qui s'insinue entre le vagin et le rectum.

4 octobre. Opération. La malade est endormie et mise dans la position de la taille.

M. le docteur Monnier, qui veut bien m'assister, place un doigt dans le vagin et repousse de haut en bas la tige de laminaire, qui vient faire bomber le périnée à la partie la plus inférieure de la grande lèvre droite. Avec le couteau du thermocautère, je fais une petite incision en forme de croissant, partant du milieu du périnée, et remontant un peu sur la grande lèvre droite. J'arrive ainsi jusqu'à la tige de laminaire après avoir traversé une épaisseur de 2 centimètres environ de tissus.

La cavité est ainsi ouverte dans une partie déclive, le pus qui reste s'écoule, mais en très petite quantité, puis je place un drain en anse, passant par la plaie périnéale, et un orifice artificiel que je fais au fond du vagin, ne pouvant retrouver l'orifice trop petit de la fistule. La poche de l'abcès est alors explorée avec soin, elle paraît avoir en tout 10 à 12 centimètres de profondeur et 6 de large. L'utérus est placé à gauche et accolé à la poche. Le vagin est tamponné avec de la gaze iodoformée.

Le soir de l'opération, la malade a une très légère fièvre, 38°4, et un peu de douleurs dans la région lombaire.

5 octobre. La nuit a été bonne, bien que la malade ait eu des vomissements de chloroforme. Le ventre est sensible, et je fais mettre de la glace. Température 37°4. Il a coulé un peu de pus,

on fait passer dans le drain un courant léger de sublimé à 1/1000.

6 octobre. La malade est très bien. Elle a bon sommeil. Le ventre n'est plus douloureux. Le tampon du vagin est retiré.

Du 6 octobre au 10 décembre. Je laisse les drains en place, et chaque jour on fait des injections au sublimé à 1/2000. Le drain est alors remplacé par un drain filiforme, que je retire au bout de soixante jours, et la plaie se ferme.

20 mars 1888. La malade est revue, elle est complètement guérie, et sa santé générale est devenue excellente.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 août 1889. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une note sur les « Résultats obtenus par la vaccination et la revaccination des hommes des 72e et 128e d'infanterie, des 8e et 14e chasseurs à Abbeville et à Verdun », par M. le docteur Mackiewicz, médecin-major;

2° Un pli cacheté de M. le docteur Danion, sur une « Nouvelle méthode de traitement électrique des fibro-myomes utérins ».

COMMUNICATIONS

Nécessité de surveiller la vente de l'arsenic. — M. Marquez (d'Hyères) rappelle les empoisonnements produits par l'arsenic à Hyères, le Havre, Tombelaine. Il demande qu'une surveillance toute particulière soit exercée sur la vente de ce poison dont la couleur et l'état pulvérulent constituent de véritables dangers, à tel point qu'on a pu prendre, par erreur, un baril d'arsenic pour plâtrer du vin.

S'il est bon de contrôler la vente des substances toxiques chez les pharmaciens, il est encore plus urgent de surveiller le commerce en gros et la droguerie. On sait que rien n'est plus facile que de se procurer en grandes quantités les poisons les plus dangereux. En conséquence, M. Marquez propose la réglementation de la vente des substances toxiques par les droguistes et autres commerçants.

En outre, n'est-il pas indiqué de dénaturer l'arsenic de telle façon que, sans en altérer les propriétés, on ne puisse confondre ce toxique avec des substances inoffensives? Le mélange de coaltar et d'aloès ne donne qu'une sécurité trompeuse. Au contraire, en ajoutant à l'arsenic un centième de sulfate de fer et un centième de prussiate de fer, on obtient un mélange qui possède une coloration bleuâtre très accentuée et une saveur métallique marquée. Ce procédé n'est peut-être pas le meilleur, mais il faut en trouver un pour mettre le public à l'abri de méprises fatales.

Rupture des kystes de l'ovaire par un simple effort; ovariotomie. — M. Polaillon. La rupture des kystes de l'ovaire n'est pas un accident fréquent. Les suites varient suivant la nature du contenu kystique. Si le liquide est séreux, l'épanchement se résorbe, mais il n'en est pas toujours ainsi.

Une femme de vingt-trois ans avait un kyste multiloculaire de l'ovaire. Sous l'influence d'un purgatif et au moment où cette malade montait dans son lit, elle éprouva dans le ventre une vive douleur accompagnée d'une sensation de craquement. Des symptômes de péritonite apparurent (tympanisme, douleurs, vomissements verdâtres), et trois jours après le début de l'accident, M. Polaillon fit la laparotomie. Il enleva un kyste multiloculaire de 3 kilogrammes et trouva des traces incontestables de péritonite. La rupture avait lieu au niveau d'une des poches à contenu noirâtre. Le lavage du péritoine fut fait soigneusement. L'opérée va bien.

Cet accident prouve qu'il faut opérer les kystes de l'ovaire le plus tôt possible. La temporisation permet à certains accidents graves de se produire.

Prophylaxie de l'érysipèle. — M. Marc Sée. Grâce à sa méthode de traiter les plaies par le sous-nitrate de bismuth, il n'a jamais vu l'érysipèle éclater dans son service, depuis cinq ans. Cependant ses opérés sont parfois placés à côté d'individus venus du dehors et atteints d'érysipèle.

Le sous-nitrate de bismuth, qui est un excellent antiseptique, est un topique de premier ordre. Il suffit de recouvrir la solution de continuité qui a été la porte d'entrée de l'érysipèle, pour arrêter la marche de cette redoutable complication des plaies.

Des verres toriques. — M. Javal veut appeler l'attention sur des verres qui ont la propriété d'être périscopiques, et de corriger l'astigmatisme. Ils sont destinés à remplacer les verres sphériques et les verres cylindriques, du moins dans un grand nombre de cas.

Les verres en question sont taillés sur une surface analogue à celle d'une bague de grande dimension. Leur réfraction est différente dans le plan de l'anneau et dans un plan perpendiculaire au précédent.

Avec les verres de lunettes ordinaires, le vice de réfraction ne pouvait être corrigé d'une façon parfaite que si l'œil était dirigé vers le milieu du verre. Grâce aux verres toriques, le malade pourra tourner les yeux sans nuire à la netteté de sa vue.

On pourra construire des verres toriques de façon à corriger l'astigmatisme dans un sens et la myopie ou la presbytie dans un autre sens. Pour les artistes, on fera des verres dont la partie inférieure servira à voir de près et dont la partie supérieure sera utilisée pour la vision de loin. Il suffira de faire deux courbures différentes.

Les verres toriques ont d'abord été fabriqués à Rome, en 1837, puis en Amérique. Maintenant on est arrivé à en faire d'excellents en France.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

La syphilis des nourrices (1),

Par M. le docteur Morel-Lavallée.

I

La question de la syphilis des nourrices méritait au plus haut point d'être l'objet d'un examen approfondi, et cela pour plusieurs raisons : d'abord parce qu'à propos d'elle la responsabilité du médecin se trouve à tout instant engagée, responsabilité morale, matérielle, voire personnelle; ensuite, parce qu'il y a là un véritable péril pour la société, péril consistant dans l'extension d'une maladie indéfiniment transmissible et contre laquelle des mesures sérieuses de prophylaxie n'ont point été arrêtées par le *consensus* du corps médical, bien loin qu'elles aient été édictées par le législateur.

Ces mesures préservatrices, nous ne pourrons les obtenir des pouvoirs compétents que lorsque nous nous serons mis unanimement d'accord sur toute une série de points dont les principaux au moins vont être passés en revue dans ce rapport.

La diffusion de la vérole par le moyen des nourrices syphilitiques peut heureusement être, jusqu'à un certain point, enrayée par le médecin. Il doit s'efforcer d'arriver à ce résultat, non seulement parce que son devoir et sa conscience le lui dictent, mais encore, parce que la loi le rend, avec raison, responsable de tout dommage qui pourrait arriver à autrui par sa faute (art. 1382 du code civil), c'est-à-dire, en l'espèce, de tout préjudice causé par son imprudence ou *sa réticence* (arrêt de la Cour de Dijon, 14 mai 1868); et, d'un autre côté, le praticien se trouve arrêté par

(1) Nos lecteurs liront avec intérêt le remarquable rapport présenté sur cette question au Congrès international de médecine légale par notre distingué collaborateur.

ce fait qu'il doit, avant tout, respecter le secret professionnel (art. 378 du code pénal). Mais en dehors de ces deux obligations légales entre lesquelles devra louvoyer le médecin, il trouvera surtout son mobile dans le sentiment du devoir qui lui incombe de veiller à l'extinction d'une maladie contagieuse et qui constitue l'un des facteurs les plus terribles de la dépopulation des villes. Il y a là un devoir social, par conséquent, une obligation *morale* qui font ressortir la question que nous avons en vue autant à la déontologie médicale qu'à la médecine légale.

Examinons les diverses situations qui se présenteront dans la pratique.

I. — LE MÉDECIN, CONSULTÉ PAR DES CLIENTS, TROUVE UN ENFANT HÉRÉDO-SYPHILITIQUE.

PREMIER CAS. — *La nourrice est encore saine.* — La première chose à faire, sans contredit, est de *suspendre l'allaitement*, quelque dommage qui puisse en résulter pour l'enfant. Il faut, avant tout, que la nourrice soit préservée, et elle peut l'être, car l'enfant peut n'avoir pas encore présenté de lésion *buccale* ou *nasale*, et, d'ailleurs, qui dit contact morbide ne dit pas forcément inoculation positive. L'allaitement sera donc suspendu malgré les récriminations des parents, et malgré même le consentement éventuel de la nourrice, alléchée par l'appât d'une grosse rémunération. Car un consentement obtenu dans de pareilles conditions serait *immoral*, la nourrice n'ayant pu le donner en *parfaite* connaissance de cause, et, de plus, il serait *nul, la personne humaine n'étant pas une propriété aliénable*, non plus que les éléments qui la constituent, la vie et la santé. Il en résulte que la nourrice, contaminée à la suite de son consentement écrit, pourrait, plus tard, malgré tout, invoquer devant les tribunaux la nullité d'un tel pacte et réclamer des dommages-intérêts.

Un tel contrat, que la nourrice ne pourrait, d'ailleurs, accepter qu'avec l'assentiment de son mari, sur papier timbré, officiellement — que jamais un notaire ne consentirait à couvrir, — serait passible d'une action en nullité dans l'avenir et serait insuffisant pour protéger les parents de l'enfant, aussi bien que pour abriter la responsabilité du médecin. Si donc la famille persistait à vouloir conclure et exécuter un pareil pacte, le médecin devrait (comme nous le verrons faire plus loin devant la résistance des parents à ses prescriptions) se retirer.

L'allaitement sera donc interdit, et à titre définitif, même quand les accidents contagieux actuels auront (momentanément) disparu. Il ne faut pas même autoriser l'usage du « bout du sein » qui permet l'arrivée au mamelon de la salive vecteur du virus, et surtout du jetage nasal. Quant à « l'allaitement surveillé », c'est presque une chimère, attendu que la surveillance ne peut être rigoureusement continue ; il ne saurait, d'ailleurs, toujours en être question qu'une fois la nourrice prévenue et consentante.

L'enfant sera élevé au biberon, ou à l'aide d'une chèvre, pour les familles riches, mais le mieux, sans contredit, serait, si la mère n'est plus capable de lui donner le sein, *de lui procurer une nourrice syphilitique*. Quelle que soit l'opposition due ici au préjugé des parents, il est certain que ce serait là le remède idéal, et le cas se présente assez souvent pour qu'il y ait lieu de se demander, si on ne pourrait organiser une sorte de recrutement de nourrices syphilitiques. Nombre de filles-mères contaminées trouveraient ainsi un moyen de se placer et de sortir de la misère où elles se voient si fréquemment délaissées. Il faudrait pour cela : 1° que les hôpitaux, et principalement Lourcine et Saint-Louis, eussent ordre de signaler à la Préfecture l'accouchement de toute femme syphilitique désirant se placer comme nourrice ; 2° que le règlement interdisant de délivrer l'autorisation de se placer aux nourrices atteintes d'une affection contagieuse fût modifié de telle façon que ladite autorisation pût être accordée aux femmes syphilitiques, qui seraient alors placées sur la demande écrite d'un médecin agissant au nom et comme mandataire de clients syphilitiques. Il est désirable que de pareils placements se fassent par l'entremise du bureau de la Préfecture, d'abord à cause de la surveillance dont ils doivent être l'objet, puis, parce que les nourrices syphilitiques sont, en somme, assez rares pour qu'on ne les laisse pas échapper et qu'on en centralise le recrutement.

Mais pour la nourrice, que faire? Nous supposons les parents acquiesçant à la volonté du médecin. Celui-ci, s'étant entendu avec le père, fait venir la nourrice et lui expose qu'il est rigoureusement *impossible* que l'allaitement soit continué ; que l'état de l'enfant exige le sevrage. Mais il se garde de prononcer le mot de syphilis, parce qu'en le faisant, il violerait le secret professionnel, et qu'il exposerait les parents aux bavardages et plus tard au chantage et à la honte. La révélation du diagnostic est inutile pour sauvegarder la nourrice, et nous voyons tous les jours, dans les hôpitaux, la preuve que les malades n'ont guère plus grand souci de l'avenir de leur santé, que quand ils savent que c'est de la vérole qu'ils sont atteints et qu'ils en ont plusieurs fois subi les attaques.

Donc, l'allaitement est suspendu. Peut-on renvoyer la nourrice à présent, avec une indemnité afférant à la perte extemporanée de sa place de nourrice? Point, car elle peut être en *incubation de syphilis :* c'est, qu'en effet, la vérole incubant en moyenne trois ou quatre semaines, et quelquefois plus, il est possible que cette nourrice, aujourd'hui saine, voie dans quelques jours, alors qu'elle sera partie chez elle ou même entrée dans une autre famille prendre un nourrisson, éclore sur son sein des chancres syphilitiques et communique alors, à son insu, la vérole à son nourrisson, à ses enfants, à son mari, etc. Que faire donc? La tenir en observation cinq à six semaines au moins, et, pour cela, conseiller aux parents de la garder pendant ce temps à titre de domestique auxiliaire, de nourrice sèche intérimaire.

Mais dans tout ce qui précède, nous avons supposé les parents consentants : s'ils refusent cependant d'obéir aux conseils formels du médecin, celui-ci devra alors les exhorter par tous les moyens possibles à ne pas laisser s'accomplir un tel acte que la contamination probable de la nourrice par leur faute ; leur exposer les conséquences de cette contagion, devant rejaillir sur eux et sur leur famille ; leur montrer non seulement l'indemnité qu'ils devront verser (car de riches égoïstes pourraient passer sur ce détail), mais le chantage qui s'ensuivra, et, au bout, les assignations, le procès avec ses scandales, la condamnation certaine, la publicité humiliante. Il est rare que ce dernier point, le scandale, ne fasse pas réfléchir et fléchir les pères les plus obstinés.

Que s'ils persistaient dans leur refus de céder aux justes exigences du médecin, celui-ci n'a plus qu'un parti à prendre : se retirer. Pour sa sécurité personnelle, qu'il rédige, comme l'a conseillé M. le professeur Fournier, une consultation écrite, contenant la défense formelle de continuer l'allaitement; dater ensuite, signer, et prévenir le père que, *si la nourrice, inquiète du changement de médecin, vient vous consulter, on lui dira qu'on a défendu la continuation de l'allaitement* (*mais seulement cela, et rien autre*). Si, par hasard, la nourrice était présente à la consultation, le médecin serait même autorisé à lui dire : « Nourrice, je cesse d'être le médecin chargé de vous surveiller, mais je vous conseille de cesser l'allaitement. »

Cette consultation, qui pourra rarement être délivrée par devant temoins, M. Brouardel la trouve insuffisante pour la sauvegarde du médecin. Il a l'habitude d'adresser au père, *par lettre chargée*, ladite consultation dont il conserve le double.

DEUXIÈME CAS. — *L'enfant est trouvé hérédo-syphilitique, et la nourrice déjà contaminée.* — Ici la ligne de conduite est tout autre, car, indépendamment du traitement à formuler pour l'enfant et pour la nourrice, ce qu'il faudra faire à tout prix, c'est de garder la nourrice et de conserver à l'enfant les bénéfices de l'allaitement naturel. On conseillera donc au père d'avouer la vérité à la nourrice, car elle l'apprendrait toujours après; de lui donner spontanément une indemnité en conséquence, et de tâcher de la conserver, tant à titre de réparation que dans l'intérêt de l'enfant. A la nourrice, on représentera le danger qui résulterait pour elle d'un départ empêchant de surveiller sa santé, le péril

qu'elle ferait courir à sa famille en l'exposant à une contamination toujours menaçante. De cette façon, en persuadant la nourrice, en la traitant, on arrivera à empêcher toute une série de *syphilis insontium*, de contagions par ricochet du fait de la nourrice.

La prophylaxie est ici facile à établir, elle repose sur ce principe : *prévenir l'allaitement par une nourrice saine d'un enfant exposé à naître vérolé.*

Le mieux est d'obtenir que l'enfant soit nourri par sa mère, et souvent le père y consent lorsqu'on lui a fait comprendre que, si l'enfant naît sain la mère n'a rien à craindre de lui, et que s'il naît syphilitique il ne peut rien donner à sa mère, ordinairement vérolée déjà avant l'accouchement (outre qu'elle pourra, sans cela, bénéficier de la loi de Colles-Baumès).

II. — LE MÉDECIN INSPECTEUR DES NOURRICES « AYANT DÉPÔT D'ENFANTS ASSISTÉS » TROUVE LA SYPHILIS CHEZ UN ENFANT.

Il s'agit ici d'une organisation spéciale à la France, où elle a été instituée par la loi du 23 décembre 1874. Dans ce cas, le médecin n'est plus lié par l'article 378; au contraire, il est fonctionnaire enquêteur, il est là pour exécuter la loi. Or, voici ce qui se fera conformément à la loi :

1° Le médecin doit ordonner à la nourrice de suspendre l'allaitement de l'enfant syphilitique;

2° Il consigne sur le carnet de la nourrice, qu'à telle date il a été trouvé, sur l'enfant N..., des lésions de nature contagieuse (sans écrire le nom de la maladie), qui nécessitent la cessation de l'allaitement;

3° Et en même temps, il prévient le maire de la commune par un bulletin où est mentionné le nom de la syphilis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Arnozan, agrégé, est maintenu en exercice pour une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1889.

M. Latrille, docteur en médecine, est nommé pour deux ans, à partir du 1er novembre 1889, chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Puech, dont la délégation est expirée.

MM. Sengensse et Lamarque, docteurs en médecine, sont nommés pour deux ans, à partir du 1er novembre 1889, chefs de clinique chirurgicale, en remplacement de MM. Philippot et Princeteau, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — MM. Stroup et Wilhelm sont nommés pour deux ans, à partir du 1er novembre 1889, aides d'anatomie, en remplacement de MM. Crepet et Frœlich, dont le temps d'exercice est expiré.

Sont nommés pour l'année scolaire 1889-1890 :

Chef des travaux pratiques de chimie. — M. Voirin, en remplacement de M. Thorion, dont le temps d'exercice est expiré.

Préparateur du cours de chimie. — M. Jacques, en remplacement de M. Fistié, dont le temps d'exercice est expiré.

Préparateur des travaux pratiques de chimie. — M. Durand, en remplacement de M. Voirin, appelé à d'autres fonctions.

— Lundi, 5 septembre prochain, à trois heures, aura lieu, à l'École d'Alfort, l'inauguration de la statue d'Henry Bouley.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Marquet et Rota, à Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 99. — SAMEDI 31 AOUT 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 31 AOUT 1889. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr.	D. — 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Étiologie et diagnostic des pleurésies purulentes.

Par M. le Dr A.-B. MARFAN,
Chef de clinique à la Faculté de médecine.

A l'heure actuelle, on a une tendance marquée à admettre qu'il n'y a pas de pleurésie purulente sans microbes. On sait, d'ailleurs, que diverses espèces de micro-organismes sont susceptibles d'engendrer la suppuration pleurale, même des micro-organismes qui ne passaient guère jusqu'ici pour pyogènes.

Bien que cette question de l'origine bactérienne des pleurésies purulentes ne soit pas encore complètement élucidée, bien qu'il reste des points obscurs nécessitant de nouvelles recherches, il est un problème que la clinique doit essayer de résoudre, car de sa solution dépendent souvent le pronostic et la thérapeutique. Ce problème, c'est celui-ci. Les formes cliniques de la pleurésie purulente sont nombreuses ; entre la pleurésie foudroyante de certaines pyohémies et l'empyème bénin, curable par une seule ponction, il y a toute une série d'états intermédiaires. Existe-t-il un rapport entre la forme clinique du pyothorax et la cause qui l'a engendré ? Ce rapport est-il susceptible d'être déterminé au lit du malade ? Tel est le problème dont il importe de trouver la solution. Mais cette solution, en trouve-t-on les éléments dans les travaux récents qui ont paru sur la matière ? C'est ce que nous nous proposons d'examiner dans cette Revue.

I

Un malade présente un épanchement pleural. Cet épanchement s'accompagne de symptômes qui permettent d'affirmer qu'il est purulent ; la fièvre a le caractère rémittent ou intermittent, avec un fastigium élevé (39, 40, 41 degrés) ; le patient présente une pâleur terreuse des téguments, de l'œdème de la paroi thoracique, de l'œdème des extrémités, ou bien, ces signes faisant défaut, les doutes ont été levés par une ponction exploratrice qui a démontré la purulence du liquide contenu dans la plèvre. Le médecin cherche alors à déterminer en présence de quelle variété d'empyème il se trouve. Pour cela, il doit se souvenir que trois causes principales peuvent engendrer le pyothorax : la *pneumonie*, la *pyohémie* et la *tuberculose* ; autrement dit, le pus peut se développer dans la plèvre sous l'influence soit du pneumocoque, soit du streptocoque pyogène ou du staphylocoque pyogène, soit enfin du bacille de la tuberculose.

On trouve dans les auteurs classiques l'énumération de bien d'autres causes de pleurésie purulente. Mais, quand elles ne visent pas le terrain sur lequel s'est développé la maladie, nous verrons plus loin que ce sont des causes rares, ou bien qu'elles représentent des états morbides qui rentrent dans un des groupes que nous venons de signaler.

II

PLEURÉSIE PURULENTE PNEUMONIQUE. — Pendant le cours d'une pneumonie ou après la défervescence, il arrive souvent que le médecin perçoit les signes de la pleurésie. Souvent cette pleurésie est légère et bénigne et la résolution se fait rapidement. D'autres fois, un épanchement se forme et beaucoup d'auteurs admettent aujourd'hui que, lorsque cet épanchement acquiert certaines proportions, il est habituellement purulent. Pourtant M. Troisier s'est élevé contre cette manière de voir un peu trop absolue et il a montré que la pleurésie pneumonique séro-fibrineuse n'est pas aussi rare qu'on le croit (1).

Quoi qu'il en soit, la pleurésie pneumonique est souvent purulente ; Woillez, un des premiers, attira l'attention sur ce fait (1872) ; Reisz (de Copenhague), en 1879, revient sur la question, et insiste sur la purulence habituelle des épanchements pneumoniques que Gerhardt décrit, en 1881, sous le nom de *pleurésies métapneumoniques*. Depuis, Leyden en 1885, Mazzotti en 1887, Penzoldt en 1888, ont publié des cas d'empyème pneumonique. Néanmoins tous ces faits étaient peu connus en France, comme on peut s'en assurer en lisant le magistral article que M. Henri Barth a consacré à la pneumonie dans le *Dictionnaire encyclopédique*, lorsque les travaux de M. Netter les signalèrent à notre attention. En 1887 à la Société anatomique, cette année même à la Société médicale des hôpitaux, M. Netter communiqua d'importantes recherches sur la pleurésie purulente pneumonique.

(1) TROISIER. Société médicale des hôpitaux, 1889.

Tout d'abord M. Netter établit que la purulence est bien le fait du microbe de la pneumonie, du pneumocoque. C'est là un résultat qui doit nous arrêter. Rien ne faisait supposer naguère que le pneumocoque fût pyogène, si bien que Penzoldt pensait que, pour produire la pleurésie purulente, il fallait qu'il fût aidé par d'autres microbes. Mais dans cinq cas typiques, M. Netter a reconnu, au moyen des cultures sur plaques, que l'exsudat purulent ne renfermait qu'une seule espèce de microbes, le pneumocoque de Frænkel. On peut s'étonner que ce microbe qui ne peut provoquer la suppuration du poumon, sans l'intervention de microbes pyogènes (Jaccoud), produise si facilement la suppuration pleurale. Mais M. Netter remarque que le pneumocoque, qui n'est pas pyogène dans le poumon, est facilement pyogène dans les séreuses. Cet auteur a montré, en effet, qu'il existe des méningites suppurées, des péricardites suppurées, dues exclusivement au pneumocoque ; et un grand nombre d'observateurs ont confirmé la justesse de cette assertion.

Ainsi l'empyème pneumonique est sous la dépendance du microbe pathogène de la pneumonie, du pneumocoque. Cette origine imprime un cachet spécial à cet empyème. La pleurésie purulente pneumonique offre des caractères propres dont la connaissance est d'un intérêt capital pour le clinicien. C'est ce que va montrer le tableau clinique que nous allons esquisser.

Les pleurésies purulentes pneumoniques paraissent surtout fréquentes au-dessous de trente ans. Elles sont communes dans l'*enfance* ; le pneumocoque serait la cause habituelle de ces pleurésies purulentes du premier âge qui, comme on le sait, guérissent plus facilement que chez l'adulte.

L'empyème pneumonique s'observe *par séries*. Cela tient à la constitution médicale. Le plus souvent, en effet, la pleurésie indique une intensité plus grande de l'infection pneumonique. Or les pneumonies infectieuses se manifestent elles-mêmes par séries.

Le pus de l'empyème pneumonique est épais, verdâtre, crémeux, le plus souvent inodore. Les deux feuillets de la plèvre sont tapissés par des fausses membranes jaunâtres, fibrino-purulentes. Le processus morbide a une grande tendance au cloisonnement, à l'enkystement ; il se limite souvent aux espaces interlobaires, aux sinus du diaphragme, au sommet du poumon ; ce qui explique la terminaison fréquente par vomique.

Les *signes* qui indiquent l'épanchement peuvent s'observer au cours de la pneumonie ; mais, le plus souvent, ils apparaissent après la défervescence. Alors, après quelques jours d'apyrexie (de vingt-quatre heures à quatre semaines), la fièvre reprend, mais elle n'est jamais très élevée ; dans tous les cas, il n'y a pas les accès intermittents vespéraux que l'on retrouve dans les autres formes ; la fièvre affecte plutôt le type continu que le type rémittent. L'œdème de la paroi thoracique est ici exceptionnel. L'épanchement progresse lentement et n'est jamais très abondant. Il s'enkyste très facilement et, pour cette raison, est souvent méconnu jusqu'au moment de la vomique.

La *marche* prouve qu'il s'agit là d'une pleurésie purulente bénigne. D'abord la *résorption spontanée* est possible, ainsi qu'en font foi deux observations, une de M. Cadet de Gassicourt, rapportée par M. Netter, et une autre rapportée par Israël (de Copenhague). La terminaison *par vomique* est fréquente (plus du quart des cas). Beaucoup de ces pleurésies guérissent aussi avec une ou plusieurs *ponctions*. On publie de temps en temps (M. Dieulafoy en a cité maints exemples) des cas d'empyème guéris par des ponctions répétées. Il s'agissait vraisemblablement d'empyèmes pneumoniques.

La tumeur fluctuante dite *empyème de nécessité* s'observe rarement dans la pleurésie pneumonique.

La pleurotomie et la costotomie appliquées au pyothorax pneumonique donnent une proportion de succès inconnue dans les autres cas. C'est là un point dont on devra tenir compte dans les statistiques. Enfin (ce qui prouve encore la bénignité relative de cette forme morbide), M. Netter a montré que la proportion des décès n'était que de 15 p. 100, et que, dans la plupart des cas, la mort n'était pas sous la dépendance directe de l'empyème.

En résumé, le pyothorax pneumonique se spécialise par les caractères suivants : au point de vue anatomique, par la richesse de l'épanchement en globules du pus et en fibrine, la tendance à l'enkystement ; au point de vue symptomatique, par l'absence du caractère hectique de la fièvre, la rareté de l'œdème des parois thoraciques, la fréquence des vomiques ; au point de vue du pronostic, par sa gravité incomparablement moindre, la possibilité de guérisons spontanées, l'ampliation rapide du poumon après l'évacuation du liquide.

On voit quelle importance il y a à reconnaître qu'un épanchement purulent est d'origine pneumonique. Une pareille origine, bien et dûment constatée, doit faire écarter l'intervention sanglante comme méthode de choix. La ponction répétée une ou plusieurs fois conduira souvent au succès. Ce n'est guère que lorsque la pleurésie sera enkystée, cloisonnée, comme dans le cas rapporté récemment par M. Sevestre, à la Société médicale des hôpitaux, que l'on devra faire la pleurotomie. Ces faits se comprennent aisément, si l'on songe que le pneumocoque, dans le corps humain comme dans le tube à culture, ne vit que pendant un certain temps ; qu'il perd ses propriétés pathogènes très rapidement dans le poumon, un peu moins rapidement dans les séreuses ; mais que, même sur les séreuses, sa vitalité a un terme qui n'est jamais bien éloigné.

Dans la pratique courante, une pleurésie qui a succédé à une pneumonie, qui a présenté les caractères cliniques énumérés plus haut, peut être tenue pour une pleurésie pneumonique et être traitée comme telle. Cependant, il est deux faits, bien mis en lumière par M. Netter, qui peuvent être la source d'hésitations et démontrent la nécessité de l'examen bactériologique :

1° *Il y a des pleurésies par pneumocoques sans pneumonie, ou précédées de pneumonies assez légères pour passer totalement inaperçues.* Devant de pareils cas, malgré les caractères cliniques assez spéciaux de l'empyème pneumonique, il se peut qu'on hésite sur la nature du mal et l'examen bactériologique, fait selon les règles que nous indiquerons tout à l'heure, pourra seul lever les doutes.

2° *Des organismes pyogènes, staphylocoques et streptocoques, peuvent infecter secondairement le foyer pleurétique*, comme ils infectent parfois le foyer pneumonique. Il s'agit alors d'un *empyème pneumonique compliqué*. Or, cette association microbienne, qui modifie complètement le pronostic et le traitement, ne peut être reconnue que par les recherches bactériologiques.

III

Pleurésie purulente pyohémique. — Le mot pyohémique, dont nous nous servons ici, n'est pas excellent ; nous l'employons, faute d'un meilleur, pour spécifier des pleurésies purulentes causées par les microbes ordinaires de la suppuration, le *staphylocoque* et le *streptocoque*. Chacun de ces microbes produit d'ailleurs la suppuration à sa manière. Le streptocoque pyogène se diffuse facilement dans les tissus et doit à cette propriété d'être l'agent habituel de la *pyohémie* chirurgicale, obstétricale ou médicale. Le staphylocoque se propage plus difficilement et, par suite, ne produit guère que des *suppurations locales* : abcès circonscrits, anthrax, furoncle, ostéomyélite. Enfin, point important, le staphylocoque et le streptocoque sont souvent l'origine d'infections secondaires ; souvent ils n'interviennent que lorsqu'une autre infection leur a préparé les voies d'entrée et le milieu de développement. Cette dernière propriété rend difficile l'étude des pleurésies purulentes pyohémiques et explique les lacunes de nos connaissances sur ce sujet.

A. *Pleurésie purulente à staphylocoques.* — Cependant on est en droit de soupçonner que la plupart des pleurésies purulentes traumatiques, que les pleurésies devenues purulentes à la suite de ponctions non antiseptiques, reconnaissent ordinairement pour cause le *staphylococcus aureus*. Il y a même des pleurésies primitivement purulentes qui se développent sous l'influence de ce microbe (Rosenbach). Dans ces cas, on trouve un foyer d'ostéomyélite épiphysaire, un furoncle, un anthrax. Parfois il semble qu'on ne trouve rien. Mais, en 1887, A. Frænkel a montré qu'alors l'empyème avait souvent une origine pharyngée, qu'il existait souvent sur l'amygdale un foyer purulent méconnu (1).

La pleurésie à staphylocoques offre ordinairement le tableau classique de la pleurésie purulente. Présente-t-elle en outre des caractères cliniques propres, capables de la faire distinguer ou de la faire soupçonner ? On ne saurait répondre affirmativement. D'abord cette pleurésie n'a pas été l'objet de recherches méthodiques comme l'empyème pneumonique. D'autre part, le fait que le staphylocoque est souvent associé à d'autres microbes, rend cette étude difficile.

Mais, d'après notre propre expérience, c'est cette forme qui est, par excellence, la pleurésie purulente des surmenés, de tous ceux dont l'organisme est débilité par une cachexie (cachexie palustre, brightique, alcoolique, misère physiologique) ou par une maladie antérieure (scarlatine, fièvre typhoïde).

Le staphylococcus aureus n'est pas, en effet, un microbe très spécifique ; il est très voisin des saprogènes. On sait que ce sont les microbes doués d'une spécificité médiocre, dont le développement nécessite surtout un organisme antérieurement modifié ou débilité. Les microbes très spécifiques au contraire s'installent à peu près partout ; l'histoire du virus syphilitique en est une preuve (2).

Comme la recherche bactériologique décèle aisément le staphylocoque, elle devra, à l'avenir, être mise en œuvre. On déterminera ainsi quels sont les caractères propres de cette forme d'empyème, quelle est sa marche, quel est le traitement qui lui convient le mieux. Nous serions assez disposé pour notre part, dans une affection de ce genre reconnue dès le début, à faire, après la ponction, des injections modificatrices comme celles dont il a été question récemment à la Société médicale des hôpitaux, à propos de l'intéressante communication de M. Fernet (1).

B. *Pleurésie purulente à streptocoques.* — Nous possédons des documents plus précis sur cette forme, grâce à la thèse récente de M. F. Widal (2). A propos de la pyohémie puerpérale, cet auteur a étudié la pleurésie purulente à streptocoques qu'on peut observer dans ces cas. Cette étude a donné des résultats importants, car elle a montré qu'un même microbe, le streptocoque, peut engendrer des pleurésies purulentes de formes cliniques diverses, de pronostic différent, et réclamant une intervention thérapeutique variable.

Au cours de la grande pyohémie, la pleurésie purulente peut se développer et même passer inaperçue au milieu des autres symptômes ; dans ces cas, la lésion pleurale n'a pas d'autonomie et n'offre aucun intérêt en raison de l'absence d'indications thérapeutiques propres.

D'autres fois, surtout dans certaines épidémies, le pus se localise d'emblée sur la plèvre et presque uniquement sur elle. La mort survient avec une rapidité foudroyante. C'est dans ces cas qu'à l'autopsie, on ne trouve presque pas de lésions de la plèvre, tant la maladie a évolué vite. On ne constate qu'un peu de rougeur et un peu de dépoli de la membrane. On se demande si une intervention quelconque est susceptible d'arrêter un processus aussi rapide.

Enfin, il est une dernière variété de pleurésie purulente qui apparaît comme un accident tardif et persistant après la disparition de l'infection généralisée. Sa marche est lente et son évolution chronique. Ces cas sont intéressants pour nous, car ici l'empyème est devenu toute la maladie. Or il résulte des recherches de M. Widal, que cet empyème peut être une maladie bénigne curable par des ponctions répétées. A propos d'un cas de ce genre observé dans le service de M. Dieulafoy, M. Widal montre que l'indication thérapeutique avait été tirée des résultats fournis par les cultures et les inoculations du liquide pleural. Les cultures montrèrent une très petite quantité de micro-organismes ; les inoculations établirent que le pus avait une virulence très faible.

Ces résultats méritent qu'on s'y arrête. En présence d'un cas de ce genre, beaucoup de médecins eussent, à l'heure actuelle, préconisé une pleurotomie antiseptique. Trois ponctions ont assuré la guérison. Aussi M. Widal a-t-il raison de conclure ainsi : « Si, dans l'avenir, nous avons à traiter une pleurésie purulente à marche lente et insidieuse, nous souvenant de l'histoire de cette malade, nous commencerons par faire l'étude microscopique et expérimentale du pus retiré par ponction exploratrice. Si les bactéries sont peu nombreuses, si leur virulence est faible, nous entreprendrons avec conviction les thoracentèses plusieurs fois répétées, car, à tout prendre, il vaut mieux être traité par quelques ponctions capillaires que par l'ouverture du thorax. »

(1) Frænkel. Société de médecine de Berlin, 1887.

(2) Charrin. Les infections secondaires, *Journal de pharmacie et de chimie*, 1889.

(1) Fernet. Des injections intrapleurales antiseptiques dans les maladies infectieuses, *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 785, 794 et 814.

(2) F. Widal. *Étude sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle.* Paris, Steinheil, 1889.

Bien que les faits précédents aient été établis par l'étude de la fièvre puerpérale, il est vraisemblable que les infections par streptocoques, ayant une porte d'entrée autre que l'utérus, comme celles qui suivent souvent les fièvres éruptives (la scarlatine entre autres), la fièvre typhoïde, présentent les mêmes variétés cliniques. Cependant, comme la porte d'entrée a souvent une influence sur la forme morbide, il serait important d'être fixé à cet égard. A. Frænkel déclare d'ailleurs que le plus souvent c'est le streptocoque pyogène que l'on trouve dans le pus de l'empyème (1).

IV

Pleurésie purulente tuberculeuse. — La question des rapports entre la pleurésie et la tuberculose est à l'ordre du jour. Nous ne voulons pas la discuter ici. Nous nous tiendrons sur le terrain de la pleurésie purulente. D'ailleurs nous laisserons de côté les épanchements purulents que l'on observe dans le pneumothorax et ceux qui surviennent au cours d'une tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée, mais parfaitement reconnue et ne laissant aucun doute dans l'esprit du médecin. Nous voulons surtout parler des empyèmes engendrés primitivement, en quelque sorte, par le bacille de Koch, avant que la tuberculose pulmonaire ait germé ou soit appréciable. Or, de pareils épanchements existent. Et même on peut dire, avec certains auteurs, MM. Kelsch et Vaillard entre autres, qu'un épanchement purulent, qui ne reconnaît pas pour cause la pneumonie ou la pyohémie, est de nature tuberculeuse.

Les tubercules qui se développent sur la plèvre peuvent évoluer suivant deux processus : tantôt les nodules tuberculeux s'entourent de capsules fibreuses et n'évoluent pas vers le ramollissement (pleurésie séreuse) ; tantôt la plèvre se recouvre de fausses membranes tuberculeuses qui se détruisent sans cesse dans les couches internes et se régénèrent dans la partie périphérique, comme cela a lieu dans l'*abcès froid* (pleurésie purulente) : l'identité est complète; il s'agit bien là de l'abcès froid pleural (Kelsch et Vaillard).

Comme il importe essentiellement au pronostic de connaître la nature tuberculeuse d'un empyème, de nombreuses recherches ont été faites afin d'arriver à cette connaissance. En 1884, MM. Chauffard et Gombaut, dans leur étude expérimentale sur la virulence tuberculeuse de certains épanchements de la plèvre et du péritoine, tendent à admettre que, chez les malades dont le liquide pleural inoculé aux animaux ne développe pas la tuberculose, la phthisie était bien peu probable. MM. Kelsch et Vaillard déclarent, au contraire, que les cultures et les inoculations donnent des résultats négatifs dans le plus grand nombre de ces pleurésies tuberculeuses. Dans la forme séreuse, cela se comprend aisément : pas de bacilles dans l'épanchement, pas d'inoculation positive. Dans l'empyème tuberculeux, on a plus de chance d'obtenir des résultats positifs ; puisque la nécrose des tubercules est la source première de l'épanchement, des bacilles peuvent s'y trouver ; mais ils y sont très rares (peut-être un peu moins dans les couches profondes) et disséminés dans une grande masse de liquide. Cette rareté des bacilles dans le liquide de l'empyème tuberculeux a été notée aussi par Ehrlich (1) : sur neuf cas, Ehrlich ne les a découverts que deux fois après de longues recherches. A. Frænkel les a trouvés si rarement qu'il déclare dans un mémoire récent (2) que, lorsque dans un exsudat purulent on ne trouve pas de micro-organismes, bien qu'on ait examiné un grand nombre de préparations, l'exsudat est probablement d'origine tuberculeuse. Dans leur mémoire sur la recherche des micro-organismes dans les épanchements pleuraux, MM. Gilbert et Lion (3) n'ont jamais pu établir la nature tuberculeuse du liquide.

Tels sont les résultats. La seule conclusion à retenir est celle de Frænkel : lorsque les recherches bactériologiques (examen microscopique, cultures, inoculations) restent négatives, il y a beaucoup de chances pour que l'empyème soit tuberculeux.

V

Voilà, en résumé, ce que nous savons sur les trois grandes causes de pleurésie purulente. Évidemment d'autres microbes peuvent engendrer le pyothorax. Rosenbach a découvert dans un cas le *micrococcus pyogenes tenuis*. M. Netter a trouvé une fois le *pneumo-bacille de Friedlander*, une autre fois le *micrococcus tetragenus* (4). Mais ce sont là des causes rares, avec lesquelles on ne doit pas compter dans la pratique.

Il est dit dans les classiques que certaines affections, autres que celles que nous avons énumérées, peuvent être l'origine de la pleurésie purulente. Telle la *méningite cérébro-spinale*; mais quand nous connaîtrons exactement cette maladie au point de vue bactérien, nous saurons s'il s'agit là d'un empyème pneumonique ou d'un empyème spécial.

Dans la *fièvre typhoïde*, la pleurésie purulente peut s'observer surtout dans les dernières périodes. Il est probable que, dans la majorité des cas, il s'agit d'une pyohémie secondaire, dont le point de départ est dans les érosions buccales, les eschares, les ulcérations intestinales. Mercklen a vu l'empyème succéder à une péri-splénite. Enfin, certains faits feraient supposer que parfois c'est le bacille d'Eberth qui cause le pyothorax (Rendu et de Gennes).

M. Gaucher (5) a cité des faits de pleurésie purulente consécutive à la *grippe*. Mais la grippe se complique fréquemment de pneumonie (Ménétrier). Il s'agissait peut-être, dans les cas de M. Gaucher, d'empyème pneumonique.

VI

Comment les germes arrivent-ils dans la plèvre pour causer la suppuration ? Dans l'empyème pneumonique, dans l'empyème tuberculeux, le microbe chemine par continuité ; il arrive à la plèvre par les voies respiratoires, par le parenchyme pulmonaire. Il suffit d'un nodule tuberculeux sous-pleural, d'un foyer de pneumonie corticale, pour que l'agent pathogène arrive à la séreuse. Même dans le cas d'empyème pneumonique sans pneumonie, rien ne prouve qu'il n'y ait pas eu un petit foyer de pneumonie initiale, assez légère pour avoir passé inaperçue.

Quand il s'agit de pleurésie pyohémique, on fait inter-

(1) M. Cadet de Gassicourt a cité (Société médicale des hôpitaux, 26 juillet 1889) un cas de pleurésie purulente à streptocoques, qui a guéri avec une seule ponction.

(1) Ehrlich. *Berlin. Klin. Wochens.*, août 1887, p. 579.
(2) Frænkel. *Charité Annalen*, XIII, p. 147.
(3) Gilbert et Lion. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888.
(4) Netter. *Revue d'hygiène*, 1889, n° 6.
(5) Gaucher. Société médicale des hôpitaux, 1887.

venir la propagation des germes par les vaisseaux lymphatiques ou sanguins. Mais on peut, à bon droit, se demander si ces cas ne reconnaissent pas la même pathogénie que les précédents. Ce qui porte à penser qu'il en est ainsi, c'est la fréquence des infarctus miliaires suppurés dans le poumon des pyohémiques (Widal). Il se pourrait que l'empyème à streptocoques, par exemple, soit la conséquence de petits abcès miliaires de l'écorce pulmonaire. Nous laissons de côté les cas où la contamination de la plèvre s'est faite par un trauma, par un trocart malpropre. Dans ces cas, la pathogénie de la suppuration s'explique aisément.

VII

Nous avons cherché à montrer l'intérêt pratique qu'il y a à reconnaître exactement la nature d'une pleurésie purulente. On a vu, en effet, que le pronostic et la thérapeutique découlaient de cette connaissance. Résumons ici les règles à suivre en présence d'un empyème.

Diagnostic clinique. — On recherche d'abord s'il n'y a pas eu une pneumonie antérieure ; et, si une pareille étiologie se retrouve, on étudie la courbe thermique ; si la fièvre est modérée et présente plutôt le caractère sub-continu que le rémittent, il y a des chances pour qu'on se trouve en présence d'un empyème purement pneumonique. Si, en outre, il n'existe pas d'œdème de la paroi thoracique, surtout si l'épanchement est enkysté, ces signes viendront encore corroborer le diagnostic. Dans ces cas, le pronostic doit être considéré comme relativement bénin. Le traitement, au début, doit être purement médical, car il existe des observations d'empyèmes pneumoniques guéris spontanément. Si l'épanchement ne se résorbe pas, on sait que la ponction suffira, dans le plus grand nombre des cas, à achever la guérison. Ce n'est que lorsque l'épanchement s'enkyste dans une cavité cloisonnée plus ou moins, que la pleurotomie et même la costotomie deviennent nécessaires.

Lorsque la pleurésie est devenue purulente à la suite de ponctions, lorsqu'elle est traumatique, lorsqu'elle succède à un anthrax, à un furoncle, à une ostéomyélite, à une amygdalite, on peut soupçonner qu'elle est due au staphylocoque pyogène. Bien que nous ne possédions pas encore de renseignements précis sur l'évolution de ces pleurésies, nous serions disposé, dans ces cas, à user des injections modificatrices dans la plèvre, avant d'en arriver à la pleurotomie. Si la pleurésie a succédé à une pyohémie puerpérale, chirurgicale ou médicale, on découvrira dans le liquide le streptocoque pyogène dont il faudra étudier, expérimentalement, les propriétés virulentes.

Enfin si l'empyème paraît tout à fait spontané, il faudra songer à la tuberculose. Dans ce cas, le pronostic est à peu près fatal et la thérapeutique reste incertaine. On a comparé ce pyothorax tuberculeux à l'abcès froid. On pourrait être tenté de le traiter comme un abcès froid. Mais il ne peut être question de gratter toute la plèvre. Il ne peut être question non plus d'injecter de l'éther iodoformé qui, par la brusque évaporation de l'éther, pourrait causer une asphyxie foudroyante. Peut-être pourrait-on essayer des injections iodées ou naphtolées.

Diagnostic bactériologique. — Souvent la clinique est, à elle seule, impuissante à assurer le diagnostic. Le médecin est obligé alors de recourir à d'autres moyens d'investigation. Il doit faire l'étude bactériologique du liquide pleural. Cette étude doit comprendre l'examen microscopique, la culture et l'inoculation.

L'*examen microscopique* du pus doit être fait avec la technique commune à tous les microbes et avec la technique propre au bacille de Koch. Le pneumocoque apparaîtra comme un double point dont les éléments sont plus ou moins lancéolés et entourés d'une auréole claire (microbes encapsulés) ; les staphylocoques apparaîtront comme des grappes de petites sphères assez régulières et assez égales ; les streptocoques comme des chapelets réguliers d'éléments micrococciens. Le bacille de la tuberculose ne sera trouvé que très exceptionnellement et apparaîtra avec ses caractères ordinaires.

Le liquide purulent sera *cultivé* sur plaques. On constatera ainsi s'il y a un ou plusieurs microbes dans le liquide pleural. Le pneumocoque ne se développe qu'à partir de 24 degrés et pas du tout à 20 degrés. Il donne sur plaques de petites colonies en points grisâtres, qui s'étendent sous forme de taches rondes, peu saillantes, transparentes, à croissance lente, et qui meurent assez rapidement. Le pneumocoque ne liquéfie pas la gélatine. Le staphylococcus aureus donne des colonies rondes, grisâtres d'abord, puis d'un beau jaune d'or, à bords très nets ; il se développe à la température ordinaire et liquéfie rapidement la gélatine. Le streptococcus donne de petites colonies punctiformes, arrondies, granuleuses, qui s'étalent en disques transparents ; il se développe à température ordinaire et ne liquéfie pas la gélatine. Dans les conditions habituelles, le bacille de Koch ne se développe pas sur les plaques. Pour recueillir le liquide de ponction en quantité suffisante, pour pratiquer largement les ensemencements, et cela sans y introduire de germes étrangers, MM. Gilbert et Lion ont imaginé un dispositif commode dont ils ont donné la description dans les *Annales de l'Institut Pasteur* (1888, p. 662).

Les *inoculations* du pus ou des cultures doivent être pratiquées aussi. Elles ne montreront pas seulement les effets pathogènes des microbes énumérés, elles serviront aussi à fixer leur degré de virulence, ainsi que M. F. Widal l'a montré dans son travail. Dans un cas dont nous avons parlé plus haut, cet auteur a pu prévoir la bénignité d'un empyème puerpéral à streptocoques aux caractères suivants ; la culture était très maigre ; la virulence du liquide était si faible que deux lapins, inoculés à forte dose, l'un dans le péritoine, l'autre dans les veines, supportèrent parfaitement leur injection et ne présentèrent aucun trouble. Un troisième lapin, inoculé à l'oreille, en fut quitte pour un petit abcès au point d'inoculation et pour un peu de rougeur tout à l'entour.

A. Frænkel, qui a fait une étude bactériologique des exsudats purulents de la plèvre, et en a tiré des déductions diagnostiques, a rencontré le streptocoque, le staphylocoque, le pneumocoque seuls ou associés entre eux, et presque jamais le bacille de Koch.

En résumé, les recherches bactériologiques permettent de déterminer si l'empyème est dû au pneumocoque, au streptocoque, au staphylocoque, ou à ces microbes associés deux par deux, trois par trois. Lorsque la recherche reste négative, lorsque l'examen microscopique, les cultures, les inoculations ne donnent pas de résultats, on doit presque à coup sûr affirmer la nature tuberculeuse de l'empyème.

En terminant, nous tenons à faire remarquer que tout ce qui précède s'applique surtout, quant aux déductions théra-

peutiques, aux pleurésies purulentes récentes, à celles qui sont reconnues de bonne heure. Nous avons laissé de côté les vieux empyèmes, fermés ou fistuleux. Ici, suivant l'expression de M. le professeur Peter, la maladie médicale s'est transformée en maladie chirurgicale et doit être traitée comme telle. Nous avons aussi laissé de côté l'empyème dit de nécessité. Pourtant, il est permis de se demander si, dans les cas d'une tumeur fluctuante précoce, la ponction ne devrait pas être essayée et, après elle, les injections modificatrices.

PLAIE PÉNÉTRANTE DU POUMON

PAR ARME A FEU DE PETIT CALIBRE ; TROUBLES PERSISTANTS DE LA VISION,

Par M. le docteur DE MOLÈNES.

L'observation que je publie aujourd'hui est déjà ancienne (juin 1880). Un travail récent de M. le docteur Badal (de Bordeaux) a de nouveau appelé sur elle mon attention.

Le 27 juin 1880, le sieur M..., quarante-trois ans, propriétaire, homme des plus robustes, et qui avait toujours, jusqu'à ce jour, joui de la santé la plus florissante, père de six enfants, tous vivants et robustes, reçut à bout portant, et dans les circonstances suivantes, une balle de revolver calibre 7 millimètres, à la partie antérieure droite du thorax.

Depuis quelque temps, en discussion avec un de ses voisins pour des questions d'intérêt, cet homme s'entend appeler le 27 juin, au matin, par son voisin ; il se lève à la hâte, et, après avoir passé un pantalon, descend dans sa cour au-devant de celui qui l'appelait. Après quelques paroles banales, sans discussion ni menaces, l'interlocuteur de M..., qui avait conservé sa main droite dans la poche de sa veste, fait tout à coup un pas en arrière, dégage sa main, et fait feu sur lui à bout portant.

M... porte la main à la partie atteinte par le projectile, remonte l'escalier de sa maison et, quelques secondes après, s'affaisse sans connaissance ; on le met sur un matelas à l'endroit même où il est tombé.

Je le trouve là à mon arrivée, vers les sept heures, une heure et demie après l'accident.

Le blessé est vêtu d'un pantalon, d'une chemise de toile, et d'un gilet de laine sur la peau. La chemise présente, à la partie antéro-supérieure droite du thorax, un tout petit trou, et tout autour des petits grains noirs de poudre qui ont brûlé la toile.

La petite plaie a très peu saigné. Le thorax découvert, on voit l'orifice d'entrée du projectile dans le quatrième espace intercostal droit, à deux travers de doigt du bord du sternum. Facies très pâle ; pouls petit, filiforme, à 65. Perte absolue de connaissance, pupilles normales, insensibles à la lumière, collapsus complet. Je pratique une saignée de 500 grammes, et applique un pansement occlusif sur la petite plaie faite par la balle.

27 juin soir. Même état, le blessé n'a donné aucun signe de connaissance.

Emphysème sous-cutané du côté droit de la poitrine. Respiration tranquille, pouls 80.

28 juin matin. Le malade a rejeté hier au soir un caillot de sang rouge vif. Toux peu fréquente, affaissement général moindre, il répond péniblement et par monosyllabes à quelques-unes des questions qu'on lui adresse, et retombe de suite dans la prostration. Pupilles normales. Paralysie du bras droit.

28 juin soir. Caillot de sang expectoré sans beaucoup d'efforts, évacuations alvines et mictions involontaires ; le malade refuse d'avaler la moindre quantité même de liquide.

29 juin. Agitation, surtout dans les membres inférieurs. Emphysème sous-cutané a beaucoup augmenté, pouls à 60. Potion alcoolique.

30 juin. Le pouls remonté à 80. Même état intellectuel. Le malade ne reconnaît ni sa femme ni ses enfants.

1er juillet. Le malade commence à accepter quelques petites quantités de liquide, pouls 80, respiration normale, miction encore involontaire.

2 et 3 juillet. L'état général s'améliore, le malade est moins agité, la prostration moins grande, intervalles réguliers de sommeil et de veille.

4 juillet. Il reconnaît les personnes qui l'entourent, mais a perdu la mémoire et la coordination des idées. L'ouïe paraît être surexcitée. Le bras droit est complètement paralysé, la sensibilité y est conservée dans tous les points.

6 juillet. Les forces reviennent peu à peu, l'alimentation est augmentée, on commence à pouvoir soulever le malade, et il m'est possible de l'ausculter. Matité absolue en arrière à droite, remontant jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate, absence de murmure vésiculaire. Je fais appliquer, sur ce côté, un large vésicatoire.

8 juillet. Les facultés intellectuelles se réveillent peu à peu, les phrases sont moins incohérentes, le malade commence à parler des choses qui l'intéressaient (récoltes, etc.), mais ne se rend pas compte de l'attentat commis sur sa personne.

9 juillet. L'emphysème a disparu presque complètement. Paralysie complète du bras droit. Je commence à électriser les muscles avec l'appareil de Chardin, le grand pectoral seul se contracte un peu sous l'influence du courant, tous les autres muscles restent insensibles.

15 juillet. La mémoire est revenue et le malade se souvient de l'attentat du 27 juin. Les muscles du bras, électrisés tous les jours, ont repris peu à peu leur contractilité et le malade peut faire quelques mouvements.

La matité du côté droit de la poitrine est toujours la même. Second vésicatoire. Toutefois, le cerveau n'a pas repris l'intégrité de ses fonctions, le malade se perd facilement dans ses phrases.

Affaiblissement considérable de la vue, le malade ne voit pas une paire de bœufs sur une route distante de 20 mètres de sa croisée.

15 août. Amélioration continue, le malade peut avec la main droite soulever son chapeau, et se servir d'une canne. La vue, un peu améliorée, est encore très affaiblie. La respiration n'est pas gênée, cependant la matité persiste dans le côté droit ; mais les bruits respiratoires commencent à se percevoir.

20 novembre. Le malade a repris une partie de ses habitudes. La sonorité est normale, les vibrations thoraciques, le murmure vésiculaire se perçoivent d'une façon distincte.

Le bras droit a repris une partie de sa force musculaire, toutefois le malade ne peut encore seul passer son habit.

La vue, quoique un peu améliorée, est encore bien faible ; à la distance de la vision normale, le malade peut distinguer des caractères de 1 centimètre (titre de la *Gazette des hôpitaux*), mais ne peut les réunir pour lire ce titre.

La mémoire est très imparfaite.

Juin 1881. Le bras droit, quoique encore très inhabile, a repris presque toute sa force. La vue est restée la même.

Depuis cette époque, j'ai vu très souvent ce malade. Pendant les quatre premières années qui suivirent l'accident, la mémoire est encore considérablement diminuée, ainsi que les facultés intellectuelles. Cet homme, cultivateur intelligent et instruit, ne peut plus faire un achat, ni compter une somme d'argent. La vue est toujours très affaiblie, et souvent, passant à côté d'une personne voisine et amie, il ne la reconnaît que si celle-ci lui adresse la parole.

État actuel, juin 1889. L'état intellectuel s'est amélioré, notre malade a repris possession de ses facultés ; seule la vision est restée la même.

Nous nous trouvons en présence d'un de ces cas de désordres des grands appareils organiques survenus à la suite d'un traumatisme relativement peu considérable, analogues à ceux qui s'observent à la suite d'accidents de chemins de fer.

Ces troubles, comme le dit M. le docteur Badal (1), « offrent cela de remarquable qu'ils peuvent se développer en l'absence de toute lésion tant soit peu importante ».

Chez notre malade, le rapport entre la lésion, blessure du poumon droit par une balle de petit calibre, et le résultat principal et persistant, diminution très considérable de la vision, est frappant.

Les troubles de la mémoire, que nous avons remarqués chez notre malade, sont décrits dans le même travail : « La mémoire, dit M. le docteur Badal, est généralement affaiblie, les blessés sont devenus incapables de s'occuper de leurs affaires, en raison du vague des idées, de la lenteur des conceptions, de l'imperfection de la mémoire, des troubles de la vision et de l'impossibilité de concentrer quelque temps leur attention sur le même sujet. »

Cette observation fait bien ressortir la vérité des conclusions que M. le docteur Badal tire des faits déjà publiés sur ce genre d'affections.

« Les symptômes observés semblent, dit-il, ne dépendre en aucune façon du siège et de l'étendue des lésions internes ou externes ; les lésions, en apparence bénignes, étant parfois le point de départ d'états fort graves. »

Pour moi, les troubles de la vision, de la mémoire, survenus chez M..., ont une origine purement psychique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 27 août 1889, M. le docteur Barbaroux (de Colmars) est nommé officier d'Académie.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Grimal, licencié ès sciences physiques, pharmacien de première classe, chargé des fonctions de chef des travaux physiques et chimiques, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques à ladite École.

— *École de médecine de Caen.* — M. Guillet, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1889-1890, d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire à ladite École.

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — M. Gay, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1889-1890, d'un cours complémentaire de matière médicale à ladite École.

— *Hermaphrodite.* — Dans un livre publié, en 1511, par Denis Roce « Genealogie Johannis Boccacii... » on lit, au livre III, chapitre XXII, l'histoire d'Hermaphrodite et de la nymphe Salmacis. Après avoir reproduit la fable d'Ovide et discuté quelques interprétations, l'auteur continue en ces termes :

« Sed volunt nonnulli altius intellexisse poetam : dicentes in matricibus mulierum septem conceptui aptas cellulas esse ; quarum tres in dextera uteri sunt ; et totidem in sinistra et una media. Ex his unaquæque duos posse concipere : quantumcunque dicat Albericus in libro de naturalis ianimalium [*sic*] : se ab ortu cujusdam mulieris advertisse eam c. l. filios invicem concepisse. Ex his enim quæ in dextera sunt cum semen concipiunt : masculos pariunt : quæ autem in sinistra : fœminas, cum vero in ea quæ media est concipitur : nascuntur utrumque sexum habentes : quos Hermaphroditas dicimus : et sic in cellula tanquam in fonte utriusque sexus lucta est, et dum vincere conatur uterque ne alter succumbat : efficitur : ut utriusque victoriæ vestigia videant. Sic rata manet oratio ; ut si quis fontem illum intraverit ; semivir exeat illum. »

Nous avons reproduit textuellement ce texte curieux, en nous bornant à suppléer aux abréviations si nombreuses à cette époque.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

(1) *Contribution à l'étude des troubles de la vision à la suite d'accidents de chemins de fer.* Paris, Steinheil, 1889.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 2 septembre 1889.

Nous recevons de M. le docteur Desprès, chirurgien de l'hôpital de la Charité, la lettre suivante :

1er septembre 1889.

Monsieur le Directeur,

On vient de nous distribuer une brochure sur l'assistance publique (1), à propos de l'Exposition universelle, émanant, sans aucun doute, de M. le directeur Peyron.

A la page 130, il y a une comparaison entre un hôpital laïcisé et un hôpital desservi par des sœurs. Avec la bonne foi qui caractérise les laïcisateurs, et pour atténuer l'effet produit par la connaissance de ce fait, que dans les hôpitaux laïcisés on a placé *deux* surveillantes laïques, à la place d'*une* religieuse, M. le directeur compare l'hôpital laïque Tenon (825 lits, 131 employés) à l'hôpital Saint-Louis non laïcisé (919 lits, 203 employés). L'on voudrait hypocritement prouver que là où il y a des sœurs il faut plus de serviteurs. Or, l'hôpital Saint-Louis est un hôpital spécial pour les maladies de la peau et du cuir chevelu, qui exige un nombre très élevé d'infirmiers et d'infirmières (épileuses, baigneurs, etc.), comporte tout un service externe pour le traitement de la gale, en plus du service ordinaire dans les hôpitaux généraux, et renferme enfin un pavillon occupé par des malades qui paient et ont un plus grand nombre de serviteurs que les malades des salles communes.

Il fallait comparer l'Hôtel-Dieu à l'hôpital Tenon, Monsieur le Directeur. Il fallait tenir compte, dans le nombre des religieuses des hôpitaux Saint-Louis et de l'Hôtel-Dieu, des religieuses que vous avez renvoyées de la Charité et de l'hôpital Lariboisière et qui, à Saint-Louis et à l'Hôtel-Dieu, font le service d'infirmières ou jouissent de leur repos.

Quoi qu'il en soit, ce sont là des procédés qui ne sauraient faire oublier ce qui est écrit à la page 131 de la même brochure, relativement aux appointements du personnel : religieuse logée, 200 francs par an ; surveillante laïque logée, 7 à 800 francs par an.

Au surplus, les brochures de ce genre n'ont point un long avenir. Mais on se demande, en vérité, si l'administration a bien fait de dépenser encore, sur le budget des pauvres et sans profit pour eux, un ou deux billets de 1000 francs, pour se donner la satisfaction de vanter injustement le service coûteux et insuffisant des laïques dans les hôpitaux.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués,

Dr Armand DESPRÉS,
Chirurgien à l'hôpital de la Charité.

(1) *L'Administration de l'assistance publique*. Montévrain, 1889.

HOTEL-DIEU. — M. KIRMISSON.

Traitement de l'anus contre nature.

(Leçon recueillie par M. ROCHARD, chef de clinique.)

La cure de l'anus contre nature donne lieu à des interventions chirurgicales du plus haut intérêt, et les deux femmes sur lesquelles j'ai attiré votre attention tout à l'heure, dans la salle Notre-Dame, vont nous fournir l'occasion d'étudier cette lésion, justiciable, suivant les cas, de moyens thérapeutiques très différents.

Vous savez qu'on donne le nom d'anus contre nature à un orifice de nouvelle formation, donnant passage aux matières fécales, qui ne passent plus désormais par l'anus normal. Cet anus, appelé encore *accidentel* ou *artificiel*, peut se former de deux façons : spontanément, à la suite d'une plaie pénétrante par arme à feu, d'un abcès péricæcal ou d'une gangrène intestinale par étranglement herniaire ; ou bien secondairement, créé alors par la main du chirurgien, qui use de cette dernière ressource pour parer aux accidents plus graves en face desquels il se trouve.

Nos deux malades présentent chacune un exemple bien net de ces deux genres d'anus contre nature.

La première est celle sur laquelle vous m'avez vu appliquer, il y a quelques instants, l'entérotome de Dupuytren. Elle est âgée de soixante-deux ans et est entrée le 18 mars dans le service. Quatre semaines auparavant, elle avait constaté pour la première fois la présence, dans l'aine droite, d'une petite tumeur dont elle ne s'était pas occupée et pour laquelle elle n'avait pas porté de bandage. Lorsque le 17 mars, vers quatre heures du soir, dans un violent effort de toux, la tumeur devint plus volumineuse, les douleurs augmentèrent et, le 18 au matin, les vomissements apparurent avec tous les symptômes de l'étranglement herniaire. Elle arriva à l'Hôtel-Dieu à midi, ayant le ventre ballonné, les extrémités froides et violacées ; et, devant la gravité des accidents, je priai M. Rochard de l'opérer immédiatement.

A la dureté de la tumeur, à la marche rapide des symptômes, j'avais diagnostiqué un étranglement très serré, et l'opération me donna raison, puisque M. Rochard, trouvant des plaques de sphacèle et une perforation sur l'intestin, fut obligé d'établir un anus contre nature. Cet anus, créé à un endroit déterminé par une lésion existante, est absolument analogue à un anus survenu spontanément. Que ce soit, en effet, le bistouri ou la suppuration des parties superficielles qui crée l'orifice, il présente dans les deux cas les mêmes caractères.

Le 19 mars, le lendemain de l'opération, l'état général ne s'était pas amélioré, les vomissements continuaient, et je ne pus constater la moindre évacuation par l'anus anormal. Pensant que j'avais affaire à ces faits bien connus de paralysie intestinale, consécutifs aux étranglements, je n'intervins pas ; mais le 20, l'état restant le même, la température augmentant, j'explorai le nouvel anus avec une sonde de gomme, qui ne put passer ni par le bout inférieur, ni par le bout supérieur. J'introduisis un doigt dans la région et je rencontrai un obstacle, cause de la persistance de l'étranglement. J'endormis la malade et j'arrivai, avec beaucoup de difficulté, sur le ligament de Gimbernat, que je débridai ; à nouveau, j'attirai alors l'intestin et je vis que, dans ces manœuvres, il avait été sectionné; mais les matières ne s'étaient pas écoulées dans l'abdomen et de nouveaux points de suture purent être facilement passés. Il ne s'écoula pas de matière; mais, le 22, une débâcle se produisit et, depuis cette époque, la malade se porte très bien. Sa nutrition se fait parfaitement et les matières rendues prouvent, comme j'ai pu en faire la remarque plusieurs fois, que, du côté droit, l'étranglement crural porte en général sur une anse sise à peu de distance de la valvule iléo-cæcale, à 1 mètre ou 1m50 environ.

L'histoire de notre seconde malade, couchée au n° 10 de la salle Notre-Dame, vous est connue. Elle a déjà fait l'objet d'une de mes leçons, au moment où j'ai pratiqué chez elle une rectotomie linéaire verticale pour guérir le rétrécissement syphilitique du rectum dont elle était atteinte. Je vous ai dit, à ce moment, qu'un chirurgien, pour parer aux accidents que pouvait déterminer chez elle la sténose de l'extrémité inférieure de son intestin, avait pratiqué un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche. Aujourd'hui que le rétrécissement n'existe plus, puisque nous sommes parvenu à le guérir, je me propose de fermer l'anus chirurgical qui, du reste, donne lieu à un énorme prolapsus de l'intestin et qui incommode beaucoup la malade.

Voilà donc deux anus contre nature, créés pour des indications bien différentes et qui demandèrent, comme je vous le disais tout à l'heure, deux modes d'intervention qui sont loin d'être les mêmes. Mais avant d'étudier ces points particuliers, je dois vous montrer quels sont les obstacles qui s'opposent à la guérison spontanée d'un anus anomal et quels sont les moyens d'en venir à bout.

Les deux circonstances principales qui entretiennent cette pénible infirmité sont d'abord *l'orifice*, et ensuite *le passage des matières fécales* à travers cet orifice. Ce passage, dans certains cas, est de peu d'importance, intermittent même; mais, chez certains sujets, il est constant, et ceci tient au mode d'abouchement de l'intestin dans l'orifice cutané. On comprend, en effet, que si le tube ne s'est pas coudé et n'a subi qu'une perte de substance sur l'une de ses parois, les matières continuent à s'écouler dans un canal qui ne présente ni obstacle, ni rétrécissement. Il n'en est pas de même si l'intestin, s'accolant à lui-même, comme les deux canons d'un fusil double, arrive à former, en quelque sorte, une double ouverture à l'orifice cutané. Dans ce cas, le bout supérieur sera séparé du bout inférieur par une cloison, à laquelle Scarpa a donné autrefois le nom de *promontoire*, et qui, depuis Dupuytren, est plus généralement connue sous la dénomination d'*éperon*.

Cet éperon peut présenter de très grandes variétés, depuis la séparation complète des deux extrémités de l'intestin jusqu'à la présence d'une simple petite languette arrêtant très peu le cours des matières fécales. Il arrive même, dans la majorité des cas, qu'avec le temps l'éperon diminue peu à peu, pour arriver même à disparaître complètement. Scarpa (de Pavie) remarqua, le premier, ce phénomène de physiologie pathologique et donna le nom d'*infundibulum* à cet espace membraneux, qui fait communiquer le bout supérieur avec le bout inférieur de l'intestin. Vos livres de pathologie externe vous apprendront si c'est à la contractilité propre de l'intestin, à la rétraction de la corde mésentérique ou à l'action des débris d'un ancien sac herniaire, qu'il faut attribuer la formation de cet infundibulum ; en clinique, il faut surtout savoir que, grâce à cet infundibulum, l'orifice cutané peut être fermé et la guérison obtenue.

Le chirurgien doit donc d'abord se préoccuper de la disparition de l'éperon avant de chercher à fermer l'orifice externe, sauf dans les cas bien mis en lumière par Velpeau dans son mémoire de 1836, où cet obstacle n'existe pas. C'est Desault qui, le premier, essaya, à l'aide d'une tente de charpie, d'affaisser le promontoire, mais sans grand succès. Dupuytren perfectionna ce procédé en substituant un croissant d'ivoire à la charpie ; mais les perforations amenées par la pression de ce corps étranger, les péritonites qui s'ensuivirent, montrèrent que de ce côté n'était pas la vérité. Déjà, en 1798, Schmalkalden proposait la résection de l'éperon, opération pratiquée pour la première fois par Physick (de Philadelphie), à l'aide d'un fil déterminant une section lente; mais ce chirurgien ne publia pas son observation, et Dupuytren, en 1813, employa ce procédé sans la connaître. Trouvant que cette ligature ne détruisait pas l'éperon assez vite, il le coupa avec des ciseaux; une péritonite mortelle s'ensuivit. Son attention fut attirée de ce côté et, en 1816, il inventa l'*entérotome* qui porte son nom.

Je n'ai pas l'intention de vous décrire ici cet instrument et les différentes modifications qui y ont été apportées par des chirurgiens qui ont pour nom Laugier, Richet, Panas, Bruns, etc. Vous m'avez vu l'appliquer sans difficulté sur notre première malade, et cette démonstration clinique vous en dit plus que toutes les descriptions. Il vous faut encore savoir que c'est au bout de cinq, six ou huit jours que l'instrument tombe de lui-même, la section opérée. Après sa chute, on trouve une large brèche permettant la communication facile du bout supérieur dans le bout inférieur. Puis, dans la majorité des cas, les selles réapparaissent par l'anus normal. Elles peuvent se régulariser et, en même temps, l'anus anomal se rétrécit, à ce point qu'il peut se fermer complètement. Ce sont là des exceptions heureuses, et, la plupart du temps, l'éperon détruit ou n'existant pas, il faut de toute nécessité fermer l'orifice cutané.

La suture simple des bords de l'ouverture ne doit être citée que pour mémoire. Une autoplastie est nécessaire, et c'est à Velpeau que l'on doit le premier procédé de ce genre. Ce chirurgien faisait un *avivement en cuvette* de tout l'infundibulum, jusqu'à l'intestin exclusivement, sectionnait le

tissu inodulaire des bords de l'orifice, débridait les parties latérales pour permettre le rapprochement et suturait hermétiquement les deux parois de l'infundibulum, sans toucher à la cavité intestinale. Cette opération donna à son inventeur un certain nombre de succès; mais, comme le faisait remarquer Malgaigne, Velpeau, ne touchant pas à l'intestin, ne faisait que la moitié de la besogne, et il fit subir au premier procédé la modification suivante : Malgaigne, après avivement de toutes les parties, décollait la paroi intestinale, invaginait les bords de la solution de continuité en dedans et pratiquait ainsi et la suture de l'intestin et la suture de la paroi abdominale. A cette époque, la moindre ouverture de la séreuse était susceptible de déterminer une péritonite, et Denonvilliers, qui avait compris ce danger, utilisant le facile glissement de la muqueuse intestinale sur la musculeuse, modifia le procédé de Malgaigne et se borna, sans ouvrir le péritoine, à décoller la muqueuse, à la retourner en dedans et à la suturer, en fermant ensuite l'orifice cutané.

C'est ce procédé qui, adopté par Nélaton, est encore employé en France, avec juste raison, par beaucoup de chirurgiens. La méthode antiseptique a pourtant, là comme ailleurs, fait sentir son influence, et, depuis 1876, beaucoup de chirurgiens, et surtout les Allemands, ont pensé qu'on pouvait mieux faire et qu'il suffisait de libérer complètement les adhérences intestinales, d'entrer en pleine cavité abdominale et de suturer l'intestin après résection préalable d'une partie de cet organe, si la chose était nécessaire.

Vous voyez combien sont variés les procédés qui peuvent être mis en œuvre dans la cure de l'anus contre nature, et, pour mettre un peu de clarté dans leur exposition, on pourrait établir la classification suivante et les diviser en trois groupes :

1° *Procédés dans lesquels on n'agit pas sur l'intestin.* — Ce sont les procédés autoplastiques, qui ont pour type l'avivement en cuvette de Velpeau. Ils sont rarement suffisants, comme je vous l'ai déjà dit.

2° *Procédés dans lesquels l'intestin est intéressé.* — Dans ce groupe rentrent :

a. La section de l'éperon avec l'entérotome de Dupuytren;

b. L'isolement de l'intestin, sa suture ainsi que celle de l'orifice cutané, suivant le procédé de Malgaigne;

c. Enfin la modification de Denonvilliers, qui consiste à isoler seulement la muqueuse et à en pratiquer la suture.

3° *Procédés dans lesquels le péritoine est ouvert* pour suturer simplement les deux lèvres de l'intestin avec ou sans résection préalable de cet organe.

Cette dernière opération a paru, à un moment donné, devoir se substituer à l'entérotomie. De tous les côtés, les chirurgiens accusèrent l'instrument de Dupuytren de donner lieu à des accidents qui devaient disparaître avec la nouvelle méthode; mais les statistiques sont venues démontrer que cette dernière opération était beaucoup plus grave.

Déjà, M. Bouilly, en 1883, dans la *Revue de chirurgie*, avait pu réunir 29 observations, dans lesquelles la résection et la suture des deux bouts de l'intestin avaient été pratiquées, et ces différentes opérations avaient donné lieu à une mortalité de 37,7 p. 100.

Depuis lors, ces chiffres ont été confirmés.

Hertzberg (1), dans un travail paru en 1887, donne, pour la résection, une mortalité de 27 p. 100, et, pour l'entérotomie, une simple proportion de 4 p. 100, c'est-à-dire une mortalité presque sept fois moindre.

Hœnel (1) [de Dresde], sur un total de 43 observations, enregistre 16 morts et 25 guérisons, dont 2 avec fistules, ce qui fait encore une mortalité de 37,20 p. 100.

Korte (2) arrive à peu près aux mêmes résultats, soit une mortalité de 27 p. 100 dans la résection de l'intestin, et de 9,9 p. 100 dans l'entérotomie.

En somme, tous ces chiffres déposent dans le même sens, les chances de mort sont considérables dans la résection intestinale, et l'entérotomie, au contraire, permet de guérir 92 ou 95 p. 100 des opérés.

L'entérotomie est donc l'opération de choix; mais la résection intestinale ou la suture des bords de la solution de continuité avec ouverture du péritoine est une opération qu'on doit conserver, car elle peut rendre des services, notamment dans les cas où l'entérotome n'est pas applicable, ou bien quand son application a échoué, ou bien encore dans les cas où il faut aller vite, à cause de la dénutrition extrême du malade qui, porteur d'un anus contre nature placé trop haut, ne digère plus ses aliments. En face d'une pareille situation, le chirurgien ne peut attendre la formation de l'éperon, et la suture ou la résection de l'intestin s'imposent.

Pour en revenir à nos deux malades, je me propose de me conformer aux préceptes que je viens de formuler devant vous. Chez la première, l'entérotome a été appliqué et j'attendrai la chute de cet instrument pour me rendre compte de l'état des parties et boucher plus tard l'orifice cutané et l'intestin, suivant le procédé Malgaigne-Denonvilliers.

Tout autre est le cas de notre deuxième malade. Son anus chirurgical ne présente pas d'éperon; il est placé sur le gros intestin et, par conséquent, on n'a pas à redouter le flot des matières liquides qui pourraient s'opposer à la réunion des lèvres de l'intestin mises en contact. Les matières solides se formant dans le colon laisseront le temps aux sutures intestinales de rétablir la continuité des parties et ne risqueront pas de s'épancher dans le péritoine.

Je vais donc aviver, sur une surface d'un demi-centimètre, tout le pourtour de l'orifice cutané. Je détacherai ensuite les adhérences qui fixent l'anus intestinal à la paroi; puis, m'étant rendu compte de l'état des parties, je verrai si la perte de substance n'est pas trop grande pour déterminer, après suture, un rétrécissement de l'intestin. Si j'arrivais à cette conviction, je réséquerai une certaine quantité du bout supérieur et du bout inférieur, de façon à mettre en rapport des surfaces incapables de rétrécir le calibre de notre colon descendant.

HOPITAL NECKER. — M. Peter.

I. Fièvre typhoïde simple. — II. Artério-sclérose généralisée et albuminurie.

Il y a six jours, le 26 du mois dernier, une femme nous a été amenée atteinte d'une fièvre typhoïde, datant de quinze à seize jours. Le mal avait débuté, brusquement, par des

(1) Bruns. *Beitrage zur Klin. Chirurgie.*

(1) Hœnel. *Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1888.
(2) Korte. *Deutsche Med. Wochens.*, 1888.

frissons, ensuite étaient survenus de la diarrhée, des maux de tête, de l'insomnie, des épistaxis, etc., puis l'affection fébrile s'était localisée dans les intestins. Bref, quand cette femme est arrivée à l'hôpital, elle avait une dothiénentérie absolument incontestée, avec une température de 39°6 et un pouls marquant 90. Il y avait là entre ces deux phénomènes un état paradoxal qui m'a fait émettre un pronostic peu grave, car, ordinairement, la température et le pouls sont élevés dans la fièvre typhoïde.

D'ailleurs, la malade n'avait pas de délire; et, dès le lendemain matin, le pouls ne marquait plus que 70 pulsations; ce matin, il n'y en a plus que 76, chiffre sensiblement égal, en même temps que la température est tombée à 38°4. Bref, depuis six jours que cette femme est entrée dans mon service, sa température a oscillé entre 39 degrés et quelques dixièmes le soir, et 38°4 à 38°6 le matin. Or, qu'avons-nous fait comme traitement? Rien ou presque rien. Pourquoi? Parce que chaque matin et chaque soir notre malade avait une petite crise sudorale, c'est-à-dire une de ces crises hémiquotidiennes qui débarrassent régulièrement l'organisme des produits nuisibles. Je me suis borné à prescrire deux ou trois pots de limonade vineuse et du bouillon, ainsi que deux lavements par jour : un le matin et un le soir. Mais je me suis abstenu de donner du sulfate de quinine. Et cette femme va guérir par cette seule intervention simple et rationnelle qui, pour ainsi dire, n'en est pas une.

II. Par contre, dans la salle des hommes, nous avons eu un individu en péril de mort, par suite d'une maladie générale du système artériel, par une ossification de ses vaisseaux, ou artério-sclérose caractérisée par l'état serpentin, flexueux des artères radiales, notamment, par leur induration, à l'auscultation du cœur par un bruit de galop, par une hypertrophie du ventricule gauche et une albuminurie considérable.

En un mot, il s'agit chez cet homme d'une artério-sclérose généralisée et d'une néphrite interstitielle avec une pseudo-anurie, c'est-à-dire une diminution telle dans les urines que, par vingt-quatre heures, la quantité rendue est à peine d'une verrée, comme cela s'observe à la dernière période de la maladie.

Ce malade est entré dans le service pour un point de côté avec frisson, fièvre, etc., mais ne présentant aucun signe bien net de pneumonie. Il a dû avoir quelque lésion des capillaires, des artères pulmonaires sclérosées, soit de petits anévrysmes miliaires qui se sont rompus, formant ainsi des foyers apoplectiques; de là, une petite pneumonie de voisinage consécutive, c'est-à-dire un peu de phlogose, mais trop circonscrite, cependant, pour déterminer un mouvement fébrile.

De plus, quand on examine son crachoir, on y trouve quelques crachats de pneumonie, avec leur couleur rouillée, leur transparence et leur viscosité, crachats qui proviennent d'un foyer local dû à des foyers apoplectiques locaux. Enfin, la température du malade est à 36°2, caractérisant un certain degré d'hyperthermie dû à l'empoisonnement urémique, en rapport avec l'anurie que nous avons relatée tout à l'heure.

En somme, cet homme va mourir parce qu'il est un néphrétique, que sa néphrite est une néphrite interstitielle due à l'infiltration scléreuse de son rein, d'où une insuffisance de la dépuration urinaire.

Hier, il était mourant et l'on pouvait redouter qu'il succombât dans la journée ou dans la nuit; ce matin, cependant, il vit encore, il est même un peu moins mal qu'hier, grâce au café qu'il a pris en certaine quantité et aux injections d'éther qui lui ont été pratiquées et qui ont fait réellement merveille. Ces injections sont, en effet, un moyen merveilleux pour prolonger l'existence des malades.

Je vous ai souvent parlé du mode d'action de la transfusion, j'y reviens encore aujourd'hui : une femme, par exemple, a perdu, pour une cause quelconque, une quantité énorme de sang, elle est exsangue, on propose de pratiquer la transfusion. Mais celle-ci est une opération qui nécessite deux choses : d'abord un instrument *ad hoc*, spécial, et un individu consentant à prêter son sang. De plus, il faut bien savoir que la transfusion agit tout autrement qu'on l'a toujours supposé, elle n'agit pas par la quantité de sang injectée. Une femme, dis-je, a perdu 3 ou 4 litres de sang, elle est pâle, exsangue et va mourir, alors qu'elle était encore quelques instants auparavant pleine d'existence; or, en lui injectant du sang, que faites-vous? Vous lui donnez 100, 200 ou 250 grammes de sang, au plus, pour remplacer trois litres! Vous n'agissez donc pas, dans une pareille opération, quantitativement, mais bien qualitativement, d'autant plus encore qu'une partie de ces 100, 200 ou 250 grammes de sang ne pénètre pas dans la veine, mais bave en dehors d'elle, d'où il résulte, en somme, que, en injectant, dans la veine de la femme en question, un liquide étranger à son organisme, liquide maintenu à une température à peu près égale à celui auquel il est appelé à se mêler, vous agissez, en réalité, sur une paroi vivante, animée par des filets nerveux du grand sympathique, de façon à déterminer une surexcitation, un relèvement de tout l'organisme.

Cette action est la même si, au lieu de sang, vous injectez tout simplement de l'eau pure ou salée comme on l'a essayé sur un certain nombre de cholériques, et, dans nombre de cas, on a ramené lesdits cholériques à la vie. Ce n'est pas que, par de pareilles injections, on remplace le sérum du sang perdu, mais on a en vue d'exciter la paroi vivante de la veine et, par elle, les filets du grand sympathique et le grand sympathique lui-même.

Ce que nous venons de dire du sang et de l'eau pure ou salée, s'applique aussi à l'éther administré en injection à la dose de 1 gramme ou 20 gouttes dans le tissu conjonctif sous-cutané qui est l'aboutissant de tout le système nerveux. C'est ce que nous avons fait chez notre malade en vue d'exciter son grand sympathique et, par suite, de prolonger sa vie.

DES PROPRIÉTÉS ANTIPUTRESCIBLES

DE L'HUILE DE LAVANDE,

Par M. le docteur Bec (de Mezel).

Tout récemment, dans une commune voisine, le fossoyeur, occupé à creuser le sol du cimetière, mit à découvert le cercueil d'un homme enseveli depuis près de deux ans, et qui était mort des suites d'une pneumonie double. Le cadavre était dans un état de conservation presque parfaite et bien reconnaissable; les vêtements n'étaient également presque pas détériorés. Le fossoyeur souleva le tronc avec sa pioche et le cadavre resta sur son séant.

Ce fait, qui me fut rapporté, me remit en mémoire que la maladie était venue surprendre cet homme au moment où il se livrait à la distillation de la lavande. Son fils m'a dit

depuis que, pour éviter aux porteurs du cerceuil toute impression fâcheuse pour leur odorat, il avait arrosé d'huile essentielle de lavande le cadavre et ses vêtements ; de là sans doute l'absence de décomposition cadavérique ordinaire, après une période de temps si prolongée depuis l'inhumation.

Le codex fait entrer les fleurs de lavande parmi les éléments du vinaigre des quatre voleurs, du vinaigre aromatique. Son emploi dans la thérapeutique interne est assez restreint ; tandis que les anciens l'employaient comme excitant du système nerveux dans les affections soporeuses, elle est, de nos jours, appliquée par de rares praticiens comme antispasmodique contre diverses névroses et contre les maladies de l'appareil respiratoire telles que l'asthme, le catarrhe muqueux, etc.

Dans le *Dictionnaire encyclopédique*, on signale encore l'addition d'essence de lavande comme correctif aux *sels anglais*, *sels de Preston*, pour aromatiser le carbonate d'ammoniaque qui fait la base de ces produits. Mais on n'a guère mis en relief les propriétés antiseptiques de l'huile essentielle de lavande qui contient cependant une quantité notable de camphre, et c'est à ce titre que le fait signalé plus haut peut présenter quelque intérêt en thérapeutique et dans la pratique des embaumements.

VARIÉTÉS

La syphilis des nourrices (1),

Par M. le docteur Morel-Lavallée.

II

III. — UN MÉDECIN TROUVE LA SYPHILIS SUR UN NOURRISSON CONFIÉ PAR SES PARENTS A UNE NOURRICE AYANT DÉPÔT.

Il en est tout autrement ici, où nous allons retrouver le médecin aux prises avec le secret professionnel. Il est mandé par la nourrice : son premier soin sera certainement de prescrire immédiatement la cessation de l'allaitement, en instruisant, par une lettre, le père de l'enfant et en l'invitant à venir le reprendre ; mais de cette interdiction subite, le médecin doit une explication à la nourrice ; laquelle va-t-il lui donner ? Il l'avertira que l'enfant est atteint d'une maladie contagieuse pour elle ; mais lui dira-t-il le nom de syphilis ? Non, répondrons-nous avec M. Fournier. Non, car c'est inutile pour elle de savoir ce nom (outre qu'elle comprendra vraisemblablement ce dont il s'agit, mais l'article 378 aura été respecté) ; c'est inutile après les rigoureuses recommandations qu'on lui a faites ; c'est inutile, parce que ce serait exposer la famille de l'enfant à du chantage et à des poursuites que le médecin n'a pas à conseiller ni à déconseiller, et dont il ne doit pas se mêler. En dernier lieu, ce serait violer le secret professionnel au détriment de cette famille.

Il est toutefois évident que nous touchons ici aux extrêmes limites de la réserve médicale, dont le praticien, pour une nourrice comme pour tout autre client, devra se départir dans les cas suivants.

IV. — UN MÉDECIN EST CONSULTÉ PAR UNE NOURRICE VENANT SEULE ET AFFECTÉE DE SYPHILIS A POINT DE DÉPART MAMMAIRE.

Une nourrice se présente avec un chancre du sein. Le médecin lui fait une prescription et n'a pas le droit de lui taire le nom de sa maladie, pas plus qu'il ne pourrait lui refuser, sur sa demande, un certificat pour aller en justice.

De même, si la nourrice, porteur d'un chancre au sein, arrive en amenant un enfant qu'elle dit être son nourrisson et qui soit syphilitique, le médecin n'aura pas à s'occuper de l'enfant, qu'il ignore être, ou non, le nourrisson, mais il n'en devra pas moins la vérité à la nourrice, sur elle-même et par elle-même.

Mais où la situation se complique, si c'est une nourrice qui se présente *avec un nourrisson syphilitique, elle n'ayant encore rien* : que lui dira le médecin ? A la nourrice, il doit une consultation, comme à tout client qui vient lui en demander une. Mais pour l'enfant c'est beaucoup plus embarrassant, car il n'a le droit de le consulter que s'il lui est amené par les parents et non par « un mercenaire sans mandat », comme se trouve être une nourrice. Supposons qu'il demande à celle-ci : « Est-ce votre enfant à vous, ou est-ce un nourrisson ? » Si la nourrice répond : « C'est mon enfant à moi », il n'a qu'à dire de continuer l'allaitement (1).

Mais si la nourrice répond que l'enfant n'est pas le sien, que faire ? Lui dire que le bébé a la syphilis, c'est violer le secret médical au détriment d'un enfant que ses parents ne vous ont point requis d'examiner, ce que, toutefois, nul texte ne vous défend de faire, au point de vue strictement légal. Ne rien dire, c'est vouer la nourrice à une vérole quasi certaine. Lui dire : « Il y a pour vous grave danger à continuer l'allaitement », n'est-ce pas déjà transgresser légèrement l'article 378 ? Et pourtant l'humanité n'en fait-elle pas un devoir au médecin, et ne doit-il pas une réponse à cette femme qui vient lui demander son avis ? « Je pense », pourrait-on répondre, si la nourrice insistait et demandait des explications, « qu'il faut cesser de nourrir, et qu'il le faut absolument, en attendant que j'aie pu conférer avec les parents de l'enfant, ce qui m'est indispensable. » Tel est, quant à nous, le parti que nous inclinerions à adopter ; mais la question est assez grave pour que nous aimions mieux en attendre la solution de la discussion du Congrès.

V. — NOURRICES EN INCUBATION DE SYPHILIS.

Nous avons envisagé à ce propos un premier ordre de cas, celui dans lequel la nourrice, encore saine, était gardée six semaines en observation ou conservée comme nourrice sèche. Là, ou bien cette femme aura échappé au mal, ou bien la vérole surveillée ou traitée se limitera à cette première et seule victime. Mais supposons que les parents refusent de garder la nourrice, ou que celle-ci refuse de rester ; elle va alors, ou porter la syphilis à son foyer, ou se replacer comme nourrice et se présenter au bureau, partant chez le client, en état de syphilis latente. De là, éclosion d'un chancre mammaire, quelques jours plus tard contamination du nourrisson, renvoi de la nourrice, contamination d'une seconde nourrice par le nourrisson, etc. Que doit faire le médecin devant de telles éventualités ? Quelle prophylaxie opposer à de tels désastres ?

A. — *La nourrice, quelques jours après son engagement, a un chancre du mamelon ; l'enfant est sain encore.* Faire suspendre l'allaitement ; si, dans le délai de six à sept semaines, l'enfant n'a rien présenté de nouveau, c'est qu'il aura échappé à la contagion, on pourra alors lui donner une nourrice saine. D'ici là, il doit être nourri au biberon ou par une chèvre. S'il présente un chancre bientôt, on le nourrira alors comme tout enfant syphilitique, et, en particulier, si on le peut, on lui rendra sa nourrice première. C'est qu'en effet, quand on suspend l'allaitement, on doit songer à tout cela, c'est-à-dire garder sous la main la nourrice, agent inconscient de la contamination, en tâchant que, par des dégorgements artificiels des seins et, en particulier, par des tétées au chien, elle conserve son lait pendant une quinzaine, temps moyen nécessaire à l'apparition probable du chancre labial attendu chez l'enfant.

B. — *Si la nourrice a déjà contaminé l'enfant*, la conduite à tenir

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 897.

(1) Si la nourrice, pour obtenir plus sûrement une consultation, a menti au médecin, et indiqué comme étant son propre enfant un nourrisson (qui est syphilitique), il est clair qu'au lieu de bénéficier de la loi de Colles-Baumès, elle subira les conséquences de son mensonge. Le médecin doit la supposer de bonne foi.

est toute simple : il faut que les parents fassent contre fortune bon cœur et conservent à l'enfant désormais syphilitique l'allaitement au sein par cette même nourrice syphilitique.

Quel moyen prophylactique opposer aux contaminations innombrables pouvant dériver de ces nourrices renvoyées de leur place quand le médecin traitant, ayant constaté chez l'enfant la syphilis non encore éclose sur la nourrice, a interdit l'allaitement sans rien dire ni faire comprendre à cette nourrice, ce qui, malheureusement, est encore des plus fréquents?

[Nous tenons, en effet, de M. le docteur Duvernet, médecin du bureau des nourrices à la préfecture, que toutes les nourrices qui sont venues se représenter à lui, ayant été renvoyées après la constatation par le docteur de la maladie de l'enfant (elles sont, d'ailleurs, en petit nombre), lui ont dit avoir été renvoyées sans explications, sans que le médecin leur ait parlé du péril d'allaiter, sans que, par conséquent, elles puissent se croire exposées à un danger à venir, non plus que leur nourrisson futur. Il est regrettable que les médecins traitants poussent, dans de tels cas, le respect du secret dû à leurs clients jusqu'au point de permettre la production éventuelle de véritables foyers d'épidémie syphilitique.]

Supposons donc qu'une femme en état de syphilis incubante, c'est-à-dire latente, soit autorisée à entrer dans un bureau de placement. Là, en attendant qu'elle soit placée, elle va, *comme c'est l'habitude*, emprunter les uns après les autres tous les nourrissons présents et leur donner à téter pour entretenir son lait. S'il naît un chancre sur son sein dans cet intervalle, à combien de victimes la vérole ne va-t-elle pas étendre ses ravages!

Pour parer aux dangers de contamination qu'offrent les nourrices en incubation de syphilis, M. le professeur Fournier a proposé le moyen suivant : *exiger de toute nourrice ayant déjà allaité un enfant un certificat médical constatant que cet enfant n'était affecté d'aucune maladie contagieuse.* Pour triompher des résistances que ne manqueraient pas d'opposer à ce nouvel état de choses les familles, — les familles syphilitiques surtout, — il suffirait de n'admettre à l'avenir dans les bureaux de nourrices que celles qui présenteraient le certificat en question. Cette mesure, pour être adoptée, ne demanderait qu'un simple arrêté préfectoral, la loi du 23 décembre 1874 ayant donné à l'administration la haute main sur les bureaux de nourrices comme sur tous les intermédiaires qui s'emploient au placement des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde.

La commission spéciale de l'Académie de médecine avait proposé d'exiger, de toute personne qui prend dans un bureau une nourrice au sein, la production d'un certificat médical attestant que les parents du nourrisson ne sont atteints d'aucune maladie spécifique susceptible d'être transmise à la nourrice chargée d'allaiter cet enfant.

A cette proposition, qu'on a taxée d'inquisitoriale, vexatoire et inapplicable comme exigeant une enquête complète sur les parents, — à la rédaction de M. A. Fournier, qui ne pourrait qu'empêcher les nourrices déjà syphilisées de contaminer d'autres nourrissons, mais serait impuissante à imposer aux familles la délivrance d'un certificat considéré par elles comme attentatoire à leur dignité, — M. Duvernet, chargé à la préfecture du service de l'inspection des nourrices qui doivent entrer dans les bureaux de placement, propose de substituer la réglementation suivante : exiger des familles ou de leur mandataire venant prendre une nourrice dans un bureau, qu'ils *s'engagent par écrit à délivrer à la nourrice, au moment de la cessation de l'allaitement, un certificat constatant que leur enfant n'aura été pendant cette période atteint d'aucune maladie contagieuse.* Un arrêté préfectoral peut obliger toute personne, venant prendre une nourrice, à signer une formule analogue. Et, comme le père de famille n'a pas encore donné son nom au bureau, comme il peut faire engager la nourrice par un tiers, et que ce tiers peut être son médecin, le secret médical sera conservé si l'on présente, par exemple, à la signature du père la formule suivante :

« Je soussigné...

m'engage à délivrer à la nourrice, au moment de la cessation de l'allaitement de mon enfant, un certificat médical constatant qu'il n'aura été, pendant cette période, atteint d'aucune maladie spécifique *héréditaire* contagieuse. »

Le nom de la vérole, seule maladie désignée dans l'espèce par les mots qui précèdent, se trouve ainsi voilé et le texte n'est plus susceptible d'effaroucher même les gens du monde. Si le père refusait de signer cet engagement, c'est qu'il serait syphilitique; en tout cas, le bureau ne lui fournirait pas de nourrice. Si, l'ayant signé, il voyait son enfant hériter d'une syphilis ignorée ou crue à tort guérie par le médecin traitant, il ne pourrait délivrer le certificat promis; mais la condamnation que la nourrice, du cas de contamination, obtiendrait contre lui, n'en serait rendue ni plus (ni moins) sûre par le fait de l'accomplissement d'une formalité administrative.

Quelle que soit la solution adoptée, nous estimons qu'il est urgent que l'une d'elles reçoive l'assentiment du Congrès et s'impose, dès lors, virtuellement à la consécration législative ou administrative; mais, avant tout, qu'il nous soit permis d'attirer l'attention de nos confrères sur l'obligation où nous sommes tous de ne pas prêter une coupable complicité aux familles peu scrupuleuses qui n'hésiteraient pas à risquer sciemment de ruiner la santé d'une ou *plusieurs* nourrices, pour sauver un enfant moribond. Nous faisons allusion ici à un fait qui nous semblerait incroyable, si nous ne le tenions du médecin même, chargé de l'examen des nourrices à la préfecture. Cet honorable confrère nous a, en effet, raconté qu'en interrogeant une femme affectée d'un chancre du sein, celle-ci lui avait répondu : « Monsieur, je suis la *neuvième* nourrice qui passe par cette maison-là. » Notre confrère stupéfait fit faire une enquête officieuse, d'où il résulta que cette femme avait dit vrai! On se demande ce qui doit le plus nous étonner, du défaut de sens moral des parents en question, ou de l'état de choses administratif et judiciaire qui permet à pareils faits de se produire.

La réglementation qui devra être instituée ne sera malheureusement applicable, momentanément au moins, qu'à Paris ou aux grandes villes, et n'empêchera pas les placements de gré à gré; mais elle s'attaquera en tout cas aux plus intenses foyers de la syphilisation. En attendant qu'elle intervienne, M. Duvernet nous a dit avoir l'habitude, quand vient se présenter à la préfecture une nourrice renvoyée de sa place sans raison alléguée par la famille ou par le médecin, et qu'en même temps les symptômes qu'elle dit avoir observés sur son nourrisson lui semblent suspects, *d'ajourner à deux mois* (temps maximum moyen de l'incubation chancreuse) *l'autorisation pour la nourrice de se présenter dans un bureau de placement.* Cette sage manière d'agir, qui équivaut malheureusement pour la nourrice à la perte de son industrie, nous paraît être la plus salutaire précaution qui puisse être prise jusqu'à ce que soit comblée la lacune administrative que nous avons signalée.

Mais quand on aura ainsi fixé la conduite à tenir par le médecin pour les cas les plus usuels, il restera encore une foule de circonstances où le praticien, se trouvant en face de l'imprévu, n'aura pour s'inspirer que sa conscience et le sentiment du devoir professionnel. En veut-on quelques exemples?

VI. — LE MARI EST UN ANCIEN SYPHILITIQUE QUE LE MÉDECIN A SUIVI ET SOIGNÉ : A PARTIR DE COMBIEN D'ANNÉES DE SYPHILIS LUI PERMETTRA-T-ON DE DONNER A SON ENFANT UNE NOURRICE AU SEIN?

Nous ne pouvons ici engager une discussion, mais on n'a qu'à se reporter aux leçons de M. le professeur Fournier, publiées sous le nom de *Syphilis et mariage*, pour avoir des données approximatives servant de points de repère.

VII. — LE MÉDECIN, NOUVEAU VENU DANS UNE FAMILLE APRÈS L'ACCOUCHEMENT, APPREND QUE LE NOUVEAU-NÉ, ENVOYÉ EN NOURRICE AVANT SON ARRIVÉE, EST SUSCEPTIBLE D'HÉRÉDO-SYPHILIS.

Il faut immédiatement prévenir le père que son enfant va infecter la nourrice, qu'il ait à écrire aussitôt et à le reprendre.

Que si la nourrice, *ainsi avertie*, consentait à élever l'enfant au

biberon (le fait s'est produit), le père, sur le conseil du médecin, devrait alors écrire à cette femme que l'enfant est susceptible de présenter une affection contagieuse, transmissible à elle-même et à ses enfants, soit directement, soit au moyen de son biberon, de sa tasse, etc. Il devrait en plus engager cette nourrice à consulter, aux premiers symptômes survenant chez le nourrisson, le médecin de la localité, et, au besoin, écrire lui-même à ce dernier.

VIII. — Ce fait, que le médecin n'est instruit qu'après coup, de la vérole de ses clients, est plus commun qu'on ne le pense, soit que ceux-ci aient agi à dessein, soit que le hasard doive seul être incriminé. Ainsi, voici une circonstance qui se reproduit souvent: *on fait venir dans une famille un accoucheur qui fait l'accouchement, choisit une nourrice, et n'est plus rappelé dans la famille.* Trois semaines après, on mande le médecin ordinaire, qui constate la syphilis chez l'enfant. *L'accoucheur est-il coupable, peut-il être tenu judiciairement pour responsable des conséquences éventuelles de la syphilis de cet enfant?* — Assurément oui, diront les uns, puisque c'est lui qui a choisi la nourrice; ce qu'il n'aurait pas dû faire avant de s'assurer de la santé antérieure des père et mère. — Non, répondront les autres, car il ne pouvait demander aux parents: « Avez-vous eu la vérole? » ni rechercher sur eux une syphilis dont, peut-être, d'ailleurs, il n'eût pas trouvé de traces.

Il nous semble, quant à nous, qu'un accoucheur, *nouveau venu dans une maison* (1), ne peut se mettre entièrement à l'abri *qu'en choisissant la nourrice de concert avec le médecin ordinaire*, — ou en la faisant choisir par lui, — mais en *refusant de l'engager à lui tout seul, à moins de l'enquête dont il vient d'être question.*

Certes, le médecin ne pourra pas *toujours* empêcher l'accident de se produire; il peut, de bonne foi, être impuissant à entraver l'extension d'une syphilis dont il ignore l'existence chez ses clients; mais dans ces cas de force majeure, il ne peut être répréhensible, tandis qu'au contraire, *sa responsabilité commence dès qu'il sait y avoir la vérole dans une famille.*

Il nous resterait maintenant à étudier la syphilis des nourrices au point de vue plus restreint des expertises médico-légales. Mais ici la jurisprudence est définitivement fixée. On sait à présent que toute syphilis débute par un chancre, c'est-à-dire par un accident initial au point d'inoculation, suivi six semaines après d'infection généralisée. Si les deux syphilis, celle du nourrisson et celle de la nourrice, sont en pleine évolution, la notion de causalité, c'est-à-dire d'origine, découlera presque fatalement de la différence chronologique du début des deux véroles, ainsi que du siège de la lésion initiale et de la coïncidence des lésions contagieuses sur les régions homologues de la « partie adverse » (chancre du mamelon chez la nourrice, syphilides labiales chez l'enfant). Cette notion sera corroborée par une enquête sérieuse sur l'état de santé de la famille de la nourrice avant la contamination, etc... Si, au contraire, plusieurs années se sont écoulées depuis les faits incriminés, quelques renseignements que donne l'anamnèse, la preuve sera impossible à établir, et on devra se borner à des présomptions.

(1) On nous objectera qu'ordinairement l'accoucheur est au courant de la santé de ses clients, qu'il est choisi par le médecin ordinaire; mais il peut arriver le contraire, et c'est précisément ce qui advient quand le père veut se passer, pour le choix de la nourrice, des bons offices de son docteur « qui en sait trop long ».

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 août 1889, a été nommé dans le corps de santé de la marine:

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Bergeret, médecin auxiliaire de deuxième classe, docteur en médecine.

— Une conférence sera faite le mercredi 18 septembre, à quatre heures, au palais du Trocadéro, par M. le docteur A.-J. Martin, sur « L'hygiène et les hygiénistes autrefois et aujourd'hui ».

Le Directeur-gérant: Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 101. — JEUDI 5 SEPTEMBRE 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 5 SEPTEMBRE 1889. — N° 101.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

I. Kyste tendineux de la main. — II. Tumeur blanche du genou. — III. Corps étranger du genou. — IV. Luxation de l'épaule.

Nous avons ce matin un certain nombre d'opérations à pratiquer, les unes banales, les autres plus intéressantes. Permettez-moi de vous en dire quelques mots avant d'y procéder.

I. Tout d'abord, il s'agit d'une femme qui porte, dans la paume de la main, une petite tumeur, une sorte de nodosité, située, comme siège précis, un peu au-dessous de la tête du troisième métacarpien. Cette tumeur est très mobile, elle est très dure et, de plus, très douloureuse; les douleurs auxquelles elle donne lieu ne restent pas localisées à la tumeur elle-même ou à son pourtour, mais elles irradient jusque dans le bras. Son volume n'est pas plus considérable que celui d'un pois; elle est, je le répète, très mobile, surtout quand la malade veut fléchir le doigt médius sur la main.

Au premier abord, je concluai, comme diagnostic, à l'existence d'une nodosité siégeant sur le tendon fléchisseur du doigt médius, puis, à la suite d'un examen plus minutieux, j'ai pensé que la lésion était située sur un tendon d'un des interosseux.

Ne s'agirait-il pas, au lieu de quelque nodus fibreux, d'un névrome, surtout en raison des douleurs vives éprouvées par la malade? La chose est possible; cependant, je ne le pense pas. En tous cas, je fais quelques réserves.

Quant à l'opération, il suffit d'une incision des tissus au niveau de la tumeur, et, à l'aide d'une érigne, d'aller accrocher le nodus sans porter atteinte au tendon.

II. Le second malade, que je vais opérer, est un enfant que j'ai déjà vu plusieurs fois, depuis quelque temps, pour une tumeur blanche, non suppurée, du genou. Il lui a été prescrit, d'abord, une gouttière destinée à maintenir le membre étendu dans l'immobilité. Mais, la mère de l'enfant, manquant de l'énergie la plus élémentaire, n'a pas appliqué la gouttière, si bien que la jambe du malade s'est peu à peu tournée en dehors et, par suite, a entraîné la luxation du tibia sur le fémur, tibia dont l'extrémité supérieure est allée se loger dans le creux poplité avec rotation en dehors.

Cette luxation pathologique peut-elle être réduite? Je le pense, d'autant plus que nous sommes ici en présence d'un enfant et non pas d'un sujet adulte où la résistance des ligaments croisés et des muscles empêchent quelquefois le chirurgien d'y parvenir.

Je vais, d'ailleurs, recourir à la chloroformisation, bien que j'espère ne pas avoir à lutter contre des contractions trop marquées, le mal n'étant pas encore de très ancienne date. Cependant, si nous avions affaire à des contractions un peu fortes, je serais forcé d'en arriver à pratiquer la section des tendons de la patte d'oie; mais je ne m'y déciderai qu'au dernier moment, car je crains qu'à la suite de la ténotomie, les tractions ne fassent céder les tissus.

III. En troisième lieu, j'aurai à faire une opération également sur le genou. Il s'agit d'un homme porteur d'un corps étranger du genou, avec épanchement articulaire rendant la marche sinon impossible, du moins très difficile. L'opération est praticable grâce aux antiseptiques qui permettent de fermer la plaie aussitôt faite, pour ainsi dire. Elle consiste, par l'arthrotomie, à ouvrir une fenêtre sur le corps étranger, de façon à le saisir et à le pousser au dehors. Mais la chose, en réalité, n'est pas aussi facile que cela paraît au premier abord, car, généralement, les corps étrangers fuient dans l'articulation. C'est pourquoi, j'ai imaginé de fixer ledit corps étranger à travers la peau, à l'aide d'une petite fourche spéciale, dont les pointes le pénètrent. Ainsi fixé, on pratique, directement au-dessus de lui, une incision et l'aide qui le maintient avec la fourche me le pousse au-dessous sans que je sois obligé d'aller le chercher dans la profondeur de l'articulation. On évite ainsi la pénétration de l'air dans la cavité articulaire.

IV. Enfin, mon quatrième malade est un homme qui a fait, il y a un mois, une chute sur l'épaule et a été traîné pendant quelques instants par sa vache, dont la longe était enroulée autour de ses mains. Il en résulta une luxation de l'épaule. Un médecin de la localité fut appelé, peu de temps

après ; il réduisit la luxation et appliqua un appareil. Mais, quand le moment fut venu de retirer ledit appareil, cet homme fut dans l'impossibilité de se servir de son membre. C'est alors qu'il est venu à Paris et est entré dans mon service.

Lorsqu'on vient à l'examiner, on constate, sur la partie antérieure de l'épaule, l'existence d'une saillie formée par la tête de l'humérus, de telle sorte qu'il y a eu, chez lui, une luxation en avant de la tête humérale faisant saillie au-devant de l'acromion et sur le même plan. De là, un raccourcissement de 1 centimètre. Les mouvements de rotation de la tête sont extrêmement difficiles, cependant ils sont possibles, d'où je conclus qu'il n'y a pas eu de fracture de l'humérus.

Pourtant, dans les mouvements que nous imprimons à l'articulation, nous percevons une petite crépitation qui pourrait bien tenir, à défaut d'une fracture de l'humérus, à quelque ébréchure du bord de la cavité glénoïde, ou du col de l'omoplate. Nous savons, d'ailleurs, que la saillie de la tête humérale en avant est un des signes de cette fracture. Mais, s'il en était ainsi, depuis cinq semaines que l'accident s'est produit, la fracture du col de l'omoplate devrait être consolidée, de telle sorte que, pour faire rentrer la tête de l'humérus, nous serions forcé de la fracturer de nouveau.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Luys.

Applications thérapeutiques de l'hypnotisme (1).

II

3° *Action des miroirs rotatifs combinés avec les suggestions.* — Une des particularités les plus remarquables de ces états de fascination que nous étudions en ce moment, est de développer chez les sujets des aptitudes aux suggestions.

On peut donc, chez eux comme dans le grand hypnotisme, leur imposer d'emblée des suggestions thérapeutiques qu'ils acceptent, qu'ils exécutent, et leur permettre de trouver dans cette opération un procédé facile et rapide de produire, ainsi que je vous en citerai des exemples, séance tenante, des guérisons de certaines anesthésies, avec une soudaineté qui pourrait passer comme véritablement miraculeuse.

Les sujets ainsi fascinés sont pareillement susceptibles d'obéir à des suggestions immédiates ou à distance.

Lorsqu'il s'agit de suggestions immédiates, et en particulier de suggestions relatives à la récupération de la sensibilité dans tout un côté du corps, il est bon de procéder avec une certaine prudence, et de préparer le sujet à l'opération dont il va être l'objet, sous peine, en effet, de voir éclater des perturbations profondes du côté de l'innervation cardio-pulmonaire.

Au début de ces études, j'ai été témoin de phénomènes d'une haute gravité dans cet ordre d'idées.

Dans une circonstance donnée, chez une jeune femme entrée dans mon service pour y être traitée d'une hémi-anesthésie hystérique, je la mis rapidement en état hypnotique et lui donnai la suggestion de récupérer à son réveil la sensibilité dans tout le côté paralysé. La chose s'exécuta ponctuellement, et l'anesthésie disparut tout entière au moment du réveil; mais quelle ne fut pas ma surprise d'apprendre, le lendemain matin, que cette jeune femme, deux heures après l'opération, avait été prise d'anxiété insolite, de suffocations répétées avec toux opiniâtre et expulsion de sérosités bronchiques, abondantes et sanguinolentes; le tout suivi d'une arythmie cardiaque et de paralysie du diaphragme et apnée. Les symptômes qui arrivèrent rapidement, sans cause appréciable connue, à cet état de gravité insolite, se prolongèrent une partie de la journée et furent amendés le lendemain seulement; dans mon entourage, l'origine de perturbations subites cardio-pulmonaires resta inconnue; mais, quant à moi, en raison de la rapidité de l'invasion et des caractères spéciaux de l'innervation cardio-pulmonaire, je n'hésitai pas à penser qu'il s'agissait là d'un véritable trouble survenu dans les foyers d'innervation centrale par le fait du rétablissement des courants sensitifs dans la partie du corps paralysée, ceux-ci ayant dérivé à leur profit une portion de l'influx nerveux condensé dans les centres.

Chez un homme atteint d'une hémiplégie sensitive et traité d'une façon trop rapide, j'ai constaté pareillement, aussitôt après le retour de la sensibilité, des anxiétés respiratoires subites avec anhélation, phénomènes, du reste, qui n'ont été que passagers, et ont disparu au bout de quelques heures.

Les sujets étant très nettement plongés dans l'état de fascination, on peut leur donner toutes les suggestions les plus variées, destinées à amener la guérison de leurs états morbides. Ainsi, après certains entraînements préparatoires aux individus frappés d'anesthésie ou d'hémi-anesthésie, d'anesthésie bilatérale ou unilatérale, on leur donnera la suggestion de ne plus être anesthésiques au moment du réveil.

Chez un sujet frappé de monoplégie brachiale, dont je fis constater l'existence par deux de nos collègues de la Charité, je le guéris instantanément après quelques séances d'entraînement, en lui disant qu'au réveil, il allait pouvoir mouvoir volontairement son bras. Le retour de la motricité s'effectua instantanément et le malade, guéri, put sortir de l'hôpital et reprendre ses fonctions de cocher; cette monoplégie datait de plus d'une année (1).

Chez deux sujets actuellement dans nos salles, atteints tous deux de myélite chronique et de constipation, datant, chez l'un, de sept jours, et, chez l'autre, de dix-sept jours, avec ballonnement du ventre, nous avons pu guérir les constipations par des incitations suggestives instantanées. On se préparait, chez le deuxième sujet, à employer les grands remèdes, tels que les courants continus; toutes les autres médications, drastiques et laxatives, ayant continuellement échoué, j'eus alors l'idée de pratiquer l'hypnotisme à l'aide des miroirs et de suggestionner ces deux sujets d'aller à la garde-robe aussitôt le réveil. Ceci se passa en pleine salle, en présence de tous les assistants habituels, qui furent aussi surpris, comme moi, d'entendre le malade, aussitôt réveillé, réclamer immédiatement le bassin pour aller à la garde-robe, ainsi que je le lui avais prescrit. Depuis cette époque, cette constipation opiniâtre fut vaincue.

Chez les hystériques et chez les épileptiques à grandes

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 893.

(1) J'ai appris plus tard que la paralysie du bras était relevée à la suite d'excès alcooliques.

attaques, le traitement par les suggestions, méthodiquement pratiqué, soit tous les deux jours, soit deux fois par semaine, est susceptible d'amener encore des effets très satisfaisants. Les suggestions à donner consistent seulement à éloigner les attaques et à diminuer leur intensité.

On crée ainsi dans le cerveau une sorte de préoccupation latente, qui fait que les sujets sont toujours tenus en arrêt. Elle agit ainsi inconsciemment (sur les *déclanchements internes* qui produisent les attaques), et un grand nombre d'entre eux racontent qu'ils sentent leurs attaques avorter, et qu'au moment où elles devraient avoir lieu, il se passe en eux quelque chose d'insolite, des éblouissements, des vertiges, et que tout s'arrête là. Chez les sujets épileptiques et hystériques, entrés dans notre service pour y être traités d'attaques revenant tous les trois ou quatre jours, nous avons pu ainsi espacer leur retour, et chez un jeune sujet, qui a quitté l'hôpital depuis dix mois, j'ai pu constater qu'il avait pu reprendre son travail de typographe sans la moindre crise. Il vient seulement une ou deux fois par mois, lorsqu'il se sent trop nerveux, comme il dit, se faire hypnotiser et calmer ses nerfs.

Dans le traitement de la morphiomanie, nous avons pareillement employé la suggestion avec quelque succès : on donne, par exemple, au sujet, la suggestion de diminuer progressivement la dose de morphine injectée, et d'habitude, on arrive à une diminution méthodique, mais, il faut bien le dire, chez ces sujets imprégnés de morphine, les réactions du système nerveux sont très souvent infidèles et les suggestions ne sont pas durables; le sujet obéit aux suggestions tant qu'il est à l'hôpital, mais quand il a été amendé, il demande sa sortie, et une fois dehors, au bout d'un temps variable, il revient bien vite à ses inévitables habitudes.

Technique des suggestions. — Chez les sujets plongés dans l'état, soit de petit, soit de grand hypnotisme, s'il s'agit de troubles nerveux récents à traiter, sans lésions anciennes, les procédés à employer pour les suggestionner sont très simples : ils consistent, comme nous l'avons indiqué déjà, à donner impérativement au sujet l'ordre de ne plus avoir au réveil la maladie dont il souffre, de ne plus être paralysé de la sensibilité du bras, de la jambe, etc. La plupart du temps, ces réactions curatives s'opèrent d'une façon instantanée. Seulement il faut bien prendre garde que les résultats, aussi rapidement obtenus, ne sont pas toujours durables; pour les fixer d'une façon définitive, il faut revenir à plusieurs reprises à suggestionner le sujet.

En général, la durée de la suggestion paraît en rapport avec la durée du sommeil préparateur; ainsi, chez un anesthésique qui ne dormait que dix à quinze minutes, la sensibilité reparaissait au réveil, et durait deux heures, deux heures et demie, trois heures, et lorsque je le fis dormir une demi-heure et même une heure, j'obtins ainsi au réveil une fixité de la sensibilité beaucoup plus prolongée et persistant huit et dix heures. D..., qui dans les premiers temps du traitement n'avait récupéré sa sensibilité que d'une façon instable, finit par la récupérer d'une façon définitive, par des séances quotidiennes et prolongées; il y a actuellement une année que la curation a été faite, et la sensibilité a persisté.

Dans les cas de grand hypnotisme, et surtout quand il s'agit de ces paraplégies prolongées, comme on en rencontre si fréquemment chez les hystériques, il est rare qu'une suggestion extemporanée réussisse d'emblée. Il faut avoir recours à des procédés, employer des moyens d'approche successifs et ne donner l'assaut définitif, qu'après avoir longtemps à l'avance préparé le terrain.

Vous connaissez tous ces cas de paraplégie chronique, que l'on rencontre chez les sujets hystériques, survenus à la suite de crises, et qui persistent malgré tous les moyens thérapeutiques, employés dans l'état stationnaire. Ces états morbides, que l'on garde par habitude dans les services de médecine, après avoir inutilement employé toutes les médications usuelles, sont justiciables des procédés de la thérapeutique hypnotique au premier chef et, dans une certaine limite, peuvent être très efficacement traités.

J'ai actuellement à mon actif un certain nombre de guérisons de ce genre traitées suivant les procédés que je vais vous indiquer (1).

Le sujet frappé d'impuissance motrice et d'anesthésie étant, par un procédé quelconque, mis en état hypnotique, on le fait passer en somnambulisme lucide; par ce fait même, il est directement suggestionnable et exécute ce qu'on lui dit de faire. On lui dit d'abord, par suggestion, de remuer ses membres sur place, il les remue; puis, de sortir du lit, il descend; de se tenir debout, il le fait encore; et de marcher, il exécute ce qu'on lui dit.

Ces opérations successives ne se font pas toujours avec la même régularité; pour arriver à ce résultat, il faut employer plusieurs séances, et même avoir recours à certains moyens détournés; un de mes élèves alors, M. le docteur Foveau, dit un jour à Gabrielle C..., atteinte d'une paraplégie datant de sept mois, qui avait résisté à tous les moyens de traitement : qu'elle n'était plus Gabrielle (après l'avoir hypnotisée bien entendu), qu'elle était Anna, son amie, laquelle était tout à fait alerte. Elle accepta ainsi le changement de personnalité; elle prit les gestes, les intonations de son amie, elle s'incarna si bien en elle, que, grâce à cette substitution de personnalité, M. Foveau put lui dire un jour : « Anna, viens avec moi et marche. » La suggestion réussit au complet, et, à partir de ce jour, la malade entra en convalescence (2).

Le sujet paraplégique, incapable de se mouvoir sous l'action de muscles volontaires, est donc capable de marcher sous l'invitation venue d'autrui, sous forme de suggestion. On le laisse ainsi dans cette période de somnambulisme aller, venir, se promener même, pendant un certain nombre d'heures; et alors on assiste à ce spectacle étrange de cet individu somnambulique, dont les yeux sont ouverts, qui répond à tout ce qu'on lui dit, et qui va, qui vient, qui marche librement, sans se soucier de son état, et cela d'une façon tout à fait inconsciente. Il paraît avoir à sa disposition toutes ses énergies motrices, et cependant il n'en est rien; car, vient-on à le réveiller instantanément, le charme est rompu et il retombe tout d'un coup dans son impotence primitive qui est toujours sous-jacente.

Les facultés locomotrices étant ainsi, au point de vue de leur mécanisme, remises en éveil par ce moyen détourné, pour parfaire la guérison il ne reste plus qu'à les rétablir dans leurs rapports naturels avec des psycho-motrices

(1) Bottey. Loc. cit.

(2) Luys. Nouveau cas de guérison de paraplégie hystérique par la suggestion hypnotique (Leçon recueillie par M. le docteur Foveau). *Gazette des hôpitaux*, 1887, p. 446.

volontaires. Le sujet étant placé en période de somnambulisme, on lui donne alors la suggestion définitive ainsi formulée : « Tu vas te réveiller au bout d'une minute et, à ton réveil, tu feras dix pas. » L'action s'opère régulièrement, les dix pas sont faits et le onzième reste impossible. Le lendemain on sollicite vingt pas, puis le surlendemain trente pas, puis, au bout de trois ou quatre jours, on ordonne au sujet de marcher librement. C'est à l'aide de ces procédés simples et méthodiques, qu'il nous est arrivé de faire, dans ce domaine spécial de la neurologie, des guérisons véritablement miraculeuses, et chez des sujets qui étaient impotents depuis douze à quatorze mois.

OBSERVATION

D'UN CAS DE CÉPHALÉE QUOTIDIENNE DATANT DE DEUX ANS, GUÉRIE PAR LA CAUTÉRISATION NASALE ET L'ABLATION DES MASSES ADÉNOÏDES.

Par M. le docteur E. MÉNIÈRE.

Chacun sait que les affections du nez et du pharynx nasal ont une grande importance dans la pathogénie de certaines maladies des oreilles.

Mais, en outre, les masses adénoïdes et la rhinite hypertrophique avec épaississement et décollement de la muqueuse des cornets, entraînent assez souvent l'inflammation consécutive des divers sinus de la région, qui est la cause d'états pathologiques variés.

Qui de vous n'a soigné et guéri des enfants chez lesquels se manifestaient des symptômes généraux d'une certaine gravité, tels que céphalée intermittente ou continuelle, atonie générale, modifications profondes dans la santé habituelle, dont certains médecins oublient de rechercher les causes ou de vouloir les trouver là où elles n'existent pas ! Je ne parle ici que pour mémoire de la malformation du thorax, due à une respiration insuffisante, malformation qui a de grands inconvénients.

Le cas suivant ne doit pas être unique, j'en suis sûr, mais il est tellement net que je le crois intéressant.

OBSERVATION. — Le 31 août 1887, on m'amène M. de X..., jeune garçon de neuf ans, assez grand pour son âge. Dès son entrée, son aspect me parut singulier. Le facies est gris jaunâtre, les yeux cernés, les paupières à demi tombées, comme s'il craignait la lumière, la bouche entr'ouverte; sa démarche est lente; il semble brisé, fatigué, hébété, et s'assied comme s'il était à bout de forces.

Voici son histoire racontée par ses parents, avec force détails, que j'abrégerai autant que possible.

« Notre fils est dans un état lamentable. Depuis le mois d'octobre 1885, il est sujet à des maux de tête qui le prennent d'ordinaire vers onze heures ou midi, et durent au moins deux heures, quand ce n'est pas trois, quatre ou cinq heures.

Il lui est impossible, malgré toute sa bonne volonté et nos exhortations jointes à celles de son précepteur, de se livrer au moindre travail.

Il dort mal, joue avec peu d'entrain, mange à peine et semble toujours fatigué.

Notre médecin ordinaire l'a traité par toutes les médications possibles : sulfate de quinine, bromure de potassium, huile de foie de morue, sirop iodé. Au bout de quelques mois, ne voyant aucun changement, nous avons appelé en consultation un médecin éminent.

On l'a examiné avec le plus grand soin; la poitrine, le cœur ont été auscultés sans qu'on pût trouver la moindre lésion pouvant expliquer les phénomènes.

On conseilla le bord de la mer, où nous allâmes pendant six semaines.

A la fin de 1886, plus de quatorze mois après le début des accidents, l'état était toujours identique : il y avait encore même un peu d'aggravation. Le matin, dès son lever, l'enfant avait la tête lourde, des malaises fréquents, et toujours, vers midi, les mêmes douleurs de tête, dans la région frontale.

Une nouvelle consultation eut lieu, en 1887. On essaya différentes médications : hydrothérapie, exercice au grand air; puis, sulfate de quinine à hautes doses, bromure de potassium à hautes doses. Rien n'y fit.

Les médecins ne savaient à quoi attribuer cet état d'affaissement général que rien ne pouvait expliquer.

On nous engagea à partir à la campagne, dès le printemps, en défendant tout travail.

Nous avons loué, il y a quatre mois, une maison aux environs de Paris, dans une région très aérée. Sauf de très rares répits, l'état est le même.

Le vieux médecin de la localité, qui venait de temps à autre examiner notre petit malade, voyant à la fin grandir nos inquiétudes, nous conseilla de le conduire à un spécialiste, afin, nous dit-il, de s'assurer *s'il n'y a pas quelque chose du côté du nez, car il lui paraît embarrassé.*

Nous venons vous demander votre opinion. »

J'examinai avec soin ce jeune enfant, et, quelques minutes après, mon diagnostic était fait.

Des masses adénoïdes remplissaient le pharynx nasal. Il y avait, en outre, une rhinite hypertrophique considérable, et des amygdales assez volumineuses, mais depuis peu de mois.

Je ne pus m'empêcher de réserver prudemment mon opinion, quant au pronostic, car j'avais eu l'occasion de voir quelquefois des céphalées assez fortes être causées par ces diverses lésions; mais il ne m'avait pas été donné d'observer des douleurs de tête quotidiennes, remontant à plus de vingt-trois mois, sans arrêt.

Après avoir énuméré aux parents l'ensemble des opérations nécessaires qui ne pouvaient qu'améliorer l'état et, peut-être, amener la guérison, je résolus, séance tenante, de mettre deux pointes de feu avec le galvanocautère sur chacun des cornets inférieurs hypertrophiés, espérant obtenir, de suite, un petit résultat.

Mes espérances furent dépassées.

Du 31 août au 3 septembre, l'enfant n'eut qu'un peu de lourdeur de tête, sans céphalée. Le 3, une heure de mal de tête. Le 4, je renouvelai les pointes de feu, et huit jours après, le 11 septembre, il ne ressentait plus de douleurs.

Je commençai alors de suite l'ablation des masses adénoïdes, que je fis en quatre séances, tous les huit jours, et je continuai, dans l'intervalle, l'emploi de la galvanocaustique sur les cornets.

Au commencement d'octobre, l'enfant se sentait renaître. Je le revis tous les mois.

Il est rentré au collège en novembre 1887 et, depuis les opérations pratiquées, *jamais* il n'a eu le moindre mal de tête. Sa physionomie a repris l'aspect normal que doit avoir un enfant de son âge qui n'est frappé d'aucune diathèse, son intelligence a repris son vol et l'économie tout entière fonctionne admirablement.

Nous avons tous vu des cas ressemblant, dans une certaine mesure, à celui qui fait le sujet de cette observation; mais je crois qu'il est bien rare de rencontrer une céphalée quotidienne durant près de deux ans, et entraînant avec elle des accidents généraux de telle nature, que la famille regardait l'enfant comme s'acheminant vers une issue fatale.

Tous les traitements, mis en œuvre par des confrères de grande valeur, n'amenèrent aucun changement dans cet état certainement grave.

Je crois superflu de me lancer dans les déductions pathologiques que pourrait comporter un pareil sujet. Les données anatomiques et physiologiques ne sont même plus en discussion, et vous les avez présentes à l'esprit.

Je me contenterai d'insister sur trois points essentiels.

Ma première remarque a trait à l'influence de lésions, relativement peu graves, des sinus, sur la santé générale des jeunes sujets, dans des conditions qui surprennent les cliniciens les plus expérimentés. La présence des masses adénoïdes et l'hypertrophie de la muqueuse des cornets, sont les deux facteurs principaux qui dominent la situation.

Le second point intéressant est l'effet surprenant obtenu par la galvanocaustique. Il est évident qu'une médication qui modifie profondément l'état congestif des sinus de la région, amène une sédation marquée des accidents et entraîne, le plus souvent, la guérison.

Dans le cas observé par moi, le résultat de l'emploi des pointes de feu a été presque instantané.

L'ablation des adénoïdes a achevé ce que la galvanocaustique avait si bien commencé.

Enfin, je termine en appelant l'attention des médecins sur l'importance capitale d'un examen approfondi des cavités nasales et naso-pharyngiennes, lorsqu'on se trouve en présence de symptômes généraux d'une certaine gravité, surtout lorsque ceux-ci ne peuvent être expliqués par des lésions d'autres organes.

Ne voyons-nous pas souvent, dans le même ordre d'idées, des médecins intelligents, croire à des affections cérébrales au début, chez des enfants dont la maladie paraît suivre une voie anomale, alors qu'il s'agit simplement d'une affection inflammatoire de l'oreille moyenne, qui passe inaperçue parce qu'on n'a pas pensé à regarder le conduit auditif?

Nous le disons dans nos travaux, nous le répétons tous les jours, et tous les jours nous voyons les mêmes faits se reproduire sans qu'on veuille paraître tenir compte de l'expérience acquise par des confrères qui se sont voués aux études spéciales.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SYPHILIS GRAVES PRÉCOCES

FORMES, FRÉQUENCE, ÉTIOLOGIE, PRONOSTIC (1)

Par M. le docteur Georges BAUDOUIN, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

QUE DÉSIGNE-T-ON SOUS LE NOM DE SYPHILIS GRAVE PRÉCOCE ? — La syphilis est loin de présenter toujours son évolution « normale » classique en trois périodes ou étapes (primaire, secondaire, tertiaire), douées chacune de leur caractéristique symptomatique, et dont la troisième peut même faire défaut, ou du moins succéder d'assez loin, quelquefois de très loin, à la précédente. A côté de ces formes ordinaires, « moyennes », on voit, même fréquemment, des syphilis modifiées considérablement et suivant des modes parfois absolument différents :

A. *Syphilis bénigne,* si les accidents secondaires diminuent d'intensité, de durée ou de fréquence, ou si la période tertiaire n'apparaît pas.

B. *Syphilis intense,* s'il y a, au contraire, accentuation du tableau pathologique (soit en manifestations cutanées, soit en phénomènes généraux, troubles de nutrition, etc.), mais sans dépasser certaines limites.

C. *Syphilis grave,* s'il survient des manifestations viscérales tertiaires ou une dénutrition persistante et exagérée, ou seulement une « production » tertiaire, telle qu'une gomme par exemple, qui emprunte une gravité spéciale à sa localisation (soit une gomme qui se développe sur le trajet de la sylvienne), en un mot des phénomènes pouvant compromettre l'avenir du malade par un mécanisme quelconque, peut-être même le frapper mortellement.

Pour peu que cela survienne dans les délais consacrés ordinairement à la période secondaire, c'est-à-dire dans les deux ou trois premières années de la maladie, la syphilis grave sera véritablement précoce.

II

SYPHILIS SECONDAIRE GRAVE. — La syphilis peut être grave par la seule exagération des phénomènes dits « secondaires » et sans le concours des « manifestations tertiaires ».

Il y a des exemples de « fièvre secondaire » et particulièrement de « typhose secondaire » (Fournier), altérant profondément l'état général, entraînant une diminution de poids, une anémie et un ralentissement des échanges gazeux semblables à ce qu'on observe dans la fièvre typhoïde. Il en résulte une débilitation générale qui diminue la résistance de l'organisme aux assauts successifs de l'infection et prépare le terrain au développement précoce du tertiarisme.

Dans d'autres cas, c'est l' « asthénie secondaire » qui est grave, caractérisée surtout par un état de langueur qui exerce son action sur tous les systèmes (Fournier), donnant aux malades l'aspect de convalescents, de tuberculeux même.

Plus fréquente chez la femme, de même que la typhose secondaire, cette forme s'observe cependant chez l'homme. Parfois ces états s'accompagnent de phénomènes nerveux graves.

Dans d'autres cas encore, c'est tout un ensemble symptomatique général (anémie, asthénie, fièvre, amaigrissement) qui éclate tout d'un coup et de bonne heure, bientôt suivi et accompagné de manifestations tertiaires prématurées.

Enfin, la syphilis peut être grave par la dénutrition secondaire seule, dénutrition véritablement pernicieuse, tant elle est alors rapide et profonde. Nous en avons un exemple chez un malade qui, dans les deux premiers mois de sa syphilis, avait subi un amaigrissement tel qu'il était devenu méconnaissable ; il avait perdu, dans ce temps, 38 livres de son poids ! La syphilis, pendant cette période, était restée à peu près silencieuse ; mais bientôt après survinrent des lésions tertiaires éminemment précoces.

III

SYPHILIS MALIGNE PRÉCOCE OU SYPHILIS GALOPANTE. — Ces deux expressions sont défectueuses. La première, donnée par Bazin aux lésions tertiaires précoces de la peau, a été l'objet de critiques qui, depuis longtemps déjà, en ont fait justice. La seconde n'exprime réellement que la précipita-

(1) Thèse de Paris, 1889.

tion de la marche de la maladie vers les accidents tertiaires. Il est vrai que nous décrivons, sous ce titre, des formes dans lesquelles la syphilis, au lieu d'accomplir son évolution méthodiquement en trois périodes distinctes, précipite sa marche de telle sorte que celles-ci se confondent, les accidents tertiaires apparaissant prématurément et se mêlant aux accidents secondaires. Mais il peut y avoir aussi, et il y a souvent quelque chose de plus dans la syphilis de ce groupe, nous voulons parler des modifications de l'état général et des phénomènes d'ordre secondaire dont le concours est ici loin d'être négligeable. Aussi, malgré son insuffisance et à défaut d'un centre meilleur, préférons-nous conserver à cette grande classe la désignation de « syphilis maligne précoce », qui a le mérite d'être plus générale, moins exclusive, et de comprendre, dans un même groupe, les faits auxquels des manifestations de différents ordres contribuent parfois également à conférer leur caractère de gravité.

Historique rapide. — Bazin, Dubuc, Ory, Ots, etc., puis les observations de MM. Horteloup, Gillé, Gouguenheim, Krowczynoki, Finger, Breda, Cucco, auxquelles nous en ajoutons 46 nouvelles. Tous ces faits montrent combien de modalités différentes peuvent présenter les syphilis dites « malignes précoces ».

Tantôt ce sont les éruptions spécifiques qui, de bonne heure, parfois d'emblée, ulcéreuses, destructives, donnent à la maladie ses caractères de gravité prématurée. Ce sont les syphilides malignes précoces de Bazin et Dubuc.

Tantôt le tertiarisme précoce apparaît dès la première ou la seconde année de la syphilis, mais sous d'autres formes : productions gommeuses intéressant les différents systèmes, déterminations musculaires, osseuses, etc. En outre, à côté des lésions graves de nature purement syphilitique, et concuremment avec elles, les altérations de la santé générale, les phénomènes de dénutrition tiennent une place importante (d'une importance effrayante même) dans l'ensemble symptomatique des syphilis malignes précoces. Ces troubles se traduisent par la pâleur caractéristique des malades, leur affaiblissement, leur amaigrissement, et sont, en quelque sorte, contrôlés d'une part par la perte de poids (jusqu'à 67 livres en quelques mois dans un cas), d'autre part par l'appauvrissement du sang en oxyhémoglobine (7 p. 100 au lieu de 14 et 15 p. 100, chiffre normal) et le ralentissement des échanges gazeux entre le sang et les tissus.

Toutes ces modifications de l'état général et de la nutrition évoluent parallèlement avec les poussées diathésiques.

IV

SYPHILIS VISCÉRALE PRÉCOCE. — Contrairement à l'ancienne opinion, d'après laquelle la vérole envahirait l'organisme progressivement des parties superficielles vers les parties profondes, la syphilis secondaire est pour le moins aussi viscérale dans ses manifestations que la syphilis tertiaire. D'où la forme « viscérale précoce », pouvant revêtir différents types suivant le siège des déterminations splanchniques.

A. *Syphilis rénale précoce.* — Connue depuis quelques années seulement (Perraud 1867, Descouts 1878, Drysdale 1879, Vassili Nézel 1882, Mauriac 1886). Les névropathies syphilitiques précoces se développent insidieusement, évoluent comme les formes aiguës et surtout subaiguës et chroniques de la maladie de Bright, exposent aux mêmes complications et comportent un pronostic sévère, car si, dans certains cas, ces manifestations viscérales semblent peu influencer la santé générale, trop souvent elles amènent la mort, et parfois même dans un délai rapproché du début. Les médicaments antisyphilitiques, et surtout l'iodure de potassium, diminuent souvent l'albuminurie (qui se montre dès le début et très abondamment, avec l'œdème) dans des proportions énormes et très rapidement. « Mais l'heureuse influence du traitement spécifique, si évidente chez certains malades, nulle ou très faible chez d'autres (précisément sans doute parce que, chez ces derniers, on est appelé trop tard à intervenir), ne présente qu'une garantie restreinte. »

B. *Syphilis précoces des centres nerveux.* — Les phénomènes nerveux avaient été remarqués depuis longtemps dans la syphilis (Ulrich de Hutten 1519, etc.), lorsqu'en 1830 Charles Bell publia la première observation de syphilis nerveuse précoce, due à Dupuytren. Depuis lors, les travaux et les observations se multiplièrent progressivement jusqu'à nos jours (Fournier, Mauriac, Gjor, Mauyn, Echeverria, Gaudichier, Parinaud, Geffrier-Bernheim, Landouzy, etc.). Nous y ajoutons de nouvelles observations, la plupart dues à l'obligeance de M. le professeur Fournier ou recueillies dans son service.

Nous en avons fait plusieurs groupes : 1° les syphilis cérébrales précoces proprement dites (nous y retrouvons les formes multiples d'encéphalopathies spécifiques, décrites par M. le professeur Fournier dans la *Syphilis du cerveau*) et les syphilis cérébro-spinales précoces ; 2° les syphilis médullaires précoces (les unes chroniques, les autres aiguës) ; 3° les observations de tabes débutant dès les premiers mois ou les deux premières années de la syphilis.

C. *Syphilis grave précoce de l'œil.* — La syphilis, dès la période secondaire, la première année même, peut produire des lésions oculaires susceptibles de provoquer des altérations irréparables, aboutissant même à la perte de l'œil. L'iritis, même gommeuse, est fréquente dans la première année, laisse des symétries irréparables et se complique fréquemment de choroïdite. La choroïdite, qu'elle succède ou non à l'iritis, est ordinairement précoce, rare dans la période tertiaire, constitue une des formes les plus fréquentes d'amaurose spécifique. Bientôt et souvent suivie de lésions rétiniennes, elle a une marche irrégulière, incertaine ; sa guérison complète est rarement possible ; souvent elle entraîne une atrophie du nerf optique, et, fréquemment enfin, une cécité complète dès les premiers mois ou la première année de la diathèse.

D. *Syphilis grave précoce de l'oreille.* — La surdité, qui est une des conséquences fréquentes de la syphilis de l'oreille, même précoce, peut se produire de différentes façons : soit que des syphilides profondes perforent le tympan ou produisent un rétrécissement du conduit auditif ; soit que l'oreille interne soit lésée directement par la syphilis ou indirectement par propagation des lésions de l'oreille moyenne ou de lésions osseuses voisines, d'origine spécifique. Le labyrinthe, par son squelette osseux et par sa muqueuse, qui sert de périoste à celui-ci, est doublement exposé aux déterminations syphilitiques.

On comprend aisément que le tertiarisme précoce, avec ses lésions destructives, attaque aussi bien les parties même les plus profondes de l'oreille que toute autre région de l'organisme ; et la gravité du pronostic est, ici comme

ailleurs, en raison même de l'importance et de la délicatesse de l'organe atteint. Le traitement spécifique, institué de bonne heure, est souvent favorable, mais souvent aussi la surdité devient définitive.

E. *Syphilis gastro-intestinale précoce.* — La syphilis gastrique est mal connue; cependant, pourquoi une maladie, à manifestations viscérales si variées, épargnerait-elle l'estomac? La syphilis peut bien produire dans l'estomac, et avec toutes leurs conséquences, des gommes précoces ou des lésions consécutives à une artérite développée prématurément sous son influence.

On est encore plus réduit aux hypothèses relativement à l'action de la syphilis sur l'intestin grêle et sur la partie supérieure du gros intestin.

Mais, en revanche, on connaît l'action de la vérole sur le rectum; elle peut être précoce. M. le professeur Fournier a montré, il y a plusieurs années déjà, que le rétrécissement rectal pouvait être accompli dès la première année de la syphilis; et, dans la thèse de M. Jean, nous voyons que les perforations fistuleuses de la cloison recto-vaginale, consécutives aux ulcérations syphilitiques (par syphilides ulcéreuses) amenaient, par cicatrisation, un rétrécissement anal ou rectal, et dès la période secondaire.

F. *Syphilis viscérales précoces mixtes.* — Syphilis graves, non pas par leurs manifestations viscérales, mais par la coïncidence de celles-ci avec des lésions spécifiques autres qui témoignent d'une intensité spéciale du processus. Ces cas diffèrent de ceux dans lesquels les syphiloses splanchniques apparaissent seules, à l'exclusion de tout autre phénomène grave.

C'est que la syphilis viscérale peut revêtir des formes variées, suivant les localisations prépondérantes de la maladie; et il est vraisemblable que ces formes pourraient se multiplier à l'infini, en raison des combinaisons nombreuses pouvant résulter du retentissement de la même infection sur plusieurs parties d'un même organisme, soit simultanément, soit successivement. Déjà, au point de vue de l'évolution, la forme viscérale peut se réaliser suivant plusieurs types :

1° *Type relativement simple.* — Syphilis secondaire bénigne, passant même souvent inaperçue; puis, bientôt, syphilis cérébrale, médullaire ou autre;

2° *Type complexe.* — Syphilis attaquant d'un même coup ou successivement, et d'une façon plus ou moins interrompue, plusieurs organes, véritable explosion d'accidents graves frappant coup sur coup l'organisme.

Chez certains malades, ces syphilis affectent le « type continu » et sont remarquables par une série de décharges qui se répètent parfois indéfiniment pendant des années, ne laissant aucune trêve aux patients.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 septembre 1889. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Maurice Perrin, président de l'Académie.

La séance est levée en signe de deuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 2 septembre 1889, les pharmaciens militaires, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. Mather, pour la direction du service du 5e corps d'armée; Worms, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Froidure, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Robert Saint-Cyr père (de Nevers).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 102. — SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1889. — N° 102

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Étude sur le traitement chirurgical du cancroïde des lèvres.

Par M. le docteur A.-F. Plicque,
Ancien interne des hôpitaux.

Le cancroïde de la lèvre inférieure constitue une des formes de cancers les plus fréquentes. Sur 548 observations de tumeurs malignes, recueillies par Winiwarter dans la clinique de Billroth, on trouve 62 cancroïdes de la lèvre inférieure, c'est-à-dire près du neuvième du nombre total. Si l'on ne prend dans cette statistique que les tumeurs observées chez l'homme, la proportion, 61 sur 290, est encore plus remarquable et dépasse le cinquième. Cette fréquence donne à l'affection une grande importance pratique.

Son traitement paraît bien simple en apparence et il est peu d'opérations qui puissent sembler aussi faciles que l'ablation d'un cancroïde de la lèvre. Et pourtant cette opération nous offrira à discuter un certain nombre de questions d'appréciation délicate. C'est ainsi que nous aurons tout d'abord à passer en revue : 1° les indications opératoires et les contre-indications résultant de certaines formes de l'affection ou de l'âge avancé des malades ; 2° les difficultés spéciales de l'antisepsie ; 3° les divers modes d'ablation de la tumeur et les principaux procédés d'autoplastie soit immédiate soit secondaire ; 4° la conduite à tenir à l'égard des ganglions. La fin de cette étude sera consacrée tant aux résultats immédiats (mortalité et complications) qu'aux résultats éloignés (modes, proportion, traitement des récidives) que donne l'opération. Bien que le cancroïde de la lèvre supérieure soit aussi rare que celui de la lèvre inférieure est fréquent, il ne nous a pas paru inutile de donner, dans un court appendice, un aperçu de son traitement.

I

A. L'indication thérapeutique est, dans le cancroïde de la lèvre inférieure, aussi nette qu'impérieuse : ablation aussi large et aussi précoce que possible. Faite dans ces conditions, l'opération donnera, plus que dans toute autre forme de cancer, des chances de guérison définitive. Et d'autre part, abandonnée à elle-même, malgré ses allures de bénignité apparente, l'affection ne saurait avoir qu'une marche progressivement funeste.

On devra donc opérer sitôt le diagnostic établi et il est peu d'affections où le diagnostic soit, de bonne heure, aussi évident. Le chancre syphilitique peut ressembler comme aspect au cancroïde ; M. Heurtaux (1) rapporte deux observations où cette similitude d'aspect a conduit à l'excision et où l'apparition des symptômes spécifiques ultérieurs est venue démontrer, bientôt après, la confusion faite. Mais d'ordinaire, la marche bien différente de la maladie, l'évolution rapide, la précocité de l'engorgement ganglionnaire, la consistance spéciale rendront toute erreur impossible. Quant aux gommes ulcérées des lèvres pour peu que les commémoratifs, les anomalies de siège, de développement, d'apparence puissent faire hésiter le diagnostic, un traitement spécifique d'épreuve tranchera, en quelques jours, la question. Les faits de lésions syphilitiques tertiaires isolées de la lèvre semblent, d'ailleurs, extrêmement rares. Quant aux autres diagnostics avec le lupus, avec les abcès, les kystes, les adénomes ulcérés, ils n'offrent pas de difficulté pratique réelle.

Esmarch (2), enfin, signale, comme pouvant prêter à la confusion, certaines formes de sycosis parasitaire. Il recommande l'examen histologique comme moyen de lever tous les doutes, en montrant la présence du trichophyton. L'utilité de cette recherche nous paraît devoir être assez exceptionnelle.

B. Deux objections sont assez souvent faites à l'intervention : l'insignifiance de la maladie au début, l'âge quelquefois fort avancé des malades. Quelle valeur convient-il de leur attribuer ?

1° Le cancroïde de la lèvre survient souvent sur une lésion très ancienne, verrue, petite plaque blanche des fumeurs. La transformation cancroïdale n'entraîne, au début, ni douleurs, ni gêne spéciale. Le malade n'est pas disposé à attacher plus d'importance à la petite exulcération survenue qu'au « bobo » ancien. Il consulte pour être rassuré, non pour être opéré.

Dans quelques cas où la transformation est tout à fait à

(1) Heurtaux. Thèse de Paris, 1860.
(2) Esmarch. *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. XXII, p. 437.

son début, où l'allure est rassurante, où le cancroïde garde l'aspect corné, calcifié, sans tendances à l'ulcération, on peut, avec une surveillance minutieuse, essayer un traitement purement médical. Ce traitement consistera avant tout à écarter les plus petites causes d'irritation, arrachement des croûtes, usage du tabac, frottements produits par des chicots dentaires. C'est dire avec quel soin seront évitées les irritations médicamenteuses, en particulier les cautérisations intempestives au nitrate d'argent. Le seul topique qui soit vraiment à recommander, est le chlorate de potasse soit en poudre soit en solution concentrée. Ce sel a été également donné à l'intérieur; son emploi chez des malades âgés, à organes d'élimination fonctionnant mal, devra toujours être très surveillé.

On n'aura d'ailleurs qu'une faible confiance dans ces moyens hygiéniques et médicaux. Le cancroïde des lèvres est, bien plus que les épithéliomas ordinaires de la face, exposé à des causes multiples d'irritation. Il se plie moins bien aux applications de chlorate de potasse. Plus qu'eux aussi, il prête, surtout chez les jeunes sujets, aux irradiations sournoises (envahissement du tissu osseux du maxillaire, engorgement des ganglions), alors que la tumeur initiale reste à peu près stationnaire. On ne s'exposera pas, en attendant ces irradiations, à transformer l'opération, facile et bénigne au début, en opération difficile et grave.

2° L'âge des malades constitue une objection plus sérieuse. Cet âge est presque toujours très avancé. L'âge moyen, dans les 350 cas recueillis par Worner (1), était de soixante-deux ans. C'est dire qu'on aura souvent affaire à des sujets de soixante-dix, quatre-vingts ans et plus, qui hésiteront, et cette hésitation sera souvent partagée par le chirurgien, devant l'intervention opératoire.

S'il s'agit d'une opération complexe avec sacrifices étendus, résection osseuse par exemple, l'âge avancé du sujet et, plus encore que son âge, son état peu satisfaisant de vigueur et de santé, peuvent constituer une contre-indication absolue. Ces ablations, si bien faites qu'elles soient, donnent assez peu de chances d'éviter une récidive. Si l'on doit, chez un jeune sujet, passer sur leurs dangers immédiats et leurs souffrances et les tenter comme dernière ressource, à un certain âge il est permis d'hésiter. Nous verrons aussi plus loin comment l'âge avancé des opérés doit faire renoncer à l'ablation quand même de ganglions simplement suspects.

Mais quand il ne s'agit que de l'ablation simple, l'opération est si bénigne qu'on ne peut la rejeter. Elle a donné dans bien des cas des guérisons durables et Winiwarter (2), en particulier, rapporte des guérisons remarquables obtenues chez des malades de soixante-dix, soixante-treize, soixante-quinze, quatre-vingt-un ans, et maintenues pendant six, trois et deux ans. Mais le chirurgien doit s'astreindre à des précautions minutieuses, pour éviter la cause principale de mortalité après cette opération, cause qui s'exercera davantage sur les vieillards, la bronchopneumonie. A cet égard, l'asepsie préalable de la cavité buccale, que nous étudierons tout à l'heure, offre une réelle efficacité. Une cause plus terre à terre, mais qu'on néglige parfois dans l'ardeur de l'intervention chirurgicale, les refroidissements au cours de l'opération, n'a pas moins d'importance. L'administration du chloroforme nécessitant, à cause de l'âge, une grande surveillance, la poitrine devra être largement découverte. Par suite du siège du mal, les solutions employées pour le lavage couleront facilement sur le thorax. On nous pardonnera donc de rappeler ici deux précautions presque puériles : bon chauffage de la pièce, usage de solutions tièdes.

(1) Worner. *Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tubingen*, B. II, p. 129.

(2) Winiwarter. *Statistik des Carcinomes*, p. 103 et suiv. Stuttgard 1878.

C. L'asepsie préalable de la cavité buccale, foyer de germes tout préparés pour l'infection soit de la plaie, soit du poumon, a une telle importance qu'elle constitue presque un premier temps opératoire. On la réalisera par des lavages répétés avec la solution tiède et concentrée d'acide borique, avec la solution de chloral à 1 p. 100, par le brossage des dents et des gencives avec des poudres de tannin, de quinquina. La poudre de salol peut être aussi très bien employée. S'il existe de la pyorrhée gingivale, il ne sera pas inutile de la traiter, pendant quelques jours, par les attouchements de teinture d'iode.

L'impossibilité d'appliquer après l'opération un pansement occlusif permanent, doit aussi faire apporter plus de soins que dans d'autres cas à l'asepsie du milieu. C'est en ville surtout que les précautions relatives à l'aération, au désencombrement, au nettoyage de la chambre où doit être placé l'opéré, pourront être utilement prescrites.

II

L'opération elle-même comprend deux temps distincts : ablation de la tumeur, ablation des ganglions. Il semble que ce second temps n'intervienne que dans les cas compliqués et exceptionnels; nous verrons plus loin que, surtout chez les jeunes sujets, il doit être la règle, quel que soit l'état apparent des ganglions. Une étude à part sera enfin faite des cas compliqués avec résection osseuse.

A. *Ablation de la tumeur.* — On a proposé, pour l'ablation de la tumeur labiale, diverses formes d'incision. Rien n'est plus irrationnel, quand elle est exclusive, qu'une telle manière de faire. La forme de l'incision doit varier pour chaque cas particulier. La seule règle est d'enlever largement, sans se préoccuper ni de l'hémostase, ni de l'autoplastie consécutives. Qu'elle soit en V, en ⊔, en U, en ⌣, une incision sera bonne et seule bonne qui dépassera partout les limites du mal.

Le procédé le plus en faveur, le plus séduisant par sa simplicité, l'incision en V a, à cet égard, un inconvénient que Lebert (1) signalait déjà. La forme du cancroïde donnant souvent plus de largeur à l'infiltration dans l'épaisseur de la lèvre qu'à celle du bord libre, pour passer à une distance suffisante de la partie moyenne de la tumeur, les deux branches du V doivent avoir sur le bord libre un écartement énorme. Essayez, en faisant appel à un vieux souvenir géométrique, d'inscrire un cercle dans un triangle et vous vous rendrez compte de l'étendue de cet écartement. Le chirurgien n'hésitera-t-il pas instinctivement devant ce sacrifice qui paraît inutile et qui doit être si gênant pour la réunion ? Cette hésitation fera laisser trop souvent une petite portion latérale de la tumeur. La récidive d'un cancroïde enlevé par l'excision en V que nous avons vue à Lariboisière était, à cette égard, bien instructive. Elle avait

(1) Lebert. *Traité des maladies cancéreuses*, p. 641.

débuté par un petit noyau placé sur la branche gauche du V, un peu plus près de la base que de la pointe, repullulation évidente d'un point malade laissé.

On commencera donc par s'assurer, par une palpation très soigneuse, de la forme de la tumeur. Comme de minces prolongements s'étendent tout autour en suivant les interstices de tissu musculaire, la zone d'infiltration très nette est de beaucoup inférieure à la zone d'infiltration réelle. Il faudra donc dépasser d'un bon centimètre au moins les parties qui sembleront le plus légèrement indurées. Est-il besoin de dire que si, chose d'ailleurs assez rare, l'induration paraît s'étendre dans le cul-de-sac gingival, ce repli de muqueuse ne doit pas arrêter le bistouri et doit être, comme le reste, largement enlevé ?

Pour procéder à l'excision, sans être gêné par le sang, il est bon d'assurer l'hémostase préventive soit en faisant saisir les deux côtés de la lèvre, le plus loin possible de la tumeur, par un aide exercé qui les serre entre le pouce et l'index de chaque main, soit en appliquant deux pinces hémostatiques. Ce dernier moyen laisse plus de facilité à l'aide chargé de continuer le chloroforme, mais il amène, même en ne serrant les pinces qu'au premier cran, la contusion des tissus et des douleurs consécutives assez vives. L'hémostase ainsi assurée, la section se fait presque à blanc, avec la plus grande facilité.

Au cours de la section, s'il importe d'enlever largement, il n'importe pas moins d'éviter de mettre les tissus cancéreux en contact avec la plaie fraîche. Bien que théoriquement la question de la greffe cancéreuse soit encore à l'étude, il y a pratiquement tout avantage à éviter la dissémination des cellules épithéliales sur la plaie (1). Rappelons en passant, pour montrer la réalité de ce danger, les faits de cancroïdes de la lèvre transmis à distance à la lèvre supérieure, à la langue, à l'œsophage, au poumon. Ne sont-ce pas là de véritables greffes de cellules entraînées ?

C'est chose d'ailleurs facile de conduire l'opération de façon à éviter cette dissémination des cellules. En se lavant soigneusement les doigts après la palpation de la tumeur, en la saisissant, non avec le pouce et l'index de la main gauche qui l'écraseront plus ou moins au milieu des tissus, mais avec une pince de Museux, en lavant largement la surface de la plaie avec une solution aseptique, eau boriquée, par exemple, on aura fait le nécessaire contre les greffes sans ajouter beaucoup de soins à ce qu'exigeait déjà l'antisepsie. Si le cancroïde offre des ulcérations étendues et suintantes, il sera bon de toucher, avant l'ablation, ces ulcérations au thermocautère. C'est une petite complication opératoire. Mais alors même qu'on ne croirait pas à son utilité, au point de vue du danger des greffes, on reconnaîtra qu'elle aussi n'est pas sans offrir quelque avantage au point de vue antiseptique. Ajoutons enfin que, le cancroïde enlevé, il n'est pas inutile d'examiner de suite sa surface de section, pour voir s'il n'existe pas de ces prolongements épithéliaux, dont nous parlions tout à l'heure, indice d'une excision insuffisante. Mais il est bien simple, si on a saisi la tumeur entre les doigts, si l'on a disséqué dans le tissu épithélial, de se laver à nouveau les mains, de prendre d'autres instruments avant de continuer l'opération.

L'hémostase définitive après la section est ordinairement très facile. Elle ne porte souvent que sur les deux coronaires, et quand la perte de substance n'est pas considérable, que la réunion se fait directement sans incisions libératrices, on peut ne pas se préoccuper de ces artères. Leur accolement au moment des sutures suffira à arrêter le sang. Dans les réunions plus difficiles avec autoplastie, il est nécessaire de placer un catgut sur les deux bouts. Si les artères sont rétractées dans la lèvre, on passera au besoin le fil médiatement au moyen d'une aiguille à travers les tissus.

(1) Plicque. L'intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes. L'ablation complète et ses difficultés, *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 669.

B. *Réunion.* — Les tissus de la lèvre prêtent tellement qu'il est bien rare qu'on rencontre, pour réunir, même dans les ablations très larges, des difficultés sérieuses. Mais s'il faut recourir à une autoplastie, les lambeaux pris sur la joue seront préférables aux lambeaux pris sur le menton (1). Ceux-ci sont faciles à libérer par deux incisions verticales ; en les élevant après dissection, ils donnent un résultat immédiat très beau. Mais ils se rétractent consécutivement, sont mal doublés de muqueuse ; leur emploi, surtout pour retenir la salive, est donc peu satisfaisant.

Pour prendre le lambeau sur la joue, le plus simple consiste à passer les fils, crins de Florence par exemple, comme pour la suture immédiate. Les surfaces étant attirées autant qu'on le peut l'une vers l'autre, une incision oblique, en bas et en dehors, est faite en partant de la commissure et en intéressant toute l'épaisseur de la joue. Cette incision, dans les cas de perte de substance unilatérale, peut n'être faite que du côté correspondant ; les résultats seront ordinairement plus beaux avec deux incisions plus petites et bilatérales. Le lambeau inférieur de la joue divisée est attiré en dedans et peut être facilement réuni au lambeau opposé. Reste à refaire le bord libre et surtout, point important, pour éviter le rétrécissement ultérieur de la bouche, la commissure. On y parvient en réunissant, par des sutures faisant une sorte d'ourlet, le bord cutané du lambeau au bord muqueux. Une fois la commissure faite, quelques sutures sont appliquées sur la joue pour réunir le lambeau supérieur et le lambeau inférieur. Parfois quand la perte de substance a été très grande et que le lambeau inférieur a été fortement attiré, le lambeau supérieur offre trop d'étoffe et gondole. Une ou plusieurs petites excisions triangulaires, à base inférieure dans ce lambeau, permettront un affrontement plus parfait. Rappelons qu'on doit faire au catgut toutes les sutures perdues et profondes qu'on ne pourrait ensuite enlever.

Ce moyen servira surtout pour combler les pertes de substance dans l'excision en ⊔ et en U. Dans les excisions très larges et peu hautes en ◡, il y a souvent avantage à prendre sur la joue deux lambeaux triangulaires taillés par deux incisions partant de la commissure, l'une horizontale, l'autre plus ou moins oblique vers l'angle du maxillaire. Les pointes de ces lambeaux sont attirées et suturées l'une à l'autre sur la ligne médiane. Leurs bords supérieurs forment, comme tout à l'heure, le bord libre et la commissure. Leurs bords inférieurs sont suturés à la perte de substance.

Il faut le répéter encore : ordinairement l'autoplastie est plus facile qu'on ne pouvait s'y attendre. Les résultats, alors même qu'il y a réunion incomplète, sphacèle partiel du lambeau, sont moins mauvais que la vaste plaie primitive ne pouvait le faire craindre. L'essentiel est donc d'enlever toute la tumeur ; on réunit ensuite si l'on peut et comme on peut. Si l'autoplastie primitive est impossible, nous

(1) Tillaux. *Chirurgie clinique*, p. 308.

verrons tout à l'heure les ressources et les avantages de l'anaplastie secondaire.

C. *Ablation des ganglions.* — L'état des ganglions est souvent difficile à apprécier dans le cancroïde de la lèvre. Cachés derrière le maxillaire et au milieu des muscles, restant assez longtemps mobiles, ils échappent facilement à l'investigation, surtout si celle-ci est pratiquée par le palper simple. Le palper combiné avec le toucher au moyen d'un doigt placé sur le plancher de la bouche, fera mieux reconnaître l'engorgement. Mais quand celui-ci est léger, on pourra se demander s'il ne s'agit pas d'inflammation simple et non de dégénérescences épithéliales. Assez souvent, en effet, on a vu des ganglions hypertrophiés laissés en place, ne pas donner de récidive et disparaître spontanément (1). Dans près de la moitié des cas d'adénites, examinés par Koch après l'ablation, le microscope a d'ailleurs démontré qu'il y avait infiltration simplement inflammatoire, sans dégénérescence épithéliale.

Devant cette incertitude du diagnostic, Koch propose une solution radicale. Quels que soient les résultats du palper, l'aspect et la date du cancroïde, il enlève quand même et toujours les ganglions sous-mentonniers et les premiers ganglions sous-maxillaires, par une incision courbe sur le bord libre de la mâchoire. La plaie en cavité qui en résulte se comble très facilement.

Ce procédé ne datant que de cinq ans, la plupart des observations sont encore trop récentes pour démontrer sa valeur au point de vue de la non-récidive. Une des objections que l'on peut faire est que, si les ganglions sont enlevés, les lymphatiques qui les unissent à la tumeur échappent à l'excision. Mais on n'a pas ici la même ressource que dans l'ablation du cancer du sein avec curage de l'aisselle. La dissémination des lymphatiques des lèvres, leur trajet au milieu de tissus denses, fusionnés comme la peau du menton et le périoste, la richesse de leur réseau ne permettraient de tenter leur ablation avec les ganglions qu'au prix d'une mutilation énorme à résultat encore incertain.

La règle la plus pratique nous paraît être d'appliquer l'ablation « quand même » de Koch chez les jeunes sujets. Mais chez les sujets âgés, on n'opérera que les ganglions manifestement hypertrophiés. On sait d'ailleurs que, chez le vieillard, l'envahissement du système lymphatique, dans les tumeurs malignes, est beaucoup moins rapide et beaucoup moins facile que chez l'adulte (Verneuil). C'est ainsi que, chez deux des malades de Winiwarter (2), âgés de soixante-quinze et de quatre-vingt-un ans, des glandes manifestement hypertrophiées furent laissées et que leur rétrocession eut lieu, par la suite, sans compromettre le succès. Un autre malade, âgé de soixante-dix ans, eut un an après la première opération (excision simple) une récidive ganglionnaire qui nécessita une intervention nouvelle. Six ans et trois mois après cette dernière intervention, la guérison ne s'était pas démentie. Mieux vaudra donc, chez ces sujets âgés, attendre, en se tenant prêt à opérer à la moindre menace du côté des ganglions, que d'exagérer inutilement la gravité de l'opération primitive.

D. *Opérations complexes.* — L'extension du cancroïde oblige, dans quelques cas malheureux, à des opérations complexes enlevant une partie du plancher de la bouche, poursuivant les ganglions jusque dans les parties latérales du cou et, plus fréquemment encore, amenant à réséquer une partie du maxillaire inférieur. On ne saurait donner de règles générales de ces opérations extrêmes. Rappelons seulement que, dans la résection du maxillaire, si faible que soit la portion enlevée, il faut, si les attaches des geniohyoïdiens sont détruites, passer un fil à travers la langue et la maintenir, pendant deux jours au moins, attirée au dehors pour éviter l'asphyxie. Dans quelques faits où l'os était simplement en contact avec les tissus épithéliaux, sans en être infiltré, Winiwarter s'est contenté de le gratter à la curette. L'opération ainsi faite est assurément moins grave, mais moins sûre.

Ces opérations à grands sacrifices ne semblent donner que des résultats bien décourageants. Leur mortalité est considérable. Koch, sur 19 malades opérés de cancroïdes avec résection du maxillaire, a eu 6 décès. Les guérisons durables semblent exceptionnelles. C'est ainsi que le fait le plus favorable, rapporté par Winiwarter, est celui d'un homme de quarante-quatre ans qui, après une opération de ce genre, survécut quatre ans et neuf mois et mourut d'ailleurs au bout de ce temps de récidive ganglionnaire. Ces tristes résultats rendent plus impérieuse encore la nécessité des opérations hâtives.

Après ces grandes opérations, l'autoplastie immédiate est difficile. Elle augmente leur durée ; elle permet moins bien les lavages du vaste foyer traumatique ; elle ne laisse pas surveiller et combattre les récidives dès leur apparition. Aussi devra-t-on préférer l'anaplastie secondaire. M. Métaxas rapporte dans sa thèse (1) plusieurs observations où la perte de substance se réduisit considérablement par les seuls progrès de la cicatrisation et où l'autoplastie devint extrêmement facile. Cette attente n'offre donc, à tous égards, que des avantages.

A la suite des autoplasties particulièrement laborieuses — qu'elles soient d'ailleurs immédiates ou secondaires — on observe assez souvent un petit inconvénient qu'il faut signaler ici, le rétrécissement très marqué de l'ouverture buccale. Ce rétrécissement est souvent si prononcé qu'il peut faire craindre une très grande gêne. Il est bien rare pourtant que les choses ne s'arrangent pas d'elles-mêmes. On aurait, dans des cas exceptionnels, recours, une fois la guérison bien assurée, à une opération nouvelle pour agrandir les commissures, opération d'ailleurs facile et décrite dans tous les traités classiques.

III

Suites immédiates et éloignées de l'opération. — A. La mortalité, à la suite des ablations de cancroïde, est assez considérable. Elle est, dans la statistique de Worner, de près de 6 p. 100. Plus de la moitié des décès sont dus aux complications pulmonaires. Il est vrai que beaucoup d'opérations ont été faites à une époque où les précautions antiseptiques, que nous signalions plus haut, étaient inconnues. On peut espérer aujourd'hui éviter un certain nombre de ces décès.

Les soins consécutifs sont très simples. Le pansement qui, sur les plaies d'ablations des ganglions, doit être fait rigoureusement, se réduit forcément sur la lèvre à l'application de vaseline boriquée ou de compresses trempées

(1) Winiwarter. Loc. cit., Observations XXIX, LV et LVII.

(2) Winiwarter. Loc. cit.

(1) Metaxas. *Des anaplasties secondaires*, Thèse de Paris, 1887.

dans une solution non irritante (acide borique, chloral). Quelques pulvérisations phéniquées ne sont pas inutiles, surtout si le milieu est suspect, comme une salle d'hôpital. L'ablation des fils de suture doit être rapide. Koch les enlève, pour la plupart, au bout d'un ou deux jours.

L'alimentation des malades exige quelques précautions. Il est sage de la faire, pendant quelques jours, uniquement avec des aliments liquides, lait, bouillon, préalablement aseptisés par l'ébullition. Les malades, surtout si l'opération a été large, avalent facilement de travers, incident minime en lui-même, mais qui peut, peut-être, favoriser le développement de bronchopneumonies. Il sera souvent utile de verser les liquides dans la bouche avec une théière à long bec et, dans les délabrements étendus, d'employer la sonde nasale. L'usage des lavements alimentaires, que conseille Koch, sera rarement nécessaire.

Enfin et surtout, s'il s'agit de sujets âgés, le séjour au lit sera réduit au strict minimum et on prendra toutes les précautions d'usage pour éviter les congestions par décubitus.

B. Les résultats définitifs donnés par l'opération sont assez satisfaisants. Worner, dans sa statistique portant sur 306 opérations, a obtenu 38 p. 100 de guérisons, maintenues trois ans après l'intervention. La moyenne de 782 cas, d'origines diverses, qu'il a recueillis, donne 28 p. 100 de guérisons de trois ans.

La récidive peut encore survenir, même après une aussi longue guérison. C'est ainsi que Worner signale un fait réopéré après neuf ans ; la guérison est maintenue depuis six ans. Fischer a observé une récidive après vingt ans ; la guérison est également maintenue six ans après la dernière intervention. Gouley (1) a opéré sans succès une récidive survenue après seize ans. D'autres faits plus singuliers encore montrent des récidives dans des organes éloignés. Winiwarter, trois ans après l'ablation d'un cancroïde de la lèvre inférieure, devait pratiquer l'ablation d'un autre épithélioma du front. Le malade était revu quatre ans après sans récidive. Whitehead (2) observait, au bout de neuf ans, une récidive dans la langue. La guérison se maintenait deux ans après l'ablation. M. Panas (3), enfin, a signalé un squirrhe du sein chez un homme, opéré vingt-cinq ans auparavant d'un cancroïde de la lèvre, par Velpeau. Le malade succomba malheureusement à des accidents pyohémiques, peu de jours après l'ablation.

Si intéressants que soient ces faits exceptionnels, la règle n'en est pas moins que la récidive, quand elle doit survenir, vienne assez vite. Il est rare qu'elle se fasse attendre un an. C'est ainsi que, dans les 142 récidives étudiées par Worner, plus de 87 p. 100 avaient eu lieu dès la première année.

La conclusion à tirer de ces retours offensifs exceptionnellement éloignés est tout d'abord la nécessité qu'il y a de surveiller fort longtemps le malade. C'est aussi, car de tels faits s'expliquent bien mieux par une persistance de la diathèse néoplasique que par une cause purement locale, l'utilité d'un traitement général. Passer en revue les divers médicaments proposés pour prévenir les récidives, arsenic, condurango, sulfure de calcium, etc., nous entraînerait trop loin. Pour rester exclusivement dans l'étude des cancroïdes des lèvres, rappelons : 1° l'importance que Bouchardat (1) attribuait, dans la production de cette forme de cancer, à l'insuffisance de l'élimination cutanée ; 2° ce fait clinique que le cancroïde de la lèvre frappe de préférence des individus âgés, à peau fonctionnant mal et d'ordinaire peu soucieux des soins d'hygiène. Quelques précautions à cet égard ne pourront que leur être très utilement conseillées. Est-il nécessaire d'insister également sur l'importance d'éviter toute cause d'irritation de la cicatrice par l'usage de la pipe, du rasoir, etc. ?

Mais le plus essentiel sera de recommander au malade de se surveiller attentivement et de revenir se faire opérer à la moindre induration de la cicatrice, au moindre engorgement des ganglions. C'est surtout si on a laissé des ganglions simplement suspects, que ceux-ci doivent être minutieusement observés. Quand on a pratiqué l'ablation ganglionnaire, le point de tissu compris entre la tumeur et ces ganglions constitue une zone dangereuse, car il renferme les lymphatiques forcément laissés. La moindre menace à ce niveau est une indication formelle.

Faites vite, ces opérations secondaires sont ordinairement très simples. Elles donnent de grandes chances de succès, la récidive venant mettre au jour le petit noyau laissé par l'opération primitive. Nous avons pu réunir, dans notre thèse (2), douze observations où des interventions secondaires ont enfin amené la guérison qui ne s'est pas démentie après plusieurs années. Parfois même des interventions plus multipliées sont nécessaires. Le fait de cet ordre le plus remarquable appartient à Winiwarter. Son observation offre un tel intérêt pratique qu'on nous pardonnera de la rapporter avec quelque détail. Le malade, âgé de cinquante ans, très fort fumeur de pipe, était atteint de psoriasis lingual et labial. Le premier cancroïde se développa sur une plaque blanche de la commissure gauche de la lèvre et fut enlevé. Dans l'espace de dix ans et sept mois, le malade dut subir sept autres opérations pour des récidives successives, ayant fini par détruire tout le pourtour de l'orifice buccal, sauf le côté gauche de la lèvre supérieure et partant presque toutes très manifestement d'une plaque de psoriasis. La dernière récidive occupe le côté gauche de la lèvre supérieure, elle forme une tumeur du volume d'un œuf de poule, adhérente au maxillaire supérieur, mais il n'y a, malgré la longue durée, ni engorgement ganglionnaire, ni trace de généralisation. L'opération différée momentanément, pour des raisons extra-chirurgicales, sera faite ultérieurement.

Deux points pratiques, intéressants : le rôle du psoriasis et la forme purement locale des récidives sont à relever dans cette observation. Le rôle du psoriasis apparaît plus nettement encore dans un autre fait de Winiwarter. Un cancroïde se développe chez un homme de cinquante-six ans sur une plaque blanche de la commissure labiale ; ablation. Neuf ans plus tard, développement sur une plaque médiane d'un autre cancroïde, la cicatrice de la première opération restant complètement indemne. Nouvelle ablation ; la guérison au bout de six ans ne s'est pas démentie. De tels faits montrent l'importance prophylactique que pourra avoir le traitement du psoriasis labial par l'arsenic, le chlorate de potasse et surtout l'hygiène (abstention de tabac et d'alcool et d'aliments épicés).

(1) Gouley. *New-York Med. Journ.*, 1888, p. 306.
(2) Whitehead. *Lancet*, 28 janvier 1888.
(3) Panas. Société de chirurgie, 29 janvier 1878.

(1) Bouchardat. *Traité d'hygiène.*
(2) Plicque. Thèse de Paris, 1888.

La forme purement locale des récidives n'est pas moins digne d'attention. Moins nettement démonstrative, elle est aussi constante dans une foule d'autres observations. Toujours la récidive a lieu soit sur place, soit dans les ganglions. Les généralisations du cancroïde labial opéré ou non sont, comme pour les autres épithéliomas, exceptionnelles. Lebert (1) insistait déjà sur ce point. Et dans quelques observations plus récentes de propagation à l'œsophage, à l'estomac, une critique attentive permet de reconnaître plutôt une greffe par transport mécanique de cellules qu'une véritable généralisation.

Cette circonstance, qui montre que l'état général prend, dans le cancroïde des lèvres, moins de part à l'affection qu'il n'en a dans beaucoup d'autres cancers, est singulièrement avantageuse pour l'intervention chirurgicale. Les chiffres que nous citions plus haut montrent que les résultats sont autrement favorables que dans les autres régions. On peut même espérer qu'une statistique qui, au lieu d'embrasser tous les cas en bloc, sans distinction d'étendue ni, il faut bien le dire, d'opérateurs, ne comprendrait que les cas de tumeurs limitées, opérées d'une façon complète et avec les précautions antiseptiques nécessaires, serait encore autrement satisfaisante. Il est certain, d'autre part, que, par suite du siège visible de l'affection, le chirurgien est, plus souvent que partout ailleurs, consulté dès le début, condition extrêmement favorable au succès. Il est certain, enfin, que la mortalité, relativement considérable, que nous signalions, doit être abaissée dans une très large mesure par la méthode antiseptique. Et la chirurgie du cancer est si triste que, sans se laisser abuser par sa facilité apparente, le chirurgien doit, croyons-nous, apporter une attention extrême à cette opération du cancroïde des lèvres qui est, elle au moins, souvent suivie de succès.

C. Un dernier point reste à discuter : que faut-il faire dans les cas de cancroïdes inopérables, soit primitivement, soit par suite de récidives ? On était jusqu'ici réduit au traitement purement palliatif. Peut-être l'électrolyse deviendra-t-elle une ressource dans ces cas désespérés. Worner aurait vu disparaître sous son influence un cancroïde de la lèvre, inopérable. Il est à noter que, sur la fin du traitement, le malade fut atteint d'érysipèle. La guérison aurait été complète. Le malade mourut un an et demi après sans récidive. Nous citons ce fait d'après l'analyse du *Centralblatt für Chirurgie*, 1886, p. 430, n'ayant pu nous procurer le mémoire original. Ce fait est intéressant à rapprocher d'une récente communication faite par M. Darin (2) à l'Académie des sciences et où le même procédé se trouve recommandé. Il va sans dire qu'on ne saurait, dans l'état actuel de la question, l'essayer que dans des cas complètement inopérables. Il semble bien alors qu'il soit permis, si douteuse qu'elle soit, de tenter cette dernière chance de salut.

IV

Cancroïde de la lèvre supérieure. — Un mot, en terminant, du traitement du cancroïde de la lèvre supérieure, affection rare puisque Winiwarter (3) n'en cite que cinq observations, dont trois, chose singulière, chez des femmes. Trois de ces faits sont, au point de vue thérapeutique, particulièrement intéressants. Le malade n° 2, qui a subi l'excision de toute la lèvre supérieure, avec ablation au ciseau du bord alvéolaire du maxillaire, succombe au bout de quatre mois et demi à la tuberculose, sans récidive ni généralisation. La malade n° 3, âgée de soixante et onze ans, après une première extirpation, voit sa tumeur récidiver presque aussitôt dans la cicatrice ; les ganglions sous-maxillaires prennent le volume d'un pois. Une nouvelle opération est faite et enlève la moitié de lèvre atteinte ; les ganglions sont laissés. Au bout d'un an et un mois pas de récidive ; les ganglions sont restés stationnaires. Le malade n° 4, enfin opéré par l'ablation à la curette tranchante suivie d'une cautérisation à la potasse caustique, meurt au bout de trois jours d'érysipèle. Ces faits peuvent donner une idée du traitement et de ses résultats. Mentionnons, en terminant, l'opinion de Huter (1), d'après lequel il n'y aurait jamais, en réalité, d'épithéliomas de la lèvre supérieure. Les tumeurs opérées comme telles devraient être attribuées à la syphilis. Cette assertion, évidemment exagérée, doit tout au moins conduire à toujours songer à la syphilis dans le diagnostic de l'affection.

(1) Lebert. Loc. cit., p. 621.
(2) Darin. *Bulletin de la Clinique Henri Giffard*, décembre 1888.
(3) Winiwarter. Loc. cit., p. 115.

(1) Winiwarter. Loc. cit., p. 173.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les merveilles de la science (2), par Louis Figuier.

Le grand ouvrage de M. Louis Figuier, les « Merveilles de la Science », publié en quatre volumes depuis un certain nombre d'années, avait besoin d'être mis au courant des inventions récentes. C'est dans ce but, que l'auteur et les éditeurs publient le « Supplément » à cet ouvrage, qui est destiné à exposer les découvertes scientifiques faites depuis l'année 1870 jusqu'à ce jour. Ce supplément sera complet en deux volumes ; le premier vient d'être mis en vente.

Ce nouvel ouvrage a sa vie propre, car certaines découvertes datent de peu d'années, quelques-unes même de peu de mois. Il est toutefois le complément indispensable des « Merveilles de la Science », dont il doit former les tomes V et VI. En effet, il continue, complète et conduit, jusqu'aux derniers progrès de la science, l'exposé des admirables découvertes scientifiques qui, dans ces derniers temps, ont transformé, jusqu'à la perfection, les machines et appareils qui ont produit le grand essor industriel, dont nous sommes les témoins.

Le premier volume du « Supplément aux Merveilles de la Science », illustré de 536 gravures, est établi dans les mêmes conditions de bon marché que les volumes des « Merveilles de la Science ». Il renferme le Supplément à la machine à vapeur, aux bateaux à vapeur, à la locomotive et aux chemins de fer, aux locomobiles, à la machine électrique, au paratonnerre, à la pile de Volta, à l'électro-magnétisme et aux aérostats.

Au moment où l'Exposition universelle passionne et enthousiasme les esprits, chacun voudra consulter et étudier le « Supplément aux Merveilles de la Science », où la plupart des machines et appareils qu'on y admire se trouvent exactement dessinés et étudiés.

Paris (3), par M. Paul Joanne.

Parmi les ouvrages qui empruntent un caractère tout particulier d'actualité à l'Exposition universelle, nous devons mentionner d'une façon spéciale le « Paris » de M. Paul Joanne, édité par la librairie Hachette et Cie.

(2) Gr. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Jouvet et Cie, rue Palatine, 5.
(3) Un vol. in-16, cartonnage toile. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

Ce guide est, sans contredit, le plus complet de tous ceux qui ont été publiés jusqu'à ce jour. Véritable encyclopédie de renseignements pratiques, d'un format portatif, il promène le lecteur dans toutes les rues de Paris, en lui signalant les curiosités au fur et à mesure qu'elles se présentent. Cet aperçu à vol d'oiseau de la grande ville est suivi d'une description minutieuse des églises, palais, édifices civils, musées, collections, bibliothèques, théâtres, cimetières, etc., avec plans encartés dans le texte, à l'aide desquels l'étranger peut tout voir sans fatigue et par lui-même, sans recourir aux dispendieux offices de guides salariés. Une liste des rues de Paris et un plan divisé en 31 sections se trouvent à la fin du volume, ainsi qu'un appendice consacré à l'Exposition universelle, et orné des plans détaillés des enceintes du Champ de Mars, du Trocadéro et de l'Esplanade des Invalides. Cet ouvrage qui réalise un réel progrès sur ses devanciers, apprendra beaucoup sur Paris, non seulement à nos visiteurs, mais au Parisiens eux-mêmes.

Cette nouvelle édition entièrement remaniée comprend 34 plans, notamment celui des principales curiosités à visiter dans Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 3 septembre 1889, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin-major de première classe Lœvel, pour le 161e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Legagneur, pour le 16e dragons; Lallemant, pour le 8e dragons; Ebstein, pour le 67e d'infanterie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Carpentier-Méricourt père, à Paris.

— Au tome IV (pages 16 et suivantes) des « Mémoires d'Olivier de La Marche », — édition de la Société de l'histoire de France, — nous relevons le passage suivant :

« Le duc [Charles de Bourgoigne] a six docteurs medecins, et servent iceulx à visiter la personne et l'estat de la santé du prince. Et quant le duc est à table, iceulx medecins sont derriere le bancq, et voient de quoy et de quels metz et viandes l'on sert le prince, et luy conseillent, à leur adviz, lesquelles viandes luy sont plus prouffitables; ils peuvent à toutes les heures en la chambre du prince et sont gens si notables, si bons et si grans clercs, qu'ilz peuvent estre à beaucop de conseilz huchiez et appelez; ils ont plat à court, comme le premier sommellier, mais ilz n'ont point de chambre ordinaire.

Le duc a quatre surgiens; ces quatre servent pour la personne du duc, et pour ceulx de son hostel et autres; et certes ce ne sont point de ceulx qui ont le moins à faire en sa maison; car le prince est chevaleureux, et de tel exercite de guerre, que par bleceure de cop à main, de trait à pouldre ou aultrement, il a bien souvent tant de gens bleciez en sa maison et en ses ordonnances, que, tant pour le grant nombre que pour les divers lieux où les bleciés sont, cinquante surgiens diligens auroient assez à besoigner, à faire leur devoir des cures qui y surviennent. Et pour ceste cause a ordonné le duc en chascune compaignie de cent lances ung surgien. Iceux quatre surgiens du duc ne prendrent riens des compaignons estrangiers ne des povres qui sont au service du prince, et s'attendent à luy pour leurs oingnemens et drogueries de satisfaction, et peuvent en la chambre à toutes heures, comme les medecins. »

Du sang et de ses altérations, par le professeur Georges Hayem. 1 vol. in-8° avec 126 fig. dans le texte. — Prix : 32 francs. — Paris, G. Masson.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique, publiée sous la direction de M. le docteur Jules Rochard. *Hygiène générale*, tome Ier (fasc. III et IV). — Prix du fascicule : 3 fr. 50.

L'Encyclopédie formera 10 volumes; on peut souscrire à forfait à l'ouvrage complet, au prix de 120 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Études de pratique médicale sur le diabète sucré, par le docteur H. Sénac, 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

99

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS. | LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES. | GASTRALGIE.
DYSPEPSIE. | GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES : Pancréatine Defresne : en poudre, 4 gr. / 2 à 4 cuillerées.
Pilules digestives Defresne. . . . . 3 à 5 pilules

Élixir et Sirop.

DÉPÔT : 2, rue des Lombards et ttes pharmacies.
DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

67

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao,

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

47

AVIS A MM. LES MÉDECINS

La maison **Pâtre**, à Orléans, fondée en 1840, s'occupe spécialement de la fourniture des médicaments à MM. les Médecins faisant la pharmacie. Elle les livre en qualité irréprochable, aux prix des drogueries de Paris ; les divise au gré du client de manière à lui éviter toute manipulation, les étiquette suivant les indications données, sans autre indication d'origine que sa marque de fabrique (cachet de garantie) et les expédie franco. — Ses laboratoires d'analyse et de fabrication sont à la disposition de MM. les Médecins désirant faire faire des essais. — Prix très modérés. — *Prix courant détaillé sur demande.*
Maison **Pâtre**, à Orléans (Loiret).

17

PEPTONE DENAEYER

Éléments de la viande digérés et diffusibles, en solution concentrée à 20 p. 100, **limpide et stérilisée**; saveur et arôme de fort bouillon de bœuf.

Analyses de MM. les professeurs Violette, Frésénius, Krukenberg, etc.

Rapport à l'Académie royale de médecine de Belgique.

BROCHURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

PEPTONATE DE FER DENAEYER

ferrugineux neutre, non astringent, complètement assimilable.

Dépôt central : MICHELAT *et* LESUEUR, *9, rue des Guillemites, Paris. — Pour le Nord, Pharmacie* GOBERT, *à Lille.*

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

50

LANOLINE LIEBREICH

La seule absolument libre d'acide, sans odeur, ne rancissant pas. Seul excipient absorbant son poids d'eau et se mêlant avec toutes les autres graisses.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline,
USINE DU TREMBLAY, à CREIL (Oise).
PARIS, 31, rue des Petites-Écuries, PARIS.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

96

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

seule décrétée d'intérêt public.

CONNUE ET RECOMMANDÉE DEPUIS 150 ANS.

Exiger la source du **Pavillon.**

26

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

60

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.
DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies. —
Vente en gros chez tous les droguistes.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

34

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.



54

DYSPEPSIE, GASTRALGIE

ENTÉRITES guéries par les DRAGÉES de PANCRÉATINE PAULAY.

Dépôt gal : Phie Centrale, fg Montmartre, 52, Paris.

33

GUÉRISON DE L'ASTHME par le

PAPIER FRUNEAU

40 ans de succès incontestable. — **Amélioration immédiate des affections chroniques du poumon.**
Toutes pharmacies, France et Etranger.
Nantes, E. FRUNEAU, 13, r. du Chapeau-Rouge.

41

Véritable ferrugineux assimilable

PEPTONATE DE FER ROBIN

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARI

Présenté à l'Académie par BERTHELOT.

Chloro-anémie, dyspepsie, lymphatisme, affections utérines, Diabète. — 10 à 20 **gouttes** pr repas.
VIN ROBIN, 1 cuillerée par repas.
DRAGÉES, 2 à 3 par repas.
Phie ROBIN, Bourges, et ttes phies. — Echant. fo.

73

COCAÏNE MIDY CHLOROBORATÉE

Pastilles dosées à 0,002m de chlorh. de cocaïne constituant un véritable **Gargarisme sec. Affections de la gorge, bouche, langue.**
3 fr. le flacon, 113, faubourg Saint-Honoré.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.
DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.
VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

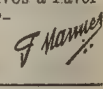
111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05 ; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, *Place Vendôme,* PARIS.



22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(Amers et ferments digestifs.)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge et phies.

94

MIGRAINE NÉVRALGIQUE, VERTIGE STOMACAL
et toutes névralgies se rattachant à un trouble du système nerveux général.
Effets rapides et constants par

LA CÉRÉBRINE (VOIR « PARIS-MÉDICAL » DU 8 JUIN)

La **Cérébrine,** à base d'analgésine, de caféine et de cocaïne, ne se délivre que sous la forme de liqueur, dont la dose est d'*une mesure* ou cuillerée à bouche, au moment et de préférence au début des accès.

Chaque flacon porte la marque de fabrique et la signature *Pausodun.*

Gros : Eug. FOURNIER, pharmacien, *Issy-Paris ;*
Détail : 31, rue de Cléry, et dans ttes les phies.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées ;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

N° 103. — MARDI 10 SEPTEMBRE 1889. 62e ANNÉE. MARDI 10 SEPTEMBRE 1889. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Pyélo-néphrite calculeuse.

Le malade dont je vais vous parler, dans cette leçon, nous présente un cas très intéressant, dont le diagnostic exige un examen minutieux.

Il s'agit d'un homme, âgé de trente-quatre ans, venu tout exprès à Paris du fond de l'Auvergne, pour consulter un chirurgien. Il est entré dans mon service, il y a aujourd'hui même quinze jours.

Si, tout d'abord, nous interrogeons ses antécédents héréditaires, nous constatons qu'ils sont bons; son père est mort à un âge très avancé, sa mère vit encore et jouit d'une bonne santé; lui-même a plusieurs frères et sœurs qui tous sont bien portants. Bref, rien au point de vue de l'hérédité.

Quant à ses antécédents personnels, ils sont excellents sous presque tous les rapports; à part une pneumonie, il y a douze ans, il a été bien et vite guéri, il n'a jamais eu aucune maladie; il n'est pas rhumatisant, il n'est pas goutteux, il n'est ni syphilitique, ni scrofuleux, ni diabétique. Enfin, il est père de cinq enfants qui tous sont également bien portants.

Le seul point un peu mauvais que nous puissions relever chez lui, c'est une tendance à s'enrhumer très facilement et la longue durée de ses bronchites; enfin, on constate un peu d'expiration prolongée au sommet du poumon droit.

Ceci dit sur ses antécédents, passons à l'histoire de la maladie pour laquelle il est entré à l'hôpital.

Il y a quatre ou cinq ans, cet homme, alors âgé de vingt-neuf à trente ans, a commencé à ressentir quelques douleurs dans la région correspondant au rein du côté gauche, douleurs vives mais de très courte durée, de sorte que, pendant quatre années, il n'y attacha, pour ainsi dire, aucune importance.

Cependant, depuis dix mois, les douleurs sont devenues plus fréquentes et plus vives, elles ont revêtu la forme de crises, et sont analogues à des coliques très intenses; d'une très grande acuité, elles partaient de la région du rein du côté gauche, se dirigeaient vers la paroi abdominale, d'où elles descendaient dans l'aine, vers le testicule gauche.

C'étaient donc de véritables coliques néphrétiques. Pendant ces crises le malade pousse des cris et se roule à terre ou sur son lit; mais il n'a pas de vomissements.

Si nous en croyons le dire du malade, ses crises auraient une durée de vingt-quatre et parfois même de quarante-huit heures, ce qui me semble absolument exagéré; lorsque l'on souffre, le temps paraît toujours très long et de ce qu'une crise dure trois ou quatre heures on est bien vite porté à lui attribuer une durée de tout un jour. Enfin, les crises du malade qui, il y a dix mois, étaient assez espacées, ne revenant guère que tous les huit ou dix jours, sont peu à peu devenues plus rapprochées et, si nous ajoutons foi également à ce que nous dit notre malade, elles avaient lieu, dans ces derniers temps, tous les deux ou trois jours; enfin, actuellement, elles se reproduiraient même tous les jours. Il y a là encore une certaine exagération, ainsi que nous avons pu le constater depuis qu'il est dans nos salles.

Quoi qu'il en soit, sous l'influence de ces crises douloureuses répétées, cet homme a maigri peu à peu, il a perdu une grande partie de ses forces, il présente un aspect souffreteux, mais qui n'a rien néanmoins jusqu'à présent de cachectique.

Ses urines sont plus abondantes qu'à l'état normal : 2000, 2500, voire même parfois 3000 grammes; elles sont troubles, blanchâtres et muqueuses, dès l'instant même où elles sont rendues. Mais l'émission n'en est pas douloureuse.

Cet homme prétend, pendant le jour, uriner toutes les deux ou trois heures et être forcé de se lever la nuit cinq ou six fois.

Les urines contiennent une poussière fine, grisâtre, très appréciable.

Il y a trois semaines, quelques jours avant son arrivée à Paris, notre malade aurait rendu quatre petits graviers gros comme une forte tête d'épingle. Mais par contre, jamais ses urines n'ont contenu ni stries, ni caillots sanguins. J'y reviendrai tout à l'heure.

J'ajoute que, chez lui, l'urèthre est sain, sans aucun rétrécissement, que la vessie est normale, qu'elle n'est pas sen-

sible à l'exploration et que nous n'y avons constaté la présence d'aucun calcul.

D'autre part, la pression sur la paroi abdominale dans la région de l'uretère gauche n'est pas douloureuse, elle ne l'est pas non plus au niveau du rein de ce côté; la succussion pratiquée dans l'angle costo-vertébral ne détermine pas de douleur non plus et le palper, en ce point, ne sent aucune tumeur, mais seulement une très légère augmentation de volume du rein. Il n'existe donc pas de tumeur dans cette région; c'est là un point qu'il importait beaucoup de constater.

Du côté droit nous n'avons absolument rien trouvé d'anomal.

Enfin, du côté des organes digestifs, il n'existe aucun trouble fonctionnel, le malade continue à manger avec appétit, la langue est humide et nullement saburrale. Le malade n'a pas la moindre fièvre, sa température oscille autour de 37 degrés.

En résumé, nous sommes en face d'une maladie remontant à quatre ou cinq ans, à évolution lente, d'abord, exacerbée seulement depuis dix mois, caractérisée par des crises néphrétiques, par des douleurs s'étendant du rein gauche au testicule du même côté, allant en augmentant de fréquence; par de la polyurie, par des urines initialement muqueuses et blanchâtres n'ayant jamais contenu ni sang, ni caillot sanguin, ce qui a une très grande valeur : cela prouve, en effet, qu'il n'existe pas de tumeur ulcérée dans cette région profonde, pas de tuberculose rénale et, d'autre part, qu'aucun calcul pointu n'a déchiré ou piqué le tissu rénal, ni les calices, ni l'uretère. Enfin, la miction n'est pas douloureuse, la vessie est saine, vaste, insensible à l'exploration et sans colonnes, la prostate et les vésicules sont également indemnes, le malade n'a jamais eu de fièvre, ses urines renferment des poussières : tous ces faits sont d'une haute importance au point de vue de l'exclusion de la tuberculose rénale.

C'est la tuberculose rénale qui, chez cet homme, m'a surtout préoccupé, car elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'en ces dernières années. M. Brodeur, dans sa thèse, en a relevé vingt-trois cas chez des sujets opérés.

Heureusement il n'en est rien chez notre malade, ou du moins aucun des phénomènes observés ne nous conduit à cette supposition, tandis qu'ils nous portent à diagnostiquer une pyélonéphrite calculeuse et à intervenir chirurgicalement de la manière suivante, par la voie lombaire : ouverture suffisante pour arriver sur le rein, mise à nu de l'organe rénal, palper ayant pour but de reconnaître le siège des calculs soit dans les calices, soit dans le bassinet; si le palper n'indique rien, ponctions répétées dans le rein avec une aiguille très fine pour découvrir le ou les calculs existants; extraction du ou des calculs.

Si, contre toute attente, nous rencontrons une pyélo-néphrite tuberculeuse au lieu d'une pyélo-néphrite calculeuse, il nous suffirait d'agrandir suffisamment l'incision par en bas en la dirigeant du côté de la fosse iliaque, de façon à pratiquer la néphrectomie. Ce mode d'intervention, en tout état de cause, est le meilleur procédé, car il a donné, sur les 23 cas relevés par M. Brodeur, 22 guérisons. L'individu qui succomba avait été opéré trop tardivement et dans de mauvaises conditions.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Direction générale du traitement de la syphilis.

I

En observant la direction générale du traitement de la syphilis, la première question qui se présente à nous est celle-ci : Quand faut-il commencer ledit traitement? question à laquelle je réponds : Le plus tôt possible, c'est-à-dire dès que l'on a constaté, d'une façon certaine, la nature syphilitique de la maladie; car plus tôt vous instituerez ce traitement, et plus vous aurez de chances de combattre efficacement la diathèse et de prévenir les accidents qui en sont la conséquence.

En effet, les syphilis traitées dès le début sont facilement accessibles au traitement, elles deviennent bénignes et peu redoutables, tandis que celles qui sont traitées tardivement, au contraire, sont plus graves, plus fécondes en récidives, plus rebelles au traitement.

C'est là, du reste, une question qui n'est pas discutée, sauf en un seul point que voici : étant donné un chancre, faut-il le traiter immédiatement ou attendre? Un malade ayant un chancre syphilitique bien reconnu, absolument certain, que faut-il faire? Trois opinions ont cours : 1° ne rien faire, attendre, le traitement au début, dit-on, ne saurait prévenir les accidents secondaires; 2° ne rien faire, car agir dès le début est non seulement inutile, mais même dangereux, en ce sens que le traitement trouble l'évolution de la maladie et peut contribuer au développement des accidents; 3° traiter la maladie dès le début.

Cette dernière manière de voir est adoptée, je n'ai pas besoin de le dire, par l'immense majorité des médecins, car le mercure étant, de la syphilis, le remède par excellence, nous devons profiter, le plus tôt possible, de son action bienfaisante. De plus, l'observation nous démontre que l'absence de tout traitement au début rend d'autant plus graves les accidents secondaires, tandis que le traitement immédiat rend la période secondaire bénigne, parfois même muette, qu'il ne trouble nullement l'évolution de la maladie.

Donc nul besoin n'est d'insister, la question est parfaitement jugée, le traitement de la maladie doit être commencé le plus tôt possible, mais j'ajoute, le commencer seulement à bon escient, c'est-à-dire dès que la nature syphilitique du chancre est reconnue. En effet, si vous avez quelque doute sur sa nature, vous devez vous abstenir, attendre la confirmation ou l'infirmation d'un diagnostic, resté jusque-là hésitant, par l'évolution morbide, car traiter à tout hasard serait d'une pratique détestable, qui conduirait le médecin à une véritable impasse.

Ainsi, un malade a eu, il y a six mois, par exemple, une lésion dont la nature syphilitique vous a paru douteuse, vous l'avez traité pendant plusieurs mois, il n'a jamais eu depuis sa première lésion aucun accident, et aujourd'hui, n'en présentant aucun non plus, il vient vous demander s'il peut se marier. Que lui répondrez-vous? Cette absence d'accidents est-elle due à l'influence du traitement ou au caractère non syphilitique de son chancre? Vous vous trouverez, je le répète, dans une véritable impasse, ignorant la nature de sa lésion primitive.

Il faut donc, dans le doute du diagnostic, attendre, pour commencer le traitement, d'être véritablement éclairé sur le caractère du chancre, car s'il s'agit de la vérole, bientôt

l'évolution des accidents fera le diagnostic, de même que leur absence vous montrera qu'il s'agit d'une lésion non syphilitique.

En résumé donc, il faut : 1° attaquer la vérole dès l'apparition du chancre; 2° l'attaquer seulement si sa nature est manifeste.

Deuxième question : Quand et comment faut-il continuer le traitement commencé? Il faut certainement continuer le traitement, mais quand et comment ont donné lieu à deux systèmes rivaux, à deux méthodes opposées : 1° la méthode opportuniste; 2° la méthode préventive.

La première ne veut agir que quand la vérole a donné lieu à quelques manifestations morbides, elle ne veut traiter que les manifestations et, dans leur intervalle, elle préconise l'abstention, l'expectation.

La seconde ne se borne pas à traiter les manifestations, mais elle veut que le traitement soit continué même dans les périodes d'accalmie, afin de prévenir les explosions morbides.

Les partisans de la première méthode, dont M. Diday est l'un des adeptes, soutiennent qu'il faut attendre une explosion morbide pour intervenir et cesser tout traitement dès que les accidents ont cessé, pour reprendre le traitement dès qu'une nouvelle poussée se produit et cesser de nouveau dès que celle-ci est éteinte, et ainsi de suite.

Les partisans de la méthode préventive qui a pour but de traiter la syphilis indépendamment et en dehors de ses manifestations, c'est-à-dire traiter non seulement la maladie *patente*, mais encore la maladie *latente*, se bornant seulement à laisser de temps en temps un peu de répit aux malades, pour reprendre ensuite le traitement pendant un mois, six semaines ou deux mois, et cela afin de sauvegarder l'avenir.

Telles sont les deux méthodes entre lesquelles nous devons choisir : la première, la méthode opportuniste, repose sur deux arguments ; elle soutient que le traitement spécifique n'a d'action que sur la lésion et non sur la maladie; elle soutient que le mercure agit sur la syphilis alors seulement qu'elle est en état d'activité morbide. C'est absolument inadmissible, et l'observation clinique dément absolument pareille opinion; en effet, vous administrez le mercure à un malade commençant sa vérole et la période des accidents secondaires s'est réduite à rien, elle sera presque nulle. Comment donc le mercure aurait-il agi? En tous cas, ce n'est pas par l'intermédiaire des accidents, puisqu'il n'y en a pas eu. Non, et le mercure, en réalité, agit sur l'essence même de la maladie. Autre preuve, des plus banales, que je prends dans un jeune ménage : la femme, bien portante, a successivement plusieurs grossesses, lesquelles se terminent toutes ou par une fausse couche ou par la naissance d'un enfant succombant au bout de peu de temps, conséquences d'une syphilis du mari, mal traitée; celui-ci suit alors le traitement spécifique et toute nouvelle grossesse de la femme est suivie de la naissance d'enfants bien vivants et qui continuent à vivre bien portants, *post partum*. Voilà bien un cas — et ces cas sont nombreux — où, bien que l'individu n'ait aucune lésion, mais soit dans l'état de syphilis latente, où le mercure a fait merveille, agissant sur l'essence même de la maladie. N'est-ce pas là une preuve péremptoire?

Un autre argument, invoqué par les médecins opportunistes, est celui-ci : notre méthode est bonne, puisqu'elle guérit chaque fois les accidents. Soit, elle a des succès, je n'y contredis pas, mais, à côté de ceux-ci, combien d'insuccès et de véritables désastres dont elle a la responsabilité! Et nous le voyons également chaque jour sur des malades agissant d'eux-mêmes de la même façon, c'est-à-dire ne se faisant traiter qu'alors qu'une nouvelle poussée syphilitique s'est produite. Or, ce sont tous ces malades, négligents, indifférents, sur lesquels sévit surtout le tertiarisme. J'en pourrais citer des milliers de faits.

En résumé, je condamne absolument la méthode opportuniste comme dangereuse, féconde en désastres, comme étant une des origines les plus habituelles du tertiarisme.

La méthode préventive est basée, elle, sur ces deux principes : 1° le mercure a une action thérapeutique sur la syphilis latente; 2° non seulement il guérit les accidents actuels, mais il est doué d'une action préventive sur la maladie et sauvegarde l'avenir. Plusieurs objections lui ont été faites : on a dit que traiter la syphilis latente, c'était vouloir traiter quelquefois l'invisible, l'insaisissable, c'était vouloir se battre contre des moulins à vent. Mais l'ennemi, qu'on ne voit pas, n'en est pas moins un ennemi ; la syphilis, traitée dès le début, n'est pas un mal absolument guéri, et ses assauts, dans l'avenir, sont généralement certains. Mais combien d'autres maladies ne traitons-nous pas en dehors de ses accès : la scrofule, la lithiase biliaire, etc.?

On dit aussi : traiter un symptôme c'est savoir ce qu'on fait; tandis que traiter une syphilis latente, c'est agir en aveugle. C'est là encore un argument complètement faux.

Enfin, on a fait cette dernière objection que vouloir traiter une syphilis latente, conduisait à traiter un individu toute sa vie. Cette objection aurait quelque raison d'être si nous traitions la maladie parce qu'elle est latente, tandis que, en réalité, nous la traitons quoique latente, c'est-à-dire à une période pendant laquelle nous serons constamment à redouter des accidents, ou mieux, jusqu'à ce que le traitement nous ait donné toutes garanties par l'absence de toutes manifestations syphilitiques, pendant un temps suffisamment long.

En résumé, la méthode préventive est bonne de par le bon sens, de par l'expérience, de par les succès acquis, et c'est pourquoi elle est acceptée par la grande majorité des praticiens comme réalisant ce double bienfait : 1° de rendre la période secondaire légère et tolérable; 2° de rendre la période tertiaire silencieuse, en tous cas inoffensive, exempte d'accidents.

La chose est aujourd'hui absolument prouvée, et dix-neuf fois sur vingt, chez les gens du monde, tout au moins, les accidents secondaires se réduisent à très peu de chose sous son influence; pour la période tertiaire, les preuves sont moins nombreuses, par ce seul fait qu'il est plus difficile de suivre tous ses malades pendant dix, quinze, vingt et vingt-cinq ans. Cependant, préoccupé de cette question dès le commencement de ma carrière, j'ai réuni le plus d'observations possible, et celles-ci constituent déjà un certain chiffre, qui me conduit à ces deux propositions : 1° les syphilis qui paient le plus lourd tribut au tertiarisme sont celles qui n'ont pas été traitées, qui l'ont été insuffisamment ou par la méthode opportuniste; 2° les syphilis, longtemps et préventivement traitées, donnent au tertiarisme un très faible apport : 90 à 95 fois sur 100, une syphilis ainsi traitée, est préservée du tertiarisme.

AMPUTATIONS CONGÉNITALES ET AINHUM

Par M. le docteur Jules Rouget.

Les amputations congénitales et l'aïnhum sont deux affections rares ; par cela même leur étude sème de quelque variété l'observation journalière.

On connaissait, depuis longtemps déjà, ces faits singuliers désignés sous le nom d'amputations spontanées, intra-utérines, congénitales, où les accoucheurs trouvaient, au moment de la naissance du fœtus, un moignon dû à l'absence d'une phalange, d'un doigt, d'un membre même ; et constataient sur les mains, les pieds ou toute autre partie du corps, l'existence de sillons de profondeur variable, lorsqu'en 1867, un médecin brésilien, da Silva Lima, observa pour la première fois une maladie bizarre, qu'il appela d'un nom sauvage : « l'aïnhum », et qui était caractérisée par l'apparition chez les nègres d'un sillon annulaire siégeant sur le cinquième orteil, qu'il étreignait jusqu'à entière section. Au premier abord, ces deux états morbides ne présentent aucune similitude ; mais, si les premières descriptions d'aïnhum furent incomplètes, les observateurs tombèrent bientôt dans l'excès contraire et voulurent établir un lien de parenté entre ces deux affections primitivement si distinctes.

L'aïnhum n'était guère connu en France que des médecins de marine ; ils rapportèrent, de mémoire, les observations de malades examinés par eux pendant leur séjour aux colonies, et crurent trouver des cas intermédiaires conduisant progressivement de l'aïnhum aux amputations spontanées. C'est alors que paraissent les observations de MM. Guyot et Fontan, tendant à faire de l'aïnhum une affection localisée, non plus uniquement au cinquième orteil des noirs, mais frappant tous les membres, même dans la race blanche, et pouvant apparaître dès la vie intra-utérine. Pour eux, l'aïnhum non congénital des noirs ne diffère des cas congénitaux d'Europe que par l'origine, précise ici, et inconnue là-bas.

Leurs conclusions trouvèrent des adhérents, mais elles rencontrèrent aussi de sérieux adversaires, surtout M. le docteur Eug. Rochard, médecin principal de la marine, qui « crut utile de ne pas laisser passer sous le nom d'aïnhum, des vices de conformation tenant à une tout autre cause ». A la Société de chirurgie, où la question est soumise en 1881, MM. Lannelongue et Reclus acceptent l'opinion de MM. Fontan et Guyot, mais jusqu'à plus ample informé, « reconnaissant qu'ils auraient assez mauvaise grâce, eux qui n'avaient pas vu, à prendre trop catégoriquement part dans ce débat qui divise des médecins de marine également compétents ». Mais, dans ses cliniques inédites de l'hôpital Necker, et dans son cours à la Faculté, M. le professeur Trélat proteste énergiquement contre cette prétendue analogie, et, au mois d'avril dernier, la communication faite à l'Académie de médecine par MM. Proust et Legroux, qui admettent une certaine similitude entre les déformations congénitales et l'aïnhum, soulève, à la Société de chirurgie, une nouvelle discussion, à laquelle prennent part M. le professeur Trélat, MM. Reclus et Lannelongue, qui confessent alors que, depuis la discussion de 1881, « ils ont eu plusieurs fois l'occasion de modifier leur premier jugement, et qu'ils sont revenus de leur première manière de voir ». A l'hôpital Saint-Louis, M. le docteur Besnier se fait le champion des mêmes idées, et professe que l'on doit accorder à l'aïnhum et aux amputations congénitales, des places distinctes dans des groupes différents.

Cette variété d'opinions, de la part de maîtres aussi éminents, montre combien il est intéressant d'établir un parallèle entre ces deux états morbides.

« Si, sur un petit orteil modelé en cire, on applique un très mince lien circulaire en arrière de la tête de la première phalange, et qu'on le serre bien perpendiculairement à son grand axe, en ayant soin de s'arrêter au moment même où la section va se compléter, on aura un sillon profond, en coup de couteau, formé par deux surfaces parallèles réunies par un petit pédicule central de faible dimension. » Tel est l'aspect d'un orteil atteint d'aïnhum. Au début, le sillon n'est qu'une légère dépression, un peu moins que demi-circulaire, occupant la face inféro-interne de la racine des orteils et coïncidant avec le pli digito-plantaire ; puis il augmente, devient bientôt circulaire et se creuse de plus en plus. L'os phalangien se réduit de volume sans se ramollir, et finalement se rompt de lui-même ou sous le moindre heurt. La direction de l'orteil se modifie avec le processus pathologique ; les tendons internes sont attaqués les premiers, vu la prédominance du sillon de ce côté, les tendons externes l'emportent alors, il y a rupture d'équilibre des forces musculaires, et lorsque le pédicule, n'étant plus formé que de parties molles, est incapable de conserver sa direction normale, il se fait un déplacement par rotation et suivant l'axe antéro-postérieur. La sensibilité est intacte.

L'aïnhum est essentiellement apyrétique et sans retentissement sur l'état général ; il s'établit d'une façon insidieuse, sans douleur, sans inflammation, sa marche est lente mais progressive et fatale. La terminaison se fait tantôt par chute spontanée due à la gangrène, tantôt par ablation sous une ligature que les malades savent placer eux-mêmes, tantôt enfin par excision pratiquée par le chirurgien ; la cicatrisation a lieu très rapidement.

Les divers examens histologiques pratiqués par MM. Wucherer, Weber, Cornil, Suchard, Estor (de Montpellier) et Darier montrent que la lésion caractéristique de l'aïnhum consiste en la formation dans le derme d'un trousseau fibreux se rétractant à la manière d'une bride cicatricielle, lentement mais constamment. Le derme est ainsi entraîné vers la profondeur ; la peau, vu sa mobilité, suit la bride fibreuse qui se rétracte, d'où la formation du sillon ; les tissus sous-jacents sont comprimés, il y a défaut de nutrition amenant à sa suite une nécrobiose.

Les amputations spontanées sont des vices de conformation, caractérisés par l'absence, totale ou partielle, d'un ou de plusieurs membres ; elles sont congénitales et présentent des cicatrices à l'extrémité de leurs moignons. En général, la section est toujours achevée au moment de l'accouchement, quelquefois cependant elle se termine plus tard, mais elle a toujours débuté *in utero*. Si l'amputation se consomme à une période assez avancée de la vie fœtale pour que la portion d'organe séparée ne puisse ni se dissoudre, ni subir la momification, on peut la retrouver au milieu du délivre. Le moignon est généralement cicatrisé, quelquefois cependant il existe une plaie peu étendue et l'os peut alors faire saillie, comme dans une amputation circulaire dont le moignon serait devenu conique.

Mais avec ces exérèses, on trouve souvent encore des strictures annulaires du type de l'aïnhum, des sillons plus ou moins profonds siégeant sur les orteils, les doigts, les

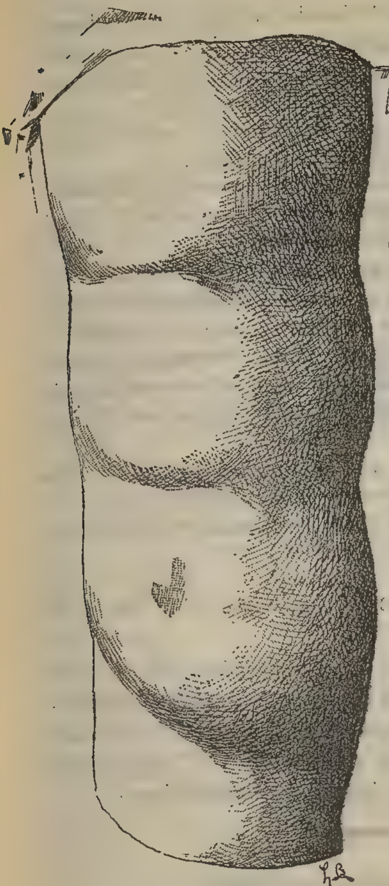


Fig. 1.

membres ou même le tronc (fig. 1 et 2). La rétrocession des sillons est chose rare, les lésions restent ordinairement stationnaires après la naissance.

Les amputations congénitales ne localisent point leurs ravages ; ce sont souvent les quatre extrémités qui sont atteintes à la fois, et les tronçons de doigts ou d'orteils restants sont réunis entre eux, il y a syndactylie, mais une syndactylie spéciale, car la fusion phalangienne n'existe qu'à la partie moyenne des doigts, et non au niveau de la commissure où persiste un petit orifice analogue au chas d'une aiguille (fig. 3), et permettant d'y introduire un mince stylet de trousse. On trouve souvent aussi, à l'extrémité des moignons libres ou réunis en une même masse, de petits appendices ou de simples nodules cutanés (fig. 4). Les pieds sont également malformés, déviés en pieds-bots, et l'on cite encore la coïncidence fréquente d'hydrocéphalie, de spina-bifida, et de mal perforant (fig. 5).



Fig. 2.



Fig. 3.

Dans l'étiologie, les deux seuls faits dignes d'être notés, bien qu'ils ne soient pas constants, sont l'hérédité et l'hydramnios pendant la grossesse de la mère.

En résumé : exérèses généralement multiples, sillons plus ou moins nombreux, malformations concomitantes, tous symptômes datant de la vie intra-utérine, voilà les caractères pathognomoniques des amputations congénitales.

Nombreuses sont les théories imaginées pour expliquer par quel mécanisme les membres sont sectionnés, mais aucune ne satisfait pleinement l'esprit, et les hypothèses forment encore le fond de la pathogénie des amputations spontanées et de l'aïnhum. Les visions de la mère ne tiennent pas devant la critique, et la constriction exercée par le cordon ombilical ou des brides pseudo-membraneuses, bien que comptant à son actif quelques faits extraordinaires, nécessiterait autant de circulaires, de brides annulaires, complètes, indépendantes, qu'il y a de scissures et de doigts atteints. Le cordon, d'ailleurs, est trop volumineux pour que ses circulaires puissent pénétrer dans les espaces interdigitaux du fœtus, et une constriction, assez énergique pour amener la séparation d'un membre, ne provoquerait-elle pas, avant l'amputation, l'oblitération des vaisseaux ombilicaux, et par conséquent la rapide asphyxie du fœtus et son expulsion avant terme? Ces théories mécaniques ne sauraient non plus expliquer la symétrie que l'on observe parfois. L'opinion qui paraît aujourd'hui la plus acceptable range les amputations spontanées sous la dépendance du système nerveux central, et s'appuie sur la simultanéité fréquente de malformations qu'on ne peut imputer qu'à des troubles du système nerveux.

Ainsi donc, début, étiologie, localisation, symptômes, évolution, anatomie pathologique, tout diffère dans ces deux états morbides; la pathogénie seule ne fournit aucun argument pour la différen-

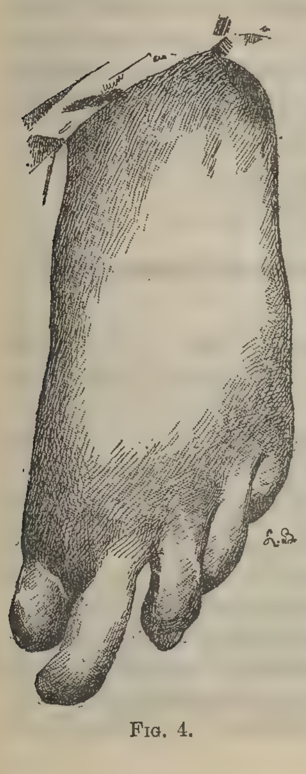


Fig. 4.



Fig. 5.

ciation, car les causes de l'aïnhum comme celles des amputations spontanées, sont encore inconnues.

L'aïnhum, en effet, n'atteint que les adultes, il n'apparaît jamais avant douze ans; les amputations spontanées sont, au contraire, congénitales. L'aïnhum se rencontre chez l'homme de préférence, les amputations spontanées dans les deux sexes. Le premier est le triste privilège des races colorées, les secondes s'observent également chez les blancs et chez les noirs, d'où la confusion faite par certains auteurs. Dans l'aïnhum, les orteils seuls (surtout le cinquième) sont atteints; dans les amputations spontanées, ce sont les orteils et les doigts, les pieds et les mains, quelquefois les quatre extrémités en même temps. Dans le premier, la lésion est généralement unique, quelquefois double (quatrième et cinquième orteil), et détruit parfois successivement les orteils symétriques (bilatéralité); dans les secondes, elles sont toujours multiples et frappent d'emblée tout ce qu'elles doivent atteindre. L'aïnhum est caractérisé par un sillon annulaire qui enserre et étreint le doigt absolument modifié dans sa forme et ressemblant alors à une olive, une cerise ou une patate; jamais l'exérèse ne se fait d'emblée. Rien de semblable dans les amputations congénitales, où les strictures sont multiples, sans localisation spéciale, et loin de s'accroître elles deviennent souvent moins apparentes; les doigts sont aussi déformés, mais leur physionomie est différente, ils affectent la forme de troncs coniques, et pour rester dans le domaine des comparaisons tirées de l'agriculture, ils ressemblent à de petits navets. Une stricture sans cesse progressante, voilà l'unique symptôme de l'aïnhum, tandis que dans l'autre affection on a la coïncidence d'amputations spontanées et de nombreuses malformations. L'aïnhum a une marche continue, progressive, fatale; les sillons des amputations spontanées offrent une autre allure, ils restent stationnaires.

Enfin, l'anatomie pathologique révèle encore des lésions différentes pour ces deux affections, car dans les amputations congénitales, les trousseaux fibreux sont disposés dans le derme, en demi-cercles et transversalement, tandis que dans l'aïnhum ils ont une direction antéro-postérieure, acquièrent leur maximum d'épaisseur au niveau de la ligne médiane et se continuent des deux côtés avec le tissu dermique dans lequel ils se perdent.

Des différences aussi marquées prouvent que l'aïnhum et les amputations congénitales sont deux états morbides tout à fait particuliers, et qu'on ne peut les ranger dans un même cadre.

HERNIES ÉTRANGLÉES IRRÉDUCTIBLES

TRAITÉES AVEC SUCCÈS PAR L'EMPLOI DES INJECTIONS HYPODERMIQUES DE CHLORHYDRATE DE MORPHINE.

Par M. le docteur Lombard, de Terrasson (Dordogne).

Observation I. — Dans le courant du mois de mai 1883, j'ai donné mes soins à une dame d'un tempérament débile, atteinte de hernie crurale droite, mal contenue par un bandage.

Je suis appelé vingt-quatre heures après l'étranglement. Je pratique, à sept heures du soir, après un taxis infructueux, deux injections hypodermiques, représentant 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Obligé de m'absenter le lendemain, pour témoigner en justice, je remets la malade aux soins d'un de mes confrères, qui, le lendemain matin, fait rentrer la hernie sans difficulté.

Obs. II. — J'ai été appelé, le 11 janvier de cette année, dans la matinée, auprès d'une dame âgée d'environ soixante ans, malade depuis longtemps, très faible, porteur d'une hernie crurale droite, maintenue d'habitude par un bandage, pendant le jour.

De violents efforts de toux ont provoqué la sortie de cette hernie, qu'il lui a été impossible de faire rentrer.

A dix heures du matin, je constate une tumeur grosse comme un marron d'Inde que je ne puis réduire par le taxis : j'étais dépourvu de tout ce qui m'était nécessaire.

A midi, j'essaie de nouveau un taxis modéré, sans aucun résultat, et je décide la malade à se laisser pratiquer une injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

Quinze minutes après, j'en pratique une seconde à la même dose, et, au bout de vingt minutes, j'essaie de nouveau le taxis; mais, si modéré qu'il soit, il fatigue la malade, qui me prie de la laisser reposer.

Je la quitte, lui prescrivant une onction belladonée, un cataplasme, et lui promettant de revenir dans la soirée.

A quatre heures, on vient me dire que la malade avait fait rentrer sa hernie.

Dans ces deux cas, aucune des patientes n'eût consenti à une opération.

Toutes les fois que j'ai été appelé à temps, j'ai pu, grâce à la méthode de M. le docteur Philippe, obtenir la réduction. Il est très difficile de faire accepter l'opération à nos clients de la campagne, et, quand ils y consentent, il est généralement trop tard pour que le résultat soit satisfaisant.

PSEUDO-ORCHITE PAR EFFORT

Par M. le docteur O. Guelliot.

Conclusions. — L'orchite par effort existe, mais elle est exceptionnelle. Elle paraît due à la contraction brusque et énergique du crémaster, et quelquefois à sa contracture. Souvent l'effort n'est que la cause occasionnelle de l'inflammation, ou bien il n'agit qu'en rendant douloureux un testicule déjà malade. Il faut chercher la cause véritable dans une lésion des organes génitaux profonds : urèthre postérieur, vésicule séminale. Sous l'influence de l'effort, il peut se produire une rupture des veines spermatiques, normales ou déjà altérées. Si l'épanchement sanguin est limité à la partie inférieure du cordon, il peut englober l'épididyme. Ce coup de fouet du cordon simule l'épididymite. La variété du pseudo-orchite par effort a pour caractères diagnostiques : son siège ordinaire à gauche, ses limites mal circonscrites, son peu d'intensité, et la présence de dilatations veineuses qui ne sont souvent appréciables qu'après la résolution de l'épanchement sanguin. (*Union médicale du Nord-Est.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 4 septembre 1889, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après désignées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Réech, en remplacement de M. Chabert, retraité; désigné pour l'emploi de directeur du service de santé du 10e corps d'armée.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Demmler, en remplacement de M. Réech, promu; maintenu à l'hôpital militaire Saint-Martin.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Desmons, en remplacement de M. Marchant, mis en non-activité pour infirmités temporaires; maintenu définitivement au 118e d'infanterie; — de Perré, en rem-

placement de M. Demmler, promu ; maintenu définitivement au 142e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Pélix, en remplacement de M. Desmons, promu ; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Jette, en remplacement de M. de Perré, promu ; désigné pour le 120e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 4 septembre 1889, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin-principal de deuxième classe Morisson, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Couderc, pour le 4e d'infanterie ; Pongis, pour le 46e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Ott, pour le 2e dragons ; Pruniéras, pour le 5e régiment du génie ; Fuzerot, pour le 28e dragons.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Fischer, pour l'hôpital de Cambrai ; Girard, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; Barthe, pour l'hôpital de Bordeaux ; Kopp, pour l'hôpital de Nancy.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. Thierry et Rieffel sont nommés prosecteurs pour quatre ans, à partir du 1er octobre 1889, en remplacement de MM. Broca et Chaput, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Leguen est délégué pour un an, à partir du 1er octobre 1889, dans les fonctions de prosecteur, en remplacement de M. Boiffin, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Gallois, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé d'un cours d'accouchements, maladies des femmes et des enfants.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Oré (de Bordeaux) et celle de M. Victor Laboré, étudiant en médecine de la Faculté de Lyon.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 104. — JEUDI 12 SEPTEMBRE 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 12 SEPTEMBRE 1889. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Depuis quelques années, le traitement des maladies utérines a été complètement bouleversé, et à bien juste titre, il faut le dire, car la thérapeutique se bornait à quelques applications de glycérine, de teinture d'iode, à des tampons largement prodigués, et surtout au repos, dont on attendait merveille. Malgré de longs mois de séjour au lit, la guérison se faisait attendre, était rarement complète, et les malades allaient d'hôpital en hôpital, toujours souffrantes, demander à d'autres la guérison qu'elles n'avaient pu trouver ailleurs. Une réaction devait se faire : elle s'est faite. Autrefois l'utérus était avec raison chose défendue aux instruments du chirurgien, inconsciemment septique. Aujourd'hui l'asepsie a fait table rase de ces préceptes anciens et a autorisé toutes les audaces. On suture, on taille, on rogne le col de l'utérus, on dilate, on cure la cavité utérine, on la touche du doigt, on la regarde au spéculum. On se comporte avec elle comme avec tout autre organe accessible, à condition que cet organe soit rendu préalablement aseptique, c'est-à-dire chirurgicalement propre.

Toutes ces méthodes actuelles de la thérapeutique utérine constituent un nouveau progrès, dû à la juste conception des doctrines de l'asepsie et de l'antisepsie. Elles doivent être étudiées et perfectionnées encore, et s'il convient de se garder d'un enthousiasme irréfléchi, il faut bannir à jamais les anciens errements.

Récamier avait, il y a longtemps, vanté le curage de l'utérus pour la guérison des hémorrhagies rebelles qui provenaient de la cavité utérine. Mais on dut vite abandonner un procédé qui provoquait des péritonites et des inflammations pelviennes trop souvent mortelles.

Avec l'asepsie, le curage de Récamier est revenu, dégagé de ses dangers, et avec tous ses avantages. C'est la pratique journalière des chirurgiens gynécologues.

La méthode est facile, simple dans son exécution, souvent, mais non toujours efficace, en tous cas toujours bénigne, quand elle est bien antiseptiquement faite. C'est l'observation d'un cas de métrite chronique, rapidement suivie de guérison à la suite du curage de la cavité utérine, que M. Richelot est venu apporter à l'Académie.

Parmi les autres communications qui ont eu lieu hier, nous relèverons celle de MM. Cadéac et Albin Meunier, sur la liqueur d'absinthe. Ces auteurs, par des expériences fort bien conduites et qui paraissent décisives, ont démontré que parmi toutes les essences qui entrent dans la liqueur d'absinthe, ce sont les essences d'anis, de badiane et de fenouil qui sont les plus toxiques. Or, comme ces essences constituent à elles seules plus de la moitié des essences employées, n'y aurait-il pas lieu de modifier la composition actuelle de la liqueur d'absinthe ? C'est la conclusion pratique des savantes recherches de nos deux confrères.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. LUYS.

Applications thérapeutiques de l'hypnotisme (1).

III

DE L'HYPNOTISME DANS LA PATHOLOGIE MENTALE. — Dans le domaine de la pathologie mentale, l'intervention des pratiques de l'hypnotisme ne m'a pas encore donné des résultats aussi précis que dans tous les autres cas classés de la pathologie nerveuse, et cela par le fait d'une cause toute naturelle qui est l'essence même de la folie. Dans ce domaine spécial, en effet, la première condition indispensable pour produire l'état hypnotique, l'acquiescement du sujet, ainsi que son attention prolongée, est complètement irréalisable ; or, nous savons tous combien il est difficile de fixer l'attention d'un aliéné, combien la suractivité automatique des régions psychiques est intense et incoercible, puisque c'est précisément elle qui est cause du délire. Allez donc demander à un agité de rester quelques minutes tranquille ! à un halluciné, à un persécuté, de fixer son regard sur un miroir en rotation ! Autant lui demander de faire un acte raisonnable et correct.

Dans l'état actuel des choses, nos moyens d'action pour diriger hypnotiquement les processus de la pathologie mentale sont complètement insuffisants, et j'estime que, si on peut jamais produire l'état hypnotique chez les aliénés, il faudra avoir recours à d'autres procédés que ceux que nous employons journellement, et entrer dans leur for in-

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 918.

térieur par d'autres portes que celles des impressions visuelles.

Mais, si, dans les périodes aiguës de l'aliénation mentale, on ne peut rien tenter d'utile pour rétablir l'harmonie des fonctions cérébrales, dans les périodes de détente de la maladie, dans les intervalles lucides. chez certains sujets atteints d'hystérie latente, on peut, avec certaines chances de succès, arriver à produire d'heureux résultats à l'aide de l'hypnotisme.

Dans certaines formes de la paralysie générale au début, chez des sujets calmes, atteints de délire tranquille et de délire de satisfaction, la vue d'un objet brillant les fascine et les calme; mis en présence des miroirs rotatifs, ils les fixent et s'endorment, et ils trouvent, dans cet état de sommeil artificiel, une véritable récupération des forces motrices inespérée. Le repos des nuits devient réparateur, et j'ai vu des sujets, ainsi traités, récupérer, d'une façon notable, une certaine dose d'énergie physique et mentale (1).

Chez des jeunes filles atteintes de troubles des facultés mentales (excitations délirantes), de nature hystérique, j'ai pu déterminer, dans certains cas, le sommeil hypnotique et être frappé de la rapidité extraordinaire avec laquelle je pouvais produire l'hypnose et surtout de l'action véritablement manifeste que l'état hypnotique exerçait sur la rapidité de la convalescence. Ainsi, j'ai vu certains sujets, dont la convalescence, dans les conditions normales, aurait exigé deux ou trois mois de traitement, et qui, en quinze jours, à partir du moment où ils ont été hypnotisés, se sont relevés rapidement et ont pu être rendus, à bref délai, à leur famille.

Ainsi, quoique nous ne puissions pas obtenir en pathologie mentale, jusqu'à présent, des succès aussi éclatants et aussi nombreux que ceux que nous avons signalés dans les diverses formes vulgaires des névropathies, j'estime néanmoins que, dans ce cadre spécial, il y a des recherches nombreuses à faire, et qu'à l'aide de méthodes nouvelles, il sera possible d'obtenir des résultats plus sérieux. Pour le moment, nos moyens d'action sont très limités, mais néanmoins ils peuvent compter pour quelque chose, puisqu'il nous est possible de diminuer l'intensité de certains symptômes, d'éteindre certaines hallucinations lorsqu'elles ne sont qu'au début et, avec elles, certaines idées de persécution qui jouent un rôle si considérable dans les diverses perturbations mentales.

J'ajouterai encore à cette liste les résultats avantageux de l'application du sommeil mécanique à certaines formes de la paralysie générale au début, que j'ai vues très notablement améliorées.

Applications chirurgicales. — Au début de l'apparition de l'hypnotisme, alors que Braid avait montré que les sujets hypnotisés étaient insensibles aux excitations extérieures, les chirurgiens eurent l'idée d'employer cette pratique pour faire certaines opérations. Effectivement, un certain nombre d'entre eux eurent l'occasion de la mettre à l'essai et d'en tirer quelques avantages. Mais, depuis la merveilleuse découverte du chloroforme, au point de vue de l'anesthésie chirurgicale, ces tentatives furent très justement laissées dans l'oubli.

Actuellement, les applications de l'hypnotisme à la thérapeutique chirurgicale sont complètement nulles, puisqu'elles ne s'adressent qu'à une population restreinte, la classe des hypnotisables; mais, il faut bien le dire, si cette classe de sujets, par l'emploi de procédés nouveaux, devient plus dense, il est possible que, dans certains cas, on pourrait pratiquer la fascination et obtenir ainsi une anesthésie artificielle dont on pourrait prolonger la durée sans inconvénients.

Dans l'état actuel des choses, dans notre milieu de sujets hypnotiques, lorsqu'il y a une petite opération à leur faire, un abcès à ouvrir, un corps étranger à extraire, une ou plusieurs dents à extirper, je n'hésite pas à hypnotiser le sujet et à le livrer au chirurgien.

Il m'arrive même, assez souvent, d'avoir un certain nombre de sujets qui ont des dents à faire arracher, je les mets en somnambulisme lucide, je m'adresse aux dentistes de la Charité, qui font l'examen de la bouche à loisir et pratiquent l'enlèvement des dents malades tandis que le sujet, toujours insensible, ne garde au réveil aucun souvenir de l'opération qu'il a subie et est tout étonné de trouver dans sa main sa dent arrachée.

Application de l'hypnotisme dans le domaine de l'obstétrique. — La pratique de l'hypnotisme, appliquée à l'art des accouchements, n'a pas encore fourni de résultats bien efficaces; vous pourrez lire, à ce sujet, le très intéressant travail de M. le docteur Auvard, qui résume d'une façon très consciencieuse ce que nous savons sur la question.

J'ai eu à enregistrer un seul fait de ce genre, qui ne paraît pas destiné à encourager des tentatives hypnotiques dans ce domaine spécial. L'an dernier, j'avais dans mon service une jeune femme hypnotique, que j'avais conservée jusqu'au dernier jour de sa grossesse, pour la faire bénéficier de l'anesthésie léthargique au moment où elle devait accoucher. Lorsque des douleurs arrivèrent, elle fut hypnotisée et mise en léthargie, mais cela fut parfaitement inutile, car l'intensité des douleurs du travail furent telles qu'elle amena le réveil naturel de la malade, et on fut obligé d'avoir recours au chloroforme pour terminer l'accouchement.

En résumé, on voit, d'après l'exposé des faits que nous venons de citer, que les procédés pour produire soit le grand, soit le petit hypnotisme, sont susceptibles de rendre des services indiscutables à la thérapeutique des maladies du système nerveux.

On voit, en outre, qu'à mesure que les moyens d'hypnotisation se perfectionnent, le champ des actions hypnotiques s'étend plus loin; c'est grâce à ces moyens d'action nouveaux que j'ai pu pénétrer dans ce domaine jusqu'ici inexploré des maladies chroniques du système nerveux, les modifier heureusement, et amener ainsi, à bref délai, des guérisons aussi surprenantes que rapides et inattendues (paralysie agitante, tics choréiques, monoplégie, anesthésies, etc.).

Ce qui caractérise encore cette nouvelle méthode de traitement et qui sollicite justement son application, c'est, je ne saurais trop le répéter, que non seulement elle est efficace, mais encore elle *n'est pas nuisible*. Ce n'est pas une substance active, pesante et matérielle qui entre dans l'économie et y développe ses énergies propres. C'est un agent physique, impondérable, qui se manifeste d'une façon purement dynamique, dans l'intimité de la trame nerveuse et

(1) Voir la communication que j'ai faite à la Société médicale des hôpitaux, séance du 12 avril 1889.

qui la pénètre à fond. Il se comporte comme les courants électriques, comme les courants magnétiques, sans déterminer de réactions douloureuses, et ne laisse comme traces de son passage que des effets sédatifs et bienfaisants. Voilà les faits indéniables, et j'ajouterai que, jusqu'à présent, je n'ai encore constaté aucun effet nocif de cette nouvelle méthode thérapeutique en suivant les indications que j'ai précédemment formulées.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Lithiase biliaire et ictère.

La malade, couchée au n° 23 de la salle Laënnec, est une femme de quarante-quatre ans. Lorsqu'on s'approche de son lit on est frappé de la coloration de ses téguments, coloration d'un jaune assez franc, clair, sans aucun rapport avec la pâleur anémique ou autre, coloration qui a été en augmentant et qui tient à la matière colorante de la bile. Cet ictère est encore confirmé par la teinte acajou très foncé des urines qui résulte aussi du passage des matières biliaires dans la sécrétion urinaire.

Cet ictère a débuté quinze jours avant son entrée, et nous avons pu en suivre les progrès, cette femme étant dans nos salles depuis douze jours.

Or, quand la jaunisse est apparue, elle était malade depuis la veille seulement; ce jour-là elle souffrait de douleurs vives dans le côté droit, et le lendemain la teinte jaune commençait à se montrer, en même temps que des vomissements survenaient.

Était-ce la première fois qu'elle se trouvait en proie à ces accidents? Non; il y a plus de sept ans, nous a-t-elle dit, qu'elle y est sujette, et la maladie débute toujours par de vives douleurs dans la région précitée et par des vomissements. D'où nous concluons tout naturellement que la jaunisse est la conséquence immédiate de coliques hépatiques, phénomènes morbides auxquels elle est sujette depuis l'année 1880. Le diagnostic étiologique de son ictère est donc : lithiase biliaire.

Voici d'ailleurs comment la maladie a évolué : depuis l'année 1880, cette femme est sujette à des douleurs dans l'hypochondre droit avec irradiations intercostales, irradiations en ceinture s'étendant jusque dans le voisinage de la colonne vertébrale; quelquefois, mais plus rarement, ces irradiations sont ascendantes, mais elles ne sont pas franchement scapulaires. Tout d'abord ces douleurs n'existaient que pendant la période des attaques, mais à partir de la troisième attaque, la malade conserva, même en dehors de ses accès, une sensation douloureuse dans l'hypochondre droit, au niveau du rebord costal, sensation qui augmentait par la pression.

Quant aux attaques, elles ont toujours été accompagnées de vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, et sont allées en augmentant de fréquence chaque année. Au début, elles étaient de une par mois, ce qui est déjà un chiffre assez élevé, mais plus tard elles se sont répétées tous les quinze jours. L'intensité de la douleur était plus ou moins grande et les vomissements étaient constants, mais jusqu'à son dernier accès, il n'y avait jamais eu d'ictère; c'est donc la première fois aujourd'hui que l'ictère apparaît.

Cette absence de l'ictère modifie-t-elle notre diagnostic? Pas le moins du monde, car, pour peu que l'ictère se produise à la suite des coliques hépatiques, certaine condition est nécessaire, c'est-à-dire l'obstruction momentanée par un calcul des conduits d'excrétion de la bile, du canal hépatique ou du canal cholédoque, tandis que, si c'est le canal cystique, il n'y a pas d'ictère. De sorte que, des trois formes que l'on assigne ordinairement pour le diagnostic des coliques hépatiques, l'on doit en retrancher une : l'ictère, tandis que les vomissements sont constants surtout si les coliques se déclarent deux ou trois heures après le repas, et pour peu que les douleurs aient quelque intensité.

L'ictère, dis-je, peut manquer, et notre malade en est un nouvel exemple, puisque, malgré le grand nombre d'accès hépatiques qu'elle a eus depuis 1880, c'est cette fois seulement, au commencement de sa huitième année, qu'elle a la jaunisse et que celle-ci s'est produite sans que les vomissements ou les douleurs hépatiques aient été plus intenses que par le passé. Pourquoi? parce que c'est cette fois seulement qu'il y a eu après une migration douloureuse, obstruction du canal hépatique ou du canal cholédoque par le calcul.

D'autre part, nous devons savoir que l'on peut avoir de la lithiase biliaire sans coliques hépatiques; la chose même n'est pas rare. Il y a là deux cas à envisager :

1° Les cas où la lithiase biliaire est absolument et rigoureusement latente, sans donner lieu au moindre symptôme, jusqu'au jour où tout à coup l'obstruction des voies biliaires se produit.

2° Les cas — beaucoup plus nombreux ceux-là — où la lithiase biliaire donne lieu à certains symptômes qui ne sont pas ceux de la colique hépatique, à une symptomatologie un peu vague : sensation de pesanteur dans l'hypochondre et à l'épigastre et non douleur proprement dite, digestions constamment difficiles, accompagnées, après la première heure qui suit la fin du repas, d'un tympanisme gastrique bien prononcé, constipation habituelle pouvant aller jusqu'à la constipation opiniâtre, symptomatologie que d'aucuns attribuent à la dyspepsie flatulente. Ce sont bien là des phénomènes de dyspepsie, mais ce qu'il faut savoir, c'est que celle-ci n'est qu'un symptôme de la lithiase biliaire et rien autre.

Bref, pour schématiser les divers cas de lithiase biliaire, il faut les classer sous trois groupes différents : 1° le groupe des cas qui présentent la symptomatologie très nette des coliques hépatiques avec ou sans ictère; 2° le groupe des cas à symptomatologie vague, indécise, d'interprétation douteuse, et présentant l'aspect de la dyspepsie flatulente; 3° enfin, le groupe des cas absolument latents, sans la moindre symptomatologie.

Ces derniers cas peuvent durer longtemps, jusqu'au moment où tout à coup, sans le moindre phénomène précurseur, sans vomissements ni douleurs antérieures, l'obstruction du canal cholédoque se produit, et le malade se réveille les téguments jaunes. La lithiase biliaire peut donc aller, muette et silencieuse, jusqu'à l'obstruction, et, à ce moment-là, ne donner lieu qu'à un seul symptôme : l'ictère; bien que, dès ce jour même, l'obstruction puisse être définitive.

Je reviens maintenant à ma malade, qui nous donne une idée complète des conditions ordinaires qu'affecte la lithiase biliaire, c'est-à-dire l'âge (elle a quarante-quatre ans), l'obésité au degré pathologique (elle présente un peu plus que de l'embonpoint), des manifestations goutteuses (migraines très fréquentes, par exemple, à une certaine époque

de la vie); enfin, j'ajoute que la lithiase biliaire est plus fréquente dans le sexe féminin, et que notre malade est une femme. De plus, nous trouvons aussi chez elle une cause occasionnelle très fréquente : une sédentarité extrême. Tout donc chez elle se trouve réuni.

Notre malade n'a pas de fièvre, c'est la règle. Celle-ci souffre, il est vrai, des exceptions, quoiqu'elles soient assez rares. C'est ainsi qu'on peut observer, parfois, quelques jours après une attaque, surtout si les attaques sont fréquentes, un mouvement fébrile affectant la forme d'accès intermittents vespéraux, ou bien celle d'une fièvre continue avec rémissions. Ces accès fébriles sont dus à une inflammation secondaire des canaux biliaires, à une angiocholite secondaire. De plus, il faut savoir aussi, ainsi que Frerichs l'a démontré, que l'attaque elle-même peut s'accompagner de fièvre, notamment quand elle donne lieu à des douleurs très vives, à des vomissements considérables, à des phénomènes réflexes très accusés du côté de l'estomac.

Les conséquences de la lithiase biliaire sont importantes et doivent préoccuper les médecins beaucoup plus qu'ils ne le font en général, car les suites possibles sont aussi nombreuses que graves. Ainsi des phénomènes d'angiocholite, persistant pendant sept à huit jours, ne sont pas rares à la suite d'une colique hépatique; or, il faut savoir que tout malade, en ayant eu, est sujet à de nouvelles atteintes, et pareils accidents ne sont pas indifférents, car il peut en résulter une dilatation permanente des canalicules biliaires, de là des phénomènes de compression, l'altération nutritive du parenchyme hépatique pouvant conduire à l'ictère grave dont vous savez la terminaison.

Dans d'autres cas, cette angiocholite peut devenir mortelle aussi par des procédés différents, c'est-à-dire qu'elle devient elle-même calculeuse, que les canalicules biliaires se remplissent de sable, suppurent, et l'angiocholite devient suppurative.

Il faut donc toujours se méfier des phénomènes fébriles succédant aux attaques de colique hépatique, surtout s'ils se répètent. Enfin, à chaque attaque, l'individu est exposé à tous les accidents de l'oblitération définitive du canal cholédoque, oblitération contre laquelle vous ne pouvez rien. Or, si, à la suite d'une attaque de colique hépatique, plusieurs semaines se passent sans que vous voyiez l'ictère diminuer, vous pouvez être certain que l'oblitération est définitive, car la durée de l'ictère ne dépasse pas six semaines ou deux mois. Il en est de même de la persistance de la décoloration absolue des selles comme signe de l'obstruction définitive.

Or, dans tous ces cas d'oblitération définitive, la survie la plus longue qui ait été observée n'a pas dépassé trois ans, survie qui peut être moindre encore si d'autres accidents viennent compliquer la situation. Et les individus qui succombent ainsi meurent dans le marasme, l'organisme ne pouvant se passer d'écoulement de bile dans l'intestin, écoulement dont la moyenne, en quantité, est, par vingt-quatre heures, à l'état normal, de 1500 grammes sur lesquels 1 cinquième est éliminé avec les matières fécales et les 4 cinquièmes restant sont absorbés à la surface de l'intestin.

La lithiase biliaire est donc toujours, vous le voyez, chose sérieuse.

Quant au traitement, il comprend deux phases : 1° celle de l'attaque; 2° celle des intervalles desdites attaques.

1° Contre les coliques hépatiques, pour calmer les douleurs, on a préconisé les inhalations de chloroforme; bonnes peut-être, elles me paraissent certainement inférieures aux opiacés et notamment aux injections de morphine.

De même aussi, les douleurs hépatiques sont bien calmées, comme d'ailleurs également les coliques néphrétiques, par l'analgésine, à la dose de 4 grammes, administrés du matin au soir.

Si les malades ont des vomissements opiniâtres, il ne faut pas chercher à les combattre par une médication prise par la bouche, laquelle ne pourrait que les augmenter, mais bien par des injections de morphine.

2° Dans l'intervalle des attaques, le traitement doit avoir pour but de chercher à détruire les sables ou calculs qui se sont formés et, mieux encore, d'empêcher leur formation. Durande a conseillé un mélange de 300 grammes d'éther et 200 grammes d'essence de térébenthine, mixture dont on prend 2 ou 3 grammes chaque matin, jusqu'à ce que les 500 grammes aient été absorbés. Ce mélange m'a réussi dans un ou deux cas où l'un de ces médicaments, pris seul, ne m'avait pas réussi.

Pour moi, je préfère donner à mes malades la térébenthine seule, sous forme de perles et à la dose de 4 à 6 perles par jour pendant un mois, lequel est suivi d'un repos de quinze jours, après lequel on recommence l'administration du même médicament.

A cette médication, j'ajoute des eaux alcalines plus ou moins fortes, selon les individus, y envoyant mes malades, s'ils peuvent s'y rendre. Ces eaux sont, par ordre de force plus grande : Carlsbad, Vichy, Marienbad, Ems, Royat, Vittel et Contrexéville. Cette dernière est la plus faible.

Enfin, il ne faut pas omettre le régime, base de tout traitement de la lithiase biliaire, c'est-à-dire un régime dont il faut exclure les graisses et les féculents, ainsi que certaines formes culinaires : ragoûts, mets très épicés. J'ajoute à cela l'exercice quotidien.

Sous l'influence du traitement et du régime, les malades atteints de lithiase biliaire peuvent guérir radicalement.

LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

ET L'ÉLECTROLYSE LINÉAIRE (1).

Par M. J.-A. FORT, ancien professeur d'anatomie.

II

Nous nous sommes trouvé récemment aux prises avec un rétrécissement qui s'est montré, pour ainsi dire, réfractaire à l'électrolyse linéaire.

OBS. XXV. — Un malade, âgé de soixante-cinq ans, nous est adressé, à la fin de décembre 1888, par un de nos confrères les plus estimés de l'ouest de la France.

Ce malade a été successivement dilaté, divulsé, électrolysé, uréthrotomisé avec l'instrument de M. Guillon, et deux fois avec l'instrument de M. Maisonneuve.

Il est, actuellement, redevenu très étroit; son canal ne laisse pénétrer qu'avec difficulté une bougie n° 4; il a de la cystite et tous les inconvénients d'un rétrécissement aussi prononcé. Nous le soumettons à huit séances d'électrolyse, en employant seulement, il est vrai, huit éléments fournissant dix milliampères. Des électrolyseurs ont pu traverser le rétrécissement, que tant de cicatrices avaient rendu d'une dureté exceptionnelle et d'une longueur de plusieurs centimètres, dépassant en avant et en

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 888.

arrière la portion membraneuse de l'urèthre. Malgré le passage des électrolyseurs, le rétrécissement revenait toujours à ses dimensions exiguës, ce qui nous a donné à penser que l'inflammation chronique, siégeant autour de ce rétrécissement de quarante-trois ans de durée, avait produit l'hypertrophie des éléments musculaires du voisinage.

Lorsque nous avons voulu augmenter le nombre des éléments, le malade fatigué nous a prié d'y renoncer.

Tout dernièrement, nous avons opéré, dans le service de notre confrère et ami, M. le docteur Péan, un malade qui s'est montré particulièrement rebelle au point de vue de la durée de l'opération.

Obs. XXVI. — B..., vingt-neuf ans, salle Nélaton, n° 6, hôpital Saint-Louis. Un rétrécissement à 1 centimètre et demi du méat urinaire, de 5 millimètres de diamètre, un deuxième rétrécissement à 19 centimètres, la verge étant tendue; ce dernier a 2 millimètres et demi de diamètre. Nous lui pratiquons l'électrolyse linéaire, le 17 mai; nous employons dix éléments qui donnent douze milliampères. L'opération a duré, ce qui arrive très rarement, quatorze minutes. Nous avons introduit ensuite la bougie n° 17. Le 21 mai, nous avons électrolysé le premier rétrécissement, opération qui a exigé trois minutes seulement.

Obs. XXVII. — Parmi les nombreux malades que nous avons opérés, nous en avons trouvé un chez qui les récidives se montrent très rapidement, soit après l'électrolyse, soit après l'uréthrotomie. Nous lui avons pratiqué l'électrolyse linéaire en juillet et en décembre 1888. Étonné des récidives qui survenaient rapidement, nous lui avons pratiqué l'uréthrotomie, en mars 1889. La récidive est survenue au bout de trois semaines, et le malade avait de la difficulté à introduire la bougie n° 11. Tout dernièrement, nous lui avons pratiqué une troisième fois l'électrolyse.

Mais ces cas exceptionnels, rebelles au traitement, ces malades réfractaires à certains procédés opératoires, doivent-ils nous faire renoncer à un procédé qui donne, d'autre part, dans la grande majorité des cas, des résultats si avantageux? Assurément non.

On nous permettra d'en citer quelques-uns, pour terminer cet article, déjà bien long. Nous en abrégerons les descriptions, pour ne pas fatiguer le lecteur.

Obs. XXVIII. — Un confrère vient nous trouver, le 13 avril, porteur de deux rétrécissements, de 3 millimètres de diamètre, situés : l'un à 18 centimètres du méat et l'autre à 19. Nous lui pratiquons l'électrolyse linéaire avec six éléments qui donnent seulement cinq milliampères. L'opération a duré quatre-vingt-dix secondes. Le malade, par exception, a éprouvé une douleur assez vive.

Obs. XXIX. — M. M... est opéré par nous d'un rétrécissement datant d'une année et demie. Diamètre 2 millimètres. Opéré, le 22 février 1889, en présence de M. le docteur Clément Hénocque et de M. Chardin, le fabricant de la pile dont nous nous sommes servi. Dix éléments, quinze milliampères; durée deux minutes et demie. Introduction d'une bougie n° 22. Ni douleur, ni sang. Le résultat s'est parfaitement maintenu.

Obs. XXX. — M. M... a été opéré par nous et notre chef de clinique, à son domicile, pour un rétrécissement double situé à 19 centimètres du méat, la verge étant fortement tirée. Le point rétréci a 3 millimètres de diamètre, il n'y a pas de complications. Douze éléments, quinze milliampères; durée, trois minutes dix secondes. Bougie n° 25. Pas de sang, un certain degré de cuisson. La guérison se maintient.

Obs. XXXI. — Notre confrère, M. le docteur Degoix, nous adresse M. C..., le 9 mars. Rétrécissement de 3 millimètres de diamètre à 12 centimètres du méat, la verge étant tirée. Électrolyse linéaire, le 14 mars. Quatorze éléments, quinze milliampères; durée, deux minutes et demie. Bougie n° 23. Douleur nulle, pas de sang. La guérison se maintient.

Obs. XXXII. — Le 19 avril, à notre passage à Bordeaux, notre ami et ancien élève, M. le docteur Baudéan, nous présente un malade, âgé de trente-huit ans, atteint d'un rétrécissement qui ne se laisse traverser qu'avec une très petite bougie n° 4. Il urine goutte à goutte. Du reste, pas de complications. Nous lui pratiquons l'électrolyse linéaire en présence de MM. les docteurs Baudéan et Armaignac. Douze éléments, dix-huit milliampères; durée, six minutes; cuisson assez prononcée, pas de sang; bougie n° 15. La guérison se maintient.

Obs. XXXIII. — Le même jour, nous avons électrolysé un jeune homme de dix-huit ans, dans le service de notre excellent confrère, M. le professeur Demons. Il y avait deux rétrécissements à 16 et à 17 centimètres, la verge étant fortement tirée; le rétrécissement le plus profond avait 1 millimètre et demi de diamètre, et on pouvait y faire pénétrer, en forçant, la bougie n° 11.

L'opération de l'électrolyse linéaire a lieu en présence de M. Demons. Dix éléments, douze milliampères; durée, deux minutes et demie. Introduction de la bougie n° 18.

Obs. XXXIV. — M. B... nous est adressé, au commencement de février, par notre ami et ancien élève, M. le docteur P. Rey. Le rétrécissement date d'un an. Il a été dilaté jusqu'au n° 38 Béniqué. Récidive rapide. Nous constatons, le 16 avril: un premier rétrécissement de 5 millimètres de diamètre à 5 centimètres du méat, un deuxième de 4 millimètres, à 14 centimètres, et un troisième de 3 millimètres à 20 centimètres, la verge étant fortement tirée. L'opération a lieu le 16 avril. Pile Chardin, onze éléments, vingt milliampères; durée, deux minutes vingt secondes, bougie n° 22.

Obs. XXXV. — Le 27 mars, M. le docteur Rioms, d'Eymer (Dordogne), nous adresse un jeune malade atteint d'un rétrécissement triple. Le premier point rétréci est à 17 centimètres du méat, la verge étant fortement tirée; il a 3 millimètres de diamètre; le deuxième, de même diamètre, siège à 18 centimètres; et le troisième, de deux millimètres et demi, siège à 20 centimètres. Difficulté d'uriner, rétention d'urine; une bougie n° 7 passe avec difficulté; du reste, pas de complication. Nous pratiquons l'électrolyse linéaire avec notre aide, le 29 mars, dans la maison de santé de la rue Oudinot. Douze éléments, vingt-cinq milliampères; durée, trois minutes.

Jusqu'à ce jour, nous avons appliqué l'électrolyse linéaire dans 550 rétrécissements de l'urèthre, sans avoir perdu un seul malade; dans 15 cas de rétrécissements de l'œsophage, du rectum et de l'utérus, que nous nous réservons de publier.

HYSTÉRIE. FROID GLACIAL. SUEURS PROFUSES,

Par M. le docteur Sorbets, d'Aire (Landes).

L'hystérie est une névrose. Cette affection peut atteindre l'homme comme la femme : par conséquent, son point de départ et son siège ne résident pas dans l'utérus. Hippocrate et Galien le croyaient cependant. Quelques médecins modernes soutiennent encore l'opinion du Père de la médecine. Mais depuis les beaux travaux de Briquet et de M. le professeur Charcot, l'erreur n'est plus possible.

Si les phénomènes sont multiples, insolites et de nature différente, cela tient à ce que le cerveau, la moelle et le grand sympathique présentent non pas une lésion organique, mais des troubles fonctionnels et que ces organes peuvent fonctionner indépendamment l'un de l'autre.

Ainsi, si les troubles fonctionnels de l'encéphale prédominent, on constatera de l'extase, du délire hystérique, etc. Si ce sont ceux de la moelle, on observera l'hystéro-épilepsie, la chorée hystérique, la paralysie transitoire, etc. Le grand sympathique amènera des troubles du côté des sécrétions et de l'estomac, des vomissements incoercibles, puis la calorification troublée.

Quand des symptômes anémiques existent, quand il y a de la chloro-anémie chez la femme, par exemple, l'hémoglobine des hématies n'assimilera plus en aussi grande quantité l'oxygène de l'air dissous dans le sérum du sang : le nombre des globules sanguins diminuera, et l'on observera la chlorose compliquant l'hystérie. En outre, de l'anesthésie et de l'hyperesthésie cutanée (névralgies diverses), pourront se montrer avec ces phénomènes protéiformes, et généralement au début du spasme œsophagien et ce qu'on appelle la boule hystérique.

L'observation suivante se rapporte à un cas grave d'hystérie chez une femme de cinquante-huit ans qui, avec des symptômes multiples, a présenté surtout une perversion de la calorification, un froid glacial suivi de sueurs profuses. C'était là, avec des étouffements de nature cardiaque et un rhumatisme noueux, la caractéristique de l'affection.

Il n'entre pas dans notre pensée de rapporter *in-extenso* cette très longue observation, mais seulement de faire ressortir les traits saillants qui la caractérisent.

Mme A..., cinquante-huit ans, de parents névropathes, ayant eu également des ascendants atteints du délire de la persécution, a été traitée, dans sa jeunesse, pour des accidents chlorotiques. Cette femme, mère de famille, a été toujours sujette à des névralgies faciales et brachiales, ainsi qu'à des douleurs rhumatiques. Le nervosisme, dans toutes les circonstances, a joué un grand rôle dans les affections diverses de sa vie. C'est cet état qui domine son existence et on peut lui rapporter les manifestations morbides nombreuses éprouvées.

Voici le résumé symptomatique de son état :

Spasme œsophagien. Boule hystérique. Froid glacial aux extrémités, suivi de sueurs profuses. Rhumatisme noueux. Main en griffe. Délire hystérique et paralysie ou hémiplégie du côté gauche, de même nature.

Ce phénomène est souvent observé chez les malades de M. le professeur Charcot. Nous l'avons constaté chez cette malade, avec de l'hémianesthésie, l'absence d'une paralysie faciale vraie, mais l'existence d'un hémispasme glossolabié, simulant cette paralysie. Cette hémiplégie est transitoire, passagère et à répétition.

Étouffements, vertiges, oppression, syncope.

Pressentiment de la mort, convulsions générales.

Avant les grandes attaques, névralgies faciales, intercostales ; céphalalgie fréquente, douleurs rhumatoïdes.

Ces troubles divers avaient lieu, en général, sans fièvre.

Véritable névrose générale ; subitement, sueur générale amenant le refroidissement de la peau ; puis froid glacial durant cinq heures, suivi de sueurs profuses ; délire, paroles incohérentes ; yeux hagards ; agitation ; projection des bras ; insomnie.

Quand, il y a un an, l'hystérie débuta, cette malade fut prise de spasme œsophagien et de la sensation déterminée par la boule hystérique. En même temps se déclarèrent des douleurs caractérisant un rhumatisme poly-articulaire se rapportant surtout aux symptômes que présente le rhumatisme noueux, la main ayant la forme *en griffe*.

Nous ne dirons rien des étouffements, de l'hémiplégie gauche hystérique durant pendant quelques jours, de la rachialgie, des syncopes, et, enfin, des douleurs rhumatoïdes, pour signaler le phénomème principal, très pénible, qui la tourmenta nuit et jour. Ce sont ces sueurs générales, profuses, précédées de froid, qu'au début nous crûmes symptomatiques de la diathèse rhumatismale.

Mais le caractère de l'affection, la marche de la maladie et la gravité du phénomène firent rattacher ces symptômes à l'hystérie. D'après les idées émises par Briquet et Claude Bernard, c'était le grand sympathique qui, probablement par son action sur la circulation, à l'aide des filets cardiaques et par ceux qu'il envoie à la surface des artères (nerfs vaso-moteurs étudiés par Claude Bernard), préside au phénomème de la calorification (froid glacial des extrémités et sueurs profuses), fait observé dans l'hystérie.

Cette femme en était un exemple des plus remarquables. Dans l'espèce, la malade était prise subitement de sueur générale ; à cette sueur succédait un froid glacial suivi d'une diaphorèse abondante. D'ordinaire nocturne, ce phénomène se reproduisait pendant le jour. Le sulfate de quinine ne put jamais le faire disparaître.

Le traitement employé a soulagé cette malade sans guérir l'affection. Nous avons employé des pilules composées de 40 centigrammes d'extrait thébaïque et de 20 centigrammes d'extrait de belladone pour vingt pilules. Elle en prenait une ou deux tous les soirs. Il lui fut administré des capsules de bromure de camphre, du chloral bromuré, etc., puis des bains prolongés et la métallothérapie ; le changement d'air, à la campagne, a paru la soulager. Il est rare de guérir à cet âge, malgré l'absence de lésions organiques.

C'est l'opinion de l'éminent professeur de Tubingue, Liebermeister, qui, comme Briquet, admet le siège de l'affection dans le cerveau, la moelle et le grand sympathique, et nullement dans l'utérus. Cette maladie se révèle plutôt par des troubles fonctionnels que par des lésions anatomiques appréciables. Il se croit en mesure de prouver qu'il s'agit simplement, dans l'hystérie, d'une altération fonctionnelle de l'écorce grise du cerveau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 septembre 1889. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une étude historique sur la dernière épidémie de choléra en France, par M. le docteur Hahn (de Paris) ;

2° La relation de quatre épidémies de fièvre typhoïde ayant sévi en 1888-1889 sur les troupes de l'armée de terre à Lorient, par M. le docteur Michaud, médecin-major.

COMMUNICATIONS

Endométrite et curage de l'utérus. — M. RICHELOT vient apporter à la tribune de l'Académie l'histoire d'une femme atteinte de métrite chronique rebelle à toute thérapeutique. Le curage de la cavité utérine amena la cessation des accidents et procura à la malade une guérison qu'elle n'osait plus espérer.

A l'occasion de ce fait, que d'ailleurs il avait récemment publié, M. Richelot passe en revue les différents procédés qu'on doit recommander pour la cure des inflammations utérines.

Si le col de l'utérus est seul atteint, il est souvent inutile de recourir à une intervention sanglante. Des pansements et lavages antiseptiques, à la rigueur quelques pointes de feu à la surface du col, suffisent en général pour amener la guérison.

Si la muqueuse du corps est envahie, les agents antiseptiques appliqués dans le vagin ou à la surface du col n'amènent que plus rarement la disparition du mal.

Mais si l'inflammation de la muqueuse devient chronique, si elle s'accompagne de productions fongueuses, d'hémorrhagies, de suppurations prolongées, il convient alors de détruire cette muqueuse, et c'est dans ces cas que le curage fait merveille.

Les lésions chroniques et invétérées du col réclament l'opération d'Emmet, c'est-à-dire la suture des déchirures du col, si fréquentes à la suite des accouchements ; ou bien, dans les cas où la muqueuse bourgeonnante fait pour ainsi dire hernie à travers l'orifice du museau de tanche, il convient de réséquer cette muqueuse et de reconstituer le col par le procédé de Schræder.

Ces opérations, d'ailleurs, complètent souvent le traitement

que le curage a commencé. Il faut savoir, en chirurgie utérine comme partout ailleurs, faire le diagnostic exact de l'étendue et de la nature des lésions, pour combiner les procédés thérapeutiques.

Étude physiologique sur la liqueur d'absinthe. — MM. CADÉAC et ALBIN MEUNIER (de Lyon) ont entrepris des recherches pour fixer la composition habituelle de la liqueur d'absinthe et déterminer quel était exactement le rôle physiologique des différentes essences qui y étaient contenues. Jusqu'ici on n'avait trop envisagé dans la liqueur d'absinthe que l'essence d'absinthe et l'alcool. Or, l'essence d'absinthe n'entre que pour 1/10e dans les essences aromatiques qui composent la liqueur. Il fallait donc déterminer si ces autres essences, jusqu'ici négligées, étaient réellement inoffensives.

Des expériences faites sur l'homme et les animaux, il résulte que l'essence d'*hysope* est un *épileptisant* des plus puissants. Heureusement il n'en existe qu'un gramme par litre de liqueur d'absinthe.

La *coriandre* est plus bénigne; elle n'apporte guère que des propriétés hilarantes et excitantes. Il y en a 2 gr. par litre d'absinthe.

L'essence de *fenouil* existe à la même dose, elle produit de l'excitation suivie de lourdeur de tête et d'abattement.

L'essence d'*absinthe* (2 grammes par litre) détermine chez l'homme un sentiment durable de bien-être, de confiance et de force musculaire. L'intelligence devient vive et animée, et, à la suite de cette excitation générale, il ne se produit ni abattement ni lourdeur de tête.

Les 2 grammes que contient un litre d'absinthe, peuvent être pris à jeun et en une seule fois et pendant plusieurs jours de suite sans produire autre chose que ces phénomènes d'excitation agréable. On pourrait donc dire que chez les malades *absinthiques*, les désordres ne sont pas dus à l'essence d'absinthe elle-même.

L'essence de *mélisse* (1 gramme par litre) est *soporifique* et hyposthénisante. Elle donne de l'abattement, de la lourdeur de tête et du tremblement. Il en est de même de l'essence d'*angélique*.

L'essence de *menthe* (1 gramme par litre) procure de l'excitation, suivie de sentiments de chaleur et de sueur, et, sous son influence, le tube digestif se contracte énergiquement pendant deux heures environ. Après surviennent des phénomènes de lassitude et d'abattement.

Les essences qui jouent le rôle le plus important dans la liqueur d'absinthe sont l'essence d'*anis*, l'essence de *badiane*. Il en existe 10 grammes par litre. Or, à la dose de 1 gramme chez l'homme, après dix minutes d'excitation légère, surviennent des troubles de la vue, des lourdeurs de tête, la sensation d'un casque pesant comprimant le crâne, de l'hébétude, de l'analgésie, de la paresse intellectuelle et musculaire. Malgré cela, un certain sentiment de bien-être qui mène au sommeil. Cette ivresse lourde peut durer jusqu'au lendemain.

Or, ce gramme d'essence d'anis est contenu dans la dose de deux verres ordinaires d'absinthe. C'est donc cette essence qui doit être incriminée de presque tous les effets toxiques observés chez ceux qui font usage de la liqueur d'absinthe.

N'y aurait-il pas là une indication de modifier la composition de cette liqueur en augmentant la proportion de certaines essences et en diminuant notablement la quantité des essences d'anis, de badiane et de fenouil?

Action des sulfures sur le chloral et le chloroforme. — M. PRUNIER a entrepris une série de recherches sur les dérivés que l'on obtient quand on traite, par les sulfures solubles, le chloral et le chloroforme.

Voici les premiers résultats qu'il a enregistrés :

M. Baudrimont a proposé la solution aqueuse du chloral pour distinguer un sulfure d'un sulfhydrate. Le monosulfure donne une coloration brun rougeâtre, le sulfhydrate fournit un précipité blanc. Pour que la réaction se fasse, il est nécessaire que le chloral soit en excès, en solution acide, ou neutre au papier de tournesol, ce à quoi on arrive en versant du sulfure dans un excès de chloral.

En essayant l'action des trois sulfures KSHS, KS et KS^5 sur le chloral et sur le chloroforme, on se trouve en présence d'une source nouvelle qui fournit, en abondance, les dérivés sulfurés et oxysulfurés des groupes méthylique et éthylique, avec divers polymères qui offrent, au point de vue théorique et général, un réel intérêt.

Du massage direct de la conjonctive et de la cornée. — M. A. COSTOMIRIS (d'Athènes) a appliqué, sur 4164 malades, le massage direct de la cornée et de la conjonctive, dans les granulations, les différentes formes de conjonctivite, de kératites avec ou sans hypopion, d'opacités de la cornée, etc.

Voici le procédé employé : après avoir renversé la paupière, répandre sur la conjonctive une couche épaisse de poudre impalpable d'acide borique, puis, avec un doigt, frotter exactement toute la surface externe de la conjonctive, ses replis, ses culs-de-sac, et la cornée, si celle-ci est malade.

Laver ensuite l'œil avec une solution boriquée et instiller, dans les premiers jours, une solution de nitrate d'argent à 1 p. 200 ou 300, fermer alors les paupières et, avec la pulpe du pouce, frotter et masser les surfaces externes. Ce massage soulage rapidement le malade des douleurs assez vives qu'il a éprouvées pendant le massage interne.

Ces massages et frictions doivent être faits progressivement, en commençant par des séances courtes et des pressions légères pour arriver à de véritables malaxations des paupières. Ce traitement, appliqué tous les jours, doit être poursuivi pendant deux à quatre semaines.

La séance est levée.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

26

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

67

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

99

PERLES DE GAÏACOL

DU Dr CLERTAN

Il peut être avantageux, dans certains cas, de remplacer la créosote par le *Gaïacol*, qui la constitue dans la proportion de 60 à 90 p. 100. On a ainsi un agent défini et, de plus, doué d'une odeur aromatique agréable. Les résultats obtenus sont les mêmes que ceux que donne la créosote. Le *Gaïacol* convient particulièrement aux phthisies lentes qui exigent un traitement de longue durée.

Chaque perle de gaïacol du Dr Clertan contient cinq centigr. de gaïacol, en solution dans l'huile de faîne.

Dose : 3 à 4 par jour. *Prix* : **2** fr. **50** *le flacon.*

MAISON L. FRERE, 19, RUE JACOB, PARIS.

36

HUNYADI JANOS

La plus sûre, la plus efficace, la plus agréable des Eaux purgatives naturelles.

APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, PAR LIEBIG, BUNSEN ET FRESENIUS

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

HUNYADI JANOS

Unique d'après les appréciations de nombreuses célébrités en médecine de France et de l'Étranger qui lui attribuent les avantages suivants :

EFFET PROMPT, SUR ET DOUX

Absence de coliques et de malaises. — Sans constipation consécutive. — L'usage prolongé ne fatigue pas l'estomac. — Action durable et régulière. — Ne produit pas l'accoutumance. — Petite dose. — Pas désagréable à prendre.

HUNYADI JANOS

Se vend chez tous les marchands d'eaux minérales et dans les Pharmacies.

Se méfier des contrefaçons.

Prière d'exiger l'étiquette et le bouchon portant le nom :

ANDREAS SAXLEHNER

67

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux; elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofulés, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César. Paris.

66

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans **l'anémie,** la **chlorose,** la **leucorrhée, l'aménorrhée,** la **cachexie scrofuleuse,** la **syphilis constitutionnelle,** le **rachitisme,** etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre. Blancard

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

33

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

41

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

79

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas.

MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

65

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

96

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

seule décrétée d'intérêt public.

CONNUE ET RECOMMANDÉE DEPUIS 150 ANS.

Exiger la source du **Pavillon.**

66

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

92

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant tonique; pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

10

Kalle et Cie à Briebrich-sur-Rhin, seuls fabricants

IODOL	ANTIFÉBRINE
Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.	Nouveau fébrifuge déposé en France sous le no 3884. — Exiger notre marque et étiquette.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogtes et commissionres. — *Brochures sur demande.*

82

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

79

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

N° 105. — SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1889. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Origine épithéliale et nature parasitaire du cancer.

Par M. le docteur Paul RAYMOND,
Ancien interne des hôpitaux.

I

Le tissu d'une tumeur quelconque, disait Muller, a son type dans un tissu de l'organisme normal, envisagé soit à l'état embryonnaire, soit à l'état de complet développement. De cette loi dérivent tous les essais de classification des tumeurs tentés depuis Muller, essais qui substituent la doctrine de l'hétérotopie à celle de l'hétéromorphie du cancer, soutenue par l'école de Laënnec et par Cruveilhier et Lebert notamment. Des tissus normaux, fibreux, cartilagineux, osseux, musculaire, naissent les fibromes, les enchondromes, les ostéomes, les myomes, etc. Du tissu épithélial devait donc naître l'épithéliome, le cancer, cette tumeur histologiquement constituée par des cellules épithéliales bourgeonnantes, infiltrant les tissus, s'étendant au loin et se généralisant. De fait, le cancer fut bien rapporté à une hypergenèse épithéliale; mais deux grandes écoles surgirent, qui, pour en expliquer l'origine, recoururent aux arguments les plus opposés et arrivèrent aux résultats les plus différents. L'une de ces écoles, dont le fondateur fut Ch. Robin, en 1852, fit dériver le cancer des cellules épithéliales répandues dans les divers tissus de l'économie; l'autre école, dont le chef fut Virchow, réserva aux cellules seules de la trame conjonctive de ces tissus le pouvoir de se transformer en cancer. A chaque école est donc attachée une doctrine, une théorie bien nette, la théorie épithéliale et la théorie conjonctive du cancer. Il n'entre pas dans ce cadre de faire l'historique de ces idées, de rappeler les discussions auxquelles elles ont donné lieu. Nous nous contenterons d'exposer les faits et de résumer ce qu'on doit savoir de la théorie de Robin, qui, après avoir été longtemps délaissée, soutenue seulement par la foi de son auteur, tend à prévaloir aujourd'hui, après avoir recruté ses premiers partisans dans le pays même où régnait en maîtresse la théorie de son rival. Tandis que Thiersch, Waldeyer, en effet, se ralliaient aux idées de Robin, en France, au contraire, la théorie de Virchow était admise sans conteste. Une théorie mixte, toutefois, se faisait jour dans notre pays, défendue par MM. Cornil et Ranvier, puis par MM. Labbé et Coyne, et même par Rindfleisch, en Allemagne, jusqu'en 1878. Cette théorie admet la possibilité du *carcinome*, développé dans le tissu conjonctif, et de l'*épithéliome*, développé dans les cellules épithéliales de l'organisme. Disons que, pour les défenseurs de la théorie épithéliale, le carcinome ne représente qu'une forme anatomique de l'épithéliome, due à la disposition du stroma autour des éléments cancéreux, et que ce n'est pas une espèce de cancer; ce n'est qu'une variété histologique qui relève du mode de réaction des éléments conjonctifs voisins.

Ne nous occupons donc que de la théorie épithéliale du cancer et voyons en quoi elle consiste.

La cellule embryonnaire est loin d'être indifférente, comme le soutient Virchow; elle ne peut constituer tel ou tel tissu indifféremment. Une cellule conjonctive ne peut évoluer que vers la formation d'un tissu bien déterminé, dit d'origine conjonctive, et jamais dans le sens d'une tumeur à épithélium. Une tumeur épithéliale ne pourra inversement se montrer que dans une région qui contient de l'épithélium; elle ne peut provenir que de cet épithélium. Ainsi donc, propriété des cellules de l'organisme de ne pouvoir produire que des tissus de leur espèce, prédestination cellulaire pour telle ou telle catégorie de tumeurs, tel est le point de départ de la théorie épithéliale du cancer.

Quelles sont ces catégories de tumeurs? Il y a en a deux, régies par le développement de l'organisme lui-même. Dans l'évolution normale, il y a, en effet, deux ordres de cellules, celles qui président au développement des tissus épithéliaux et glandulaires, et celles qui donnent naissance aux tissus de sustentation, de protection, de nutrition de ces derniers; en un mot, les tissus d'ordre épithélial et les tissus d'ordre conjonctivo-vasculaire. Ces diverses notions trouvaient, pour Robin, leur appui dans les travaux de Remak.

D'après Remak, on le sait, l'embryon est constitué aux dépens des trois feuillets du blastoderme. Celui-ci dérive de la segmentation de l'ovule fécondé, les nouvelles cellules venant s'appliquer contre la paroi interne de la membrane vitelline pour y former la couche du blastoderme. Chacun des trois feuillets nés du dédoublement de ce blas-

toderme comprend des cellules qui président à la formation de tous les organes : le feuillet externe produisant le revêtement épithélial externe et ses dépendances; le feuillet interne produisant le revêtement épithélial interne et les viscères qui en partent comme autant de bourgeons; le feuillet moyen donnant naissance à la trame conjonctivo-vasculaire de ces organes (vaisseaux, muscles, os, nerfs, tissus conjonctif, cartilagineux, etc.).

D'après Robin, aux différences physiologiques qui existent entre ces trois feuillets répondraient des différences pathologiques, chacun de ces tissus donnant naissance à des tumeurs parfaitement distinctes. Une tumeur née, par exemple, dans les éléments dépendant du feuillet moyen, se développe suivant des types de même ordre, équivalents, pouvant, comme disait Reichert, se substituer les uns aux autres, types osseux, fibreux, cartilagineux, etc., mais jamais selon le type épithélial. Une tumeur, au contraire, née dans les éléments du feuillet externe ou interne, sera toujours constituée par de l'épithélium, jamais par du tissu d'ordre conjonctif. Bien plus, suivant que cette tumeur se développe dans le feuillet externe ou dans le feuillet interne, elle présentera un type épithélial différent, qu'on peut annoncer à l'avance.

Cette division si nette, ne tarda pas à être attaquée. Des objections, indirectes d'abord, directes ensuite, lui furent adressées.

Les objections indirectes portaient sur les recherches de Remak, sur les feuillets du blastoderme. Il est certain que la question est plus compliquée que ne le pensait Remak, et que nous ne sommes pas encore complètement fixés sur l'origine et le développement du blastoderme. Les recherches de M. le professeur Mathias Duval pour qui le feuillet moyen est un dédoublement du feuillet interne, celles de Kowaleski, de Hertwig, ont fait abandonner la théorie de Remak. Sans discuter ici les opinions de ces auteurs, non plus que celle de Kolliker au sujet de la séparation de ces trois feuillets, il importe de faire connaître des recherches récentes de Williams. Pour cet auteur, le feuillet moyen ne proviendrait pas de l'ovule, mais du vitellus; il y aurait, d'après lui, pénétration du feuillet externe et interne (ovule) par le feuillet moyen (parablaste du vitellus).

Une des principales objections directes était que le feuillet moyen présente, lui aussi, des épithéliums : les cellules des séreuses, des vaisseaux, les endothéliums de His. Nous verrons, en parlant de l'épithéliome de l'encéphale, comment Robin comprenait cette question.

Quoi qu'il en soit des objections adressées à cette théorie, les faits se sont chargés de les dissiper peu à peu. Chaque jour voit s'accroître le nombre des partisans de cette doctrine qui, soutenue autrefois seulement par Robin, par Waldeyer, par Thiersch, compte aujourd'hui, parmi ses représentants les plus autorisés, MM. Lancereaux, Pouchet, Malassez, Malherbe, Heurtaux, Deffaux, Desfosses, Monod et Arthaud, etc., etc., pour nous en tenir aux seuls auteurs français. M. le professeur Cornil lui-même l'a défendue jusqu'en 1869. Ce qui séduit surtout en elle, c'est qu'elle est capable d'expliquer tous les faits; beaucoup de ces derniers ne peuvent même être compris que si l'on s'appuie sur l'origine épithéliale du cancer. C'est elle certainement qui rend le mieux compte de tous les faits qu'il peut être donné d'observer, et à quelque opinion qu'on se rattache sur l'origine des feuillets blastodermiques, ce n'est, en somme, que si on s'appuie sur le développement de l'organisme que l'on peut avoir, sur celui des tumeurs, les conceptions les plus claires et les plus satisfaisantes.

C'est ainsi, pour prendre un exemple, qu'étant donné une tumeur développée dans un organe quelconque, il sera possible de dire, avant tout examen, à quel type microscopique elle appartient, pourquoi elle ne peut se développer primitivement sous un autre type, etc. Étant donné, en d'autres termes, la connaissance des épithéliums qui revêtent un organe à l'état normal, et cette connaissance est connexe de celle de son développement blastodermique, il est possible de préjuger la nature microscopique de la tumeur cancéreuse développée dans cet organe, si l'on veut bien admettre la mutation des éléments normaux en éléments cancéreux. Or cette filiation des éléments épithéliomateux est un fait aujourd'hui acquis.

De quelle façon, donc, se développe l'épithéliome ainsi compris ? Nous ne saurions mieux faire que d'emprunter aux travaux de M. Malassez la réponse à cette question.

Lorsque, dans une glande, l'épithélium prolifère pour constituer plus tard une tumeur envahissante, on assiste à différentes phases qui se présentent de la façon suivante. En premier lieu, prolifération épithéliale qui remplit les culs-de-sac glandulaires. Dans cette hypergenèse, les éléments glandulaires conservent leur type normal; c'est la phase d'épithéliome typique de Malassez, c'est-à-dire d'épithéliome formé de cellules semblables aux épithéliums normaux, de cellules disposées, comme ces derniers, en revêtement. Cette phase, dit M. Malassez, peut rester stationnaire, et c'est ainsi qu'il explique un grand nombre de kystes de l'ovaire ou du testicule. Sous l'influence de cette hyperproduction cellulaire, les culs-de-sac se distendent; ils deviennent cinquante, soixante fois plus considérables; c'est la période d'hypertrophie glandulaire. Que ces culs-de-sac s'oblitèrent, remplis qu'ils sont par des cellules en désintégration, et l'on aura l'explication de ce ces kystes, qui ne sont pas très rares dans l'épithéliome. Jusque-là, les cellules formaient encore des revêtements, quelque végétants et irréguliers qu'ils fussent. Bientôt elles ne vont plus former que des amas pleins, sans cavité; elles n'atteindront plus leur état adulte et elles vont perdre leurs caractères normaux d'épithéliums. C'est la deuxième phase, la phase métatypique. Entre ces divers états morphologiques, on trouvera d'ailleurs toutes les formes intermédiaires. Ce polymorphisme cellulaire des tumeurs est, du reste, le même que celui que l'on trouve à l'état normal, dans le développement des glandes, par exemple. Si l'on examine une glande sudoripare en voie de formation, on la voit naître, sous forme de bourgeon, de la partie inférieure de l'épiderme. Ce bourgeon s'allonge pour pénétrer dans le derme; mais, à mesure qu'il s'allonge, les cellules perdent leurs caractères. Tandis que celles de la partie supérieure ne diffèrent pas de celles de l'épiderme, celles de l'extrémité du bourgeon prennent une forme arrondie et de volume moindre. Tout se réduit, en somme, à une suractivité de prolifération, à des variétés de développement, à des conditions contingentes (pression, etc.). Le cancer ne diffère donc pas, dans les premières périodes de son développement, de ce qui se passe à l'état normal dans les évolutions cellulaires; il reproduit ce que l'on voit dans le développement de l'organisme. Ces cellules, en effet, qui semblent s'écarter du type normal de l'épithélium, doivent être cependant considérées comme de nature épithéliale. Comme le dit fort bien M. Lancereaux, elles ne diffèrent de

l'épithélium normal que par des modifications secondaires. Elles sont en continuité avec les cellules épithéliales vraies; il existe des intermédiaires pour réunir ces cellules anomales aux cellules normales. « On peut, dit M. Malassez (1), les envisager comme des cellules qui, au lieu d'atteindre leur état adulte et de revêtir leur forme typique, comme dans les épithéliums normaux, s'hypertrophieraient et se multiplieraient sans arriver à leur complet développement. De là ces formes si bizarres, ces dimensions parfois si considérables, cette multiplicité si fréquente des noyaux : ce sont des cellules métatypiques en voie d'hypertrophie et de prolifération. »

En résumé, rien qui ne puisse, jusqu'ici, trouver son explication dans le développement normal de tous les tissus; mais bientôt, après un temps variable et ordinairement très court, les cellules vont franchir la paroi propre de la glande qui leur était opposée comme une barrière. Sous forme de prolongements ramifiés, elles envahissent les tissus ambiants; l'épithéliome diffus, envahissant, est alors constitué, que rien ne pourra plus arrêter. A partir de ce moment, un deuxième élément entre en jeu, la réaction du tissu conjonctif. La zone d'envahissement est celle de tout tissu d'inflammation : lorsque se fait une involution cellulaire, les tissus voisins, et en premier lieu le tissu conjonctif, subissent des modifications qui, dans ce dernier, se traduisent par une néoformation vasculaire et une production de cellules embryonnaires. Aussi, dans tout cancer, y a-t-il à considérer deux choses, comme l'indiquait parfaitement M. le professeur Cornil (2) : 1° la prolifération épithéliale; 2° la réaction du tissu conjonctif. M. Cornil fait ressortir qu'il y a, en même temps que des lésions glandulaires, des lésions simultanées du tissu conjonctif, hypergenèse des cellules qui avoisinent l'épithéliome. Ces modifications du tissu conjonctif sont importantes à connaître, tant à cause des vaisseaux, par exemple, qui président à la vie du néoplasme ou, au contraire, à la mortification des cellules et à l'ulcération des tumeurs, qu'à cause des formes diverses sous lesquelles se présentera ce néoplasme, suivant l'état du tissu conjonctif voisin, encéphaloïde par exemple, si les éléments épithéliaux dominent; squirrhe, si les cellules conjonctives, arrivées au dernier degré de leur développement, se sont transformées en tissu fibreux.

On voit donc que la théorie épithéliale du cancer fait une part à la réaction conjonctive : les cellules plates du tissu conjonctif prolifèrent, mais elles évoluent selon leur type conjonctif, de même que les premières évoluent suivant leur type épithélial, et sans que jamais elles puissent se transformer en ces dernières. C'est précisément cette évolution en un tissu d'ordre conjonctivo-vasculaire qui explique certaines bizarreries de développement, ces tumeurs dites mixtes, c'est-à-dire constituées par des éléments des deux types, épithélial et conjonctif. Les cellules conjonctives peuvent, nous l'avons vu, proliférer suivant des types divers, fibrome, par exemple, mais aussi enchondrome, sarcome, ostéome, etc.; d'où ces tumeurs dites mixtes, moins rares qu'on ne le croirait *à priori*, plaques d'ostéome, par exemple, dans une masse d'épithéliome, etc. Il est même probable que des faits dits de transformation de certaines tumeurs, d'épithéliome en sarcome par exemple, sont des faits de cet ordre.

(1) MALASSEZ. *Archives de physiologie*, 1876, p. 357.
(2) CORNIL. *Journal de l'anatomie*, 1865, p. 266.

On voit les différences qui séparent ce processus de celui qui est admis par l'école de Virchow, et d'après lequel la néoplasie se développe aux dépens des cellules du tissu conjonctif, caractérisée par une charpente, par un stroma conjonctif avec excavations, dans lesquelles apparaissent les éléments polymorphes du cancer, conséquence de la prolifération des cellules fixes du tissu conjonctif.

De quelle façon naissent les éléments cancéreux? M. le professeur Cornil a récemment étudié cette prolifération cellulaire (1). Il a constaté la division indirecte par deux ou par trois des noyaux; mais cette disposition trilobée du filament nucléaire est moins commune. Il peut se faire que les noyaux seuls entrent en karyokinèse, les cellules ne se divisant pas. On a ainsi l'explication de ces cellules à noyaux multiples. Le docteur Prus (de Cracovie) a, lui aussi, étudié, comme nous le verrons, la division karyokinétique des éléments cellulaires du foie dans la production du cancer de cet organe; il y a constaté également la division indirecte et, dans la plupart des cellules, les différentes phases de la karyokinèse.

Quant à la progression des tumeurs, elle se fait de deux façons : 1° par extension du foyer primitif, par prolifération continue des cellules qui s'infiltrent dans les lacunes lymphatiques, dans les espaces conjonctifs, et envahissent peu à peu les tissus voisins; 2° par propagation à distance, à la suite de l'envahissement des vaisseaux lymphatiques ou veineux (les vaisseaux veineux sont surtout envahis, d'après M. Lancereaux, dans le cancer des glandes parenchymateuses, comme le foie, le rein, tandis que les lymphatiques sont plutôt intéressés dans le cancer des glandes acineuses). Il se forme ainsi, en d'autres points de l'économie, par le mécanisme de l'embolie des cellules cancéreuses, des tumeurs secondaires, dont l'origine est, par suite, bien différente de la tumeur primitive : c'est la phase de généralisation du cancer. M. Brault, dans son excellent mémoire sur l'origine non bactérienne du cancer (2), fait ressortir ce fait que le cancer ne diffère pas, quant à sa généralisation, des autres tumeurs : « Non-spécificité du carcinome opposé aux autres tumeurs capables de se généraliser et d'infester l'économie. Les tissus les plus fixes tuent par les mêmes procédés et avec la même rapidité que les plus malléables, lorsque les conditions favorables à leur généralisation sont réalisées. » M. Brault cite comme exemple les ostéomes (3), les enchondromes (4). « Quel que soit, dit-il, son point de départ, le cancer évolue comme les autres néoplasmes : son degré de malignité dépend de son mode de généralisation et des activités spéciales des cellules qui le constituent. Cette propriété de généralisation est inhérente à la cellule : chaque élément anatomique a sa vie propre, son autonomie; il peut se transformer et acquérir une puissance de multiplication véritablement excessive. Pourquoi ces modifications surviennent-elles dans la nutrition et la vitalité des cellules? Pourquoi cette tendance à la multiplication sans règle et sans fin? C'est là une question à la solution de laquelle il convient de ne pas s'attarder, car nous ignorons aussi les lois qui président à l'évolution normale des tissus

(1) CORNIL. *Archives de physiologie*, 1886.
(2) BRAULT. *Archives générales de médecine*, 1886.
(3) Thèse de Bouverel, 1878.
(4) Thèse de Micheloff, Genève 1882.

et des organes, et nous n'avons jamais fait autre chose que d'admirer, sans la comprendre, cette parfaite harmonie qui préside au développement de l'embryon. »

Choisissons maintenant quelques exemples d'épithéliomes qui montreront l'exactitude de ces notions et prenons-les de préférence parmi ceux qui ont été, dans ces derniers temps, l'objet de discussions ou de recherches scientifiques, parmi ceux encore qui n'ont pas été spécialement étudiés par Waldeyer, dans ses magnifiques travaux sur la genèse du cancer.

II

Tube digestif. — Le développement du cancer dans le tube digestif emprunte quelques particularités intéressantes au développement du canal alimentaire lui-même. On sait que celui-ci est constitué aux dépens du feuillet interne, sauf à ses deux extrémités qui sont des dépressions du feuillet externe. Pour le développement de l'anus, l'entente est depuis longtemps absolue. Pour le pharynx et l'œsophage, il n'en est pas de même. On admettait bien que la cavité buccale était formée par une dépression du feuillet externe, mais que le pharynx et l'œsophage provenaient de l'« aditus anterior », c'est-à-dire du feuillet interne, comme l'estomac. Robi , après Coste, soutenait une opinion contraire : d'après lui, l'œsophage provient d'un bourgeonnement de la cavité pharyngo-buccale ou, en d'autres termes, du feuillet externe, et il vient s'adosser au feuillet endodermique, au niveau du cardia. Les recherches entreprises, dans ces dernières années, ont montré que l'opinion de Robin était exacte : la théorie de l'« aditus anterior », défendue par Kolliker, ne compte plus que de rares partisans.

Or, à ces différences d'origine, répondent des différences de revêtement épithélial : c'est la muqueuse dermo-papillaire, opposée par Robin à la muqueuse gastro-intestinale. Le fait positif est que l'œsophage est tapissé par un épithélium pavimenteux stratifié, tandis qu'à partir du cardia, cet épithélium fait brusquement place à l'épithélium cylindrique qu'on retrouve ensuite dans tout l'intestin. Il est un premier ordre de faits qui résultent de cette différence de revêtement. Aux points où les feuillets endodermique et ectodermique s'adossent, c'est-à-dire au niveau du cardia et de l'anus, le cancer ne débute jamais qu'au niveau d'un seul des épithéliums. Jamais on ne trouve une tumeur mixte, une participation des deux épithéliums, c'est-à-dire des deux feuillets. Ainsi, au niveau de l'anus, on trouve, ou bien l'épithéliome pavimenteux, le cancroïde (feuillet externe), ou bien l'épithéliome cylindrique (rectum ; feuillet interne), mais que le cancer s'étende plus ou moins loin dans l'ampoule rectale ou sur les téguments, on ne trouve qu'un même type cellulaire ; on ne verra jamais une tumeur composée à la fois d'un épithéliome cylindrique et d'un épithéliome pavimenteux. Le cancer, dans sa marche envahissante, détruit comme toujours les éléments voisins, mais ceux-ci ne végètent pas pour former une deuxième tumeur qui viendrait s'enter sur la première. De même au cardia, le cancer, qui se développe à ce niveau, détruit aussi bien la partie terminale de l'œsophage que la partie initiale de l'estomac, mais il n'est jamais que d'un seul type : pavimenteux, s'il a son point de départ dans l'œsophage ; cylindrique, s'il résulte, au contraire, d'une hypergenèse de l'épithélium gastrique. Dans aucun cas, la tumeur ne participe des deux feuillets ; il n'y a qu'un épithélium qui prolifère.

Signalons, pour le tube digestif, quelques autres particularités du cancer :

1° *Œsophage.* — A l'épithélium pavimenteux, qui continue celui de la bouche et du pharynx, répond l'épithéliome pavimenteux, du type lobulé ou tubulé, peu importe. C'est la règle en pareil cas, et l'œsophage n'y fait pas exception. Nous savons, d'autre part, qu'on trouve, dans cette partie du tube digestif, des glandes en grappe, surtout abondantes dans le tiers inférieur du conduit. Or, il est possible de voir le cancer naître de ces glandes : notre collègue et ami, M. Parmentier, a récemment publié un de ces cas d'épithéliome glandulaire de l'œsophage (1). Au microscope, les cellules étaient disposées sous forme de tubes et de culs-de-sac glandulaires, coupés perpendiculairement ou obliquement, séparés par de minces traînées conjonctives : les cellules rappellent l'épithélium glandulaire. C'est la description parfaite de l'épithéliome des glandes à sa deuxième phase, de polymorphisme ou métatypique. Il existait, dans le cœur, un noyau secondaire qui représentait, bien entendu, le même type épithélial : c'était donc bien, comme le dit M. Parmentier, un épithéliome cylindro-prismatique, d'origine glandulaire, variété exceptionnelle du cancer de l'œsophage. Robin avait déjà observé quelques faits du même genre. Des recherches bibliographiques de M. Parmentier, il résulte que ce n'est guère que cet auteur qui a signalé la possibilité de ce fait.

2° *Estomac.* — Le cancer, qui se développe dans l'estomac, appartient, le plus souvent, au type cylindrique : le revêtement épithélial de la muqueuse en donne suffisamment la raison. « Les différentes variétés de cancer épithélial pavimenteux, dit Rindfleisch (2), qui se rencontrent dans la partie supérieure du canal digestif, depuis les lèvres jusqu'à l'entrée de l'estomac, sont remplacées, à partir du cardia, par l'épithéliome cylindrique. Dans l'estomac, ce néoplasme siège, le plus souvent, au voisinage du pylore. » En dehors de ce cancer, né des cellules de recouvrement de la muqueuse, on rencontre aussi un épithéliome glandulaire qui se manifeste sous l'aspect de l'épithéliome alvéolaire, à cellules irrégulières, polyédriques, etc., cellules distinctes du type cylindrique précédent. Les glandes de l'estomac comprennent, on le sait, deux sortes d'épithélium, un épithélium qui tapisse la partie profonde, le cul-de-sac sécréteur et un épithélium qui tapisse la portion excrétrice, le tube sécréteur de la glande. Tandis que, dans ce dernier, on trouve un épithélium cylindrique qui fait suite à l'épithélium de recouvrement de la muqueuse, dans le cul-de-sac, au contraire, on trouve des cellules sphéroïdes, granuleuses, dites à pepsine, et des cellules polyédriques, claires et un peu moins volumineuses que les précédentes. Deux faits, que nous avons observés (3), nous font penser que le cancer glandulaire peut se développer dans l'une ou l'autre de ces parties constitutives des glandes. Dans un premier cas, il s'agissait d'un cancer de la grande courbure, avec noyaux secondaires dans le foie et les ganglions : ces noyaux secondaires reproduisaient l'épithéliome cylindrique. A l'examen des parties voisines de la tumeur stomacale, qui était un type d'épithéliome cylindrique, nous trouvâmes

(1) Parmentier. *Archives de médecine*, 1889, t. I, p. 470.
(2) Rindfleisch. *Histologie pathologique*, p. 389.
(3) Paul Raymond. *Revue de médecine*, 1889.

que les culs-de-sac des glandes étaient libres, tapissés par des cellules normales, polyédriques ou arrondies, la membrane limitante parfaitement conservée. A mesure qu'on remontait du cul-de-sac vers l'orifice des glandes, on voyait la lumière du conduit remplie de cellules en dégénérescence, puis une hypergenèse considérable de cellules, les unes cylindriques, les autres atypiques, qui avaient forcé la paroi glandulaire et s'étaient répandues sous forme de bourgeons dans toute l'épaisseur de la muqueuse. Celle-ci était libre toutefois au niveau des culs-de-sac, où l'on ne retrouvait guère que quelques lésions inflammatoires banales, si fréquentes au voisinage d'une tumeur cancéreuse de l'estomac. Il nous a paru manifeste que dans ce cas, le cancer avait commencé par l'épithélium cylindrique des conduits glandulaires. Dans un autre cas, il s'agissait d'un cancer en nappe des culs-de-sac, avec polyadénome, sans tumeur ni ulcération. Dans le foie et les ganglions, on trouvait un épithéliome alvéolaire, à petites cellules irrégulières, polymorphes, et reproduisant en tout point le type de l'épithéliome gastrique. Au niveau de la muqueuse de l'estomac, on trouvait, en effet, le conduit excréteur des glandes allongé mais tapissé de l'épithélium cylindrique habituel et sans prolifération anomale ; autour de ces conduits, le tissu conjonctif ne présente que peu ou pas de lésions. Lorsqu'on arrive aux culs-de-sac, on les trouve les uns dilatés, remplis de cellules d'aspects divers, de formes multiples, les autres déformés par l'hyperproduction de petites cellules cancéreuses et remplis de cellules en désintégration. La plupart des culs-de-sac sont rompus et les cellules se continuent directement avec l'infiltration cancéreuse, qui s'étend entre les glandes et la musculeuse muqueuse, ainsi que dans les prolongements celluleux interglandulaires.

On peut donc trouver, dans l'estomac, un épithéliome cylindrique et un épithéliome glandulaire, ce dernier pouvant revêtir deux types : cylindrique, comme celui de la muqueuse, s'il se développe aux dépens des cellules du conduit excréteur de la glande ; alvéolaire à cellules polyédriques, s'il se développe aux dépens des culs-de-sac.

Examinons maintenant le cancer des annexes du tube digestif et notamment le cancer du foie. Ici encore, nous trouvons deux sortes d'épithélium, l'épithélium propre du foie, la cellule hépatique, et l'épithélium des conduits biliaires, l'épithélium cylindrique. En clinique, nous trouvons deux sortes de cancer primitif du foie, l'épithéliome cylindrique et l'épithéliome glandulaire. Ce dernier, dans le foie comme partout, peut revêtir différentes formes : « C'est un épithéliome, dit notre ami M. Gilbert, qui a parfaitement étudié cette question (1) qui procède des cellules hépatiques et qui, selon la disposition du stroma conjonctif, disposition à laquelle est subordonné l'arrangement des éléments épithéliomateux, revêt le type alvéolaire, le type trabéculaire ou tubulé, enfin le type trabéculo-alvéolaire. » Le mode de début est toujours univoque : là encore, c'est aux dépens des cellules hépatiques que se fait le développement du cancer.

On peut donc considérer, dans le cancer glandulaire du foie, deux grandes variétés : le cancer alvéolaire et une variété spéciale, l'adénome du foie. C'est à cette dernière que M. Gilbert donne le nom d'épithéliome trabéculaire ou tubulé, pour montrer qu'il est constitué par des travées néoplasiques, entourées d'un stroma, travées qui se divisent et s'anastomosent comme les travées normales du foie, dont elles dérivent. D'après M. Gilbert, ces deux variétés peuvent se combiner, donnant ainsi naissance à la forme hybride trabéculo-alvéolaire. On s'explique ainsi comment certains auteurs, M. Brissaud, notamment, ont considéré l'adénome comme une tumeur primitivement bénigne, pouvant se transformer en cancer, alors que c'est bien d'emblée une néoplasie cancéreuse. « La disposition trabéculaire et la disposition alvéolaire du cancer hépatique dépendent uniquement des modifications que subit le tissu conjonctif péricapillaire, consécutivement à la pullulation carcinomateuse de l'épithélium hépatique. Si la sclérose péricapillaire fait défaut, ou bien si elle respecte la continuité des travées épithéliomateuses, celles-ci conservent assez exactement l'agencement normal et le cancer demeure trabéculaire. Si, au contraire, le tissu conjonctif s'entrecroise d'un côté à l'autre des travées, amenant la formation de logettes dans lesquelles les tronçons trabéculaires, modifiés par le processus morbide, demeurent inclus, le cancer alvéolaire est réalisé. Enfin, si la sclérose péricapillaire se comporte différemment dans les divers points de la néoplasie, celle-ci revêt le type trabéculo-alvéolaire » (Gilbert).

Dans leur livre récent (1), MM. Hanot et Gilbert ont repris cette étude du cancer du foie : ils insistent sur la genèse de cet épithéliome parenchymateux qui se développe aux dépens des cellules hépatiques elles-mêmes et ils montrent par quelles phases passent, dans leur développement, ces cellules qui vont constituer la masse cancéreuse ; leur division d'abord, avec multiplication nucléaire, l'accroissement de leurs dimensions qui coïncide avec la perte de leurs réactions histo-chimiques, la production d'éléments polymorphes, d'où les différents types qui se rencontrent dans l'épithéliome alvéolaire du foie, comme dans tout autre cancer (variétés à petites cellules, à grosses cellules, à cellules polymorphes). MM. Hanot et Gilbert étudient tout spécialement l'adénome. Ce cancer, on le sait, s'accompagne d'une prolifération excessive du tissu conjonctif, de sorte que les noyaux cancéreux, en général du volume d'une noisette, sont entourés de bandes de sclérose qui ont fait donner, à cette variété d'épithéliome, le nom de cancer avec cirrhose. Les uns, avec M. Sabourin, regardent cette cirrhose comme primitive, mais c'est là une opinion qui tend à être abandonnée ; les autres, avec M. Lancereaux, regardent la sclérose comme consécutive aux tumeurs ; d'autres enfin, avec MM. Kelsch et Kiener, Hanot et Gilbert, admettent le développement simultané de la cirrhose et de l'adénome. « Nous croyons, disent ces derniers auteurs, que ces deux processus résultent de l'action du même agent irritatif sur le tissu conjonctif et sur l'épithélium hépatique. » Pour nous, il nous semble que ce fait s'explique très naturellement, par ce que nous savons du retentissement de toute néoplasie épithéliale sur le tissu conjonctif avoisinant : ce qui serait plus malaisé à expliquer, c'est la forme annulaire simulant la cirrhose commune que prennent, dans ces cas, les bandes de sclérose. Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe surtout de mettre en relief, c'est la genèse de cette variété de cancer, c'est son origine épithéliale. Récemment, le docteur Prus, privat docent à Cracovie, a étudié dans l'adénome, la division karyokinétique des noyaux et, de ses examens, il conclut, lui aussi, que l'adénome se développe

(1) Gilbert. *Cancer massif du foie*, Thèse 1886, p. 67.

(1) Hanot et Gilbert. *Études sur les maladies du foie*, 1888, p. 41.

bien aux dépens des cellules hépatiques (1). Ce qu'il faut encore signaler, c'est que l'adénome est un cancer spécial. « Les adénomes du rein et du foie, dit M. Brault (2), sont des épithéliomes qui, se développant dans des conditions spéciales, n'ont pas une tendance à envahir ou à s'accroître d'une façon excessive. Ce sont des épithéliomes dans lesquels les cellules néoformées conservent, pendant longtemps, les caractères morphologiques et histo-chimiques d'épithéliums très élevés en organisation. »

Reins. — L'origine épithéliale du cancer du rein est, certainement, l'une des mieux démontrées par les travaux de Waldeyer et par ceux de ces dernières années notamment. Il n'est donc pas nécessaire de s'étendre longuement sur ce point : MM. Cornil, Brault continuent les recherches de Robin, de Waldeyer, de M. Lancereaux, de Neumann, etc. Dans la thèse de notre collègue M. Guillet (3), on trouve cette question fort bien traitée. C'est bien le type schématique que nous rappelions plus haut, d'après M. Malassez : prolifération épithéliale dans les tubuli, dont la membrane d'enveloppe est bientôt rompue. Envahissement de la substance rénale par les bourgeons épithéliaux, formés de cellules de type cubique, cylindroïde, dépendance de l'épithélium des tubes rénaux : prolifération conjonctive du voisinage. Sur des préparations personnelles, nous avons vu très nettement ces bourgeons, d'abord divisés par le tissu conjonctif voisin, être enserrés par lui de façon à prendre l'aspect du carcinome (pris dans son sens histologique) et à donner le change sur la véritable nature du cancer, si la prolifération des tubuli n'eût montré à l'évidence que, là encore, il s'agissait bien d'un épithéliome.

Utérus. — L'utérus peut être le siège de deux variétés d'épithéliome, en rapport avec les deux formes d'épithélium qui le tapissent normalement : l'épithéliome pavimenteux et l'épithéliome cylindrique. L'épithéliome pavimenteux est la variété de beaucoup la plus commune : il naît de la face externe du col, la couche épithéliale étant constituée, comme on le sait, sur cette partie du col, par des cellules du type pavimenteux. L'épithéliome cylindrique naît de la muqueuse du corps ou encore de la muqueuse des trompes. Cet épithéliome, dit M. Lancereaux, est environ quatre fois plus rare que le précédent : il semblerait être l'apanage des femmes les plus âgées. M. Lancereaux reconnaît une troisième variété d'épithéliome de la muqueuse du col, c'est l'épithéliome papillaire ; mais il semble qu'il ne faille voir en lui qu'une modalité de l'un des deux types précédents.

Poumons. — Le cancer du poumon est, lui aussi, l'un des plus intéressants exemples que l'on puisse donner de la réalité de l'origine épithéliale du cancer. Que trouvons-nous, en effet, dans le poumon ? Un épithélium cylindrique tapissant les ramifications bronchiques, et un épithélium aplati, l'épithélium de l'alvéole, épithélium d'origine ectodermique, en tant que diverticule du tube digestif supérieur. (L'origine ectodermique de cette partie supérieure du tube digestif et des bourgeons qui en naissent, ayant été fort discutée, nous renvoyons pour cette question à la thèse de M. Reynier (1), où l'on trouvera parfaitement exposées les idées que soutenait Robin, sur le développement par bourgeonnement de l'infundibulum pharyngo-buccal.) Or, que trouvons-nous dans les cas de cancer primitif du poumon qui ont été rapportés ? Deux types précisément : un épithéliome cylindrique et un épithéliome pavimenteux. Les cas de cancer primitif du poumon, avec examen histologique, ne sont pas nombreux, mais ils sont concluants. Nous rapportons ceux de MM. Ménétrier et Malassez : ils montrent bien que le cancer du poumon peut se développer aux dépens du revêtement bronchique ou de l'épithélium de l'alvéole lui-même.

M. Ménétrier a présenté, à la Société anatomique (2), un cas de cancer primitif du poumon. Il s'agit d'un épithéliome à cellules polyédriques à gros noyau, cellules polymorphes, disposées en traînées, en amas irréguliers, en boyaux pleins, entourés d'une gangue épaisse de tissu fibreux. Dans les points les plus anciens, on observe, mais rarement, la formation de globes épidermiques. En aucun point, la néoplasie ne renferme de cellules cylindriques. Dans le cancer secondaire des ganglions et du foie, mêmes caractères des cellules épithéliales englobées dans une gangue conjonctive rappelant la disposition du carcinome. Dans un autre cas, au contraire, publié par le même auteur, le cancer dérive des cellules bronchiques, tandis que, précédemment, on le voit naître des cellules de l'alvéole. A la vérité, M. Ménétrier donne le deuxième cas comme pouvant provenir aussi bien des alvéoles que des terminaisons bronchiques. En le comparant au cas suivant de M. Malassez, nous n'hésitons pas à le considérer comme un épithéliome métatypique, dérivé de ces dernières.

La tumeur était constituée par un stroma formé par les parois alvéolaires et par de grandes cellules épithéliales, disposées sur plusieurs couches et envoyant vers le centre de l'alvéole des bourgeons saillants.

Par places seulement, les cavités renfermaient une seule couche d'épithélium cylindrique. A mesure qu'on se rapprochait des points les plus anciennement atteints, les travées alvéolaires s'épaississaient, devenaient fibreuses d'où l'aspect du carcinome. Dans les tumeurs secondaires, il y avait par places des cavités à cellules cylindriques.

Dans le cas de M. Malassez (3), la lésion cancéreuse consiste en une néoformation épithéliale se produisant sur les parois des alvéoles pulmonaires, de telle sorte que les cavités respiratoires se trouvent transformées en cavités muqueuses ou kystiques. Les cellules de nouvelle formation ont, les unes, des formes normales et adultes (cylindriques ou cubiques) et sont typiques ; les autres, ont des formes variées, généralement anomales : elles doivent être considérées comme des cellules normales n'ayant pas atteint leur complet développement et étant en voie de prolifération ; elles peuvent être dites métatypiques. Cette néoformation envahit le tissu pulmonaire par lobules. Peut-être a-t-elle son point de départ dans les dernières ramifications bronchiques. »

Comme annexe au cancer du poumon, nous dirons un mot du cancer de la plèvre, qui a été décrit comme pouvant être primitif. C'est là une erreur : dans la plèvre, pas plus

(1) Prus. Société anatomique, 27 mai 1887.
(2) Brault. Loc. cit., p. 606.
(3) Guillet. Thèse 1888, p. 33.

(1) Reynier. Thèse d'agrégation, 1883, p. 63 et 81.
(2) Ménétrier. Société anatomique, 12 novembre 1886 et 26 février 1887.
(3) Malassez. *Archives de physiologie*, 1876, p. 353.

que dans les autres séreuses, dans le péricarde, le péritoine par exemple, il n'y a d'épithéliome primitif. Nous reviendrons sur ce point en parlant du cancer de l'encéphale et des méninges.

Les cancers qu'on a décrits comme primitifs sont, en réalité, des cancers secondaires, des cancers consécutifs à une altération épithéliale d'un organe voisin ou même distant : cancer de la mamelle notamment, propagé, soit par voisinage, soit par les lymphatiques; cancer de l'estomac par propagation au péritoine, etc. Ce n'est pas que les néoplasies primitives de ces séreuses n'existent pas; mais elles appartiennent au type conjonctif (fibromes, endothéliomes ou même chondromes, angiomes, par exemple). Elles sont constituées, dit M. Lancereaux, par la présence au sein des vaisseaux lymphatiques, dilatés ou transformés en alvéoles, de cellules endothéliales de nouvelle formation, diversement arrangées, parfois disposées autour d'un centre commun sous forme de globes endothéliaux qui peuvent se calcifier, et par l'infiltration dans le tissu conjonctif du voisinage de cellules petites et arrondies, semblables aux cellules embryonnaires et qui tendent à s'organiser en tissu fibrillaire. Ce sont ces tumeurs endothéliales qui ont pu faire croire à l'existence du cancer primitif de la plèvre. Nous avons eu, pour notre part, l'occasion d'examiner une tumeur primitive de la plèvre, qui nous avait été donnée comme un épithéliome et qui n'était, comme on pouvait s'y attendre, de par ces notions générales, qu'un sarcome embryonnaire.

Encéphale. — La question du cancer de l'encéphale est l'une de celles qui ont, dans ces derniers temps, le plus préoccupé les esprits; elle a été l'objet de travaux multiples à la suite desquels la façon d'interpréter quelques-unes des tumeurs de l'encéphale a été complètement modifiée. Deux groupes de faits sont à considérer ici : les tumeurs méningées, d'une part; les tumeurs cérébrales proprement dites, d'autre part.

Examinons d'abord ce qui a trait au cancer des méninges. On peut lui appliquer tout ce qui a été dit du cancer des tissus d'origine conjonctive : il n'existe pas de cancer primitif des méninges. Que sont donc les cas présentés sous le nom d'épithéliome de la dure-mère, de l'arachnoïde? Ce sont des tumeurs voisines, si l'on veut, de l'épithéliome, mais qui en sont bien distinctes.

Les tumeurs que l'on rencontre dans les méninges se développent, en effet, aux dépens du tissu fibreux ou aux dépens des cellules endothéliales, constituant, dans ce dernier cas, l'endothéliome que nous connaissons déjà. « Ces productions, dit M. Lancereaux (1), sont formées de larges cellules aplaties ou fusiformes et d'un réseau vasculaire leur servant de trame. Ces cellules ont les caractères des endothéliomes des vaisseaux ou des membranes séreuses : elles sont isolées entre elles ou concentriquement disposées en globes semblables aux globes épidermiques. Isolées, elles ont une forme irrégulièrement polygonale, sont aplaties, très minces, ou bien elles sont allongées et effilées vers une seule de leurs extrémités ou vers les deux, suivant qu'elles sont vues de champ ou de côté. Disposées par couches concentriques, elles forment des globes sphéroïdaux composés à leur centre de petites cellules rondes et d'une masse amorphe et granuleuse, le plus souvent infiltrée de sels calcaires. » Cette dernière particularité explique le nom de tumeurs angiolithiques, qui lui a été donné par MM. Cornil et Ranvier, la dénomination de psammomes, que lui avait imposée Virchow. Il est facile de voir à cette description en quoi les endothéliomes diffèrent des épithéliomes. N'insistons pas, mais faisons remarquer aussi les analogies : elles expliquent les dénominations d'épithéliome des séreuses que leur réservait Robin, de carcinome endothélial, que leur donnent encore quelques auteurs. M. Pilliet a récemment rapporté à la Société anatomique un cas dans lequel cette nature endothéliale des tumeurs méningées est des plus manifestes. Il semble qu'elles puissent se développer aussi bien aux dépens des cellules endothéliales de la séreuse, qu'aux dépens des cellules vasculaires. M. Cornil a rapporté, il y a quelques mois, à la Société anatomique, un cas des plus intéressants à ce point de vue (31 mai 1889).

(1) Lancereaux. *Traité d'anatomie pathologique*, t. II, p. 416.

Si l'entente semble se faire sur les tumeurs méningées, il n'en est pas encore de même sur les tumeurs cérébrales, proprement dites, dont la nature a été, récemment encore, remise en discussion, pour l'une de leurs variétés, les gliomes.

On admettait jusqu'ici, que la névroglie était une variété spéciale de tissu conjonctif, et, par suite, que les néoplasies qui s'y développaient appartenaient au type conjonctif, qu'elles étaient une variété de sarcome; mais des recherches récentes, il résulte que cette opinion n'est pas exacte. L'origine de la névroglie est aujourd'hui considérée comme identique à celle des cellules nerveuses elles-mêmes. A l'origine mésodermique, se trouve substituée l'origine ectodermique de la névroglie. Avec MM. Ranvier, Duval, Renault, Vignal, Bard, etc., on la considère aujourd'hui comme du tissu nerveux à l'état embryonnaire, dont l'origine et la nature ne seraient autres que celles de tous les éléments nerveux. Au moment de la formation de l'axe cérébro-spinal existe autour de l'épendyme une zone de tissu provenant de l'ectoderme, constitué par des cellules dites neuroblastes, cellules qui sont l'origine de la substance nerveuse par leurs transformations ultérieures en cellules nerveuses ou en cellules araignées. Ces éléments peuvent proliférer, donnant naissance à ces néoplasies aussi intéressantes que mal connues, dites d'origine centrale. Récemment, nos excellents collègues, MM. Lesage et Legrand, ont parfaitement étudié une de ces tumeurs par hyperplasie des éléments nerveux (1). Ils insistent sur ce fait qu'il faut différencier ces tumeurs des sarcomes développés dans le tissu conjonctif, c'est-à-dire aux dépens du feuillet moyen qui pénètre les éléments nerveux lors de l'apparition des vaisseaux. Elles sont d'origine ectodermique, disent-ils : elles se différencient des sarcomes par leur origine embryologique, leurs caractères histologiques : elles paraissent envahissantes de proche en proche, mais ne se généralisent pas. Elles sont dues à l'hyperplasie du tissu nerveux : cellules nerveuses, cellules araignées, neuroblastes. MM. Lesage et Legrand ont observé cette tumeur chez un enfant, mais on en connaît un certain nombre de cas chez des adultes, ainsi que le fait est d'ailleurs rapporté dans le mémoire que nous signalons. Quelles sont ces tumeurs à éléments nerveux? Dans quel groupe faut-il les faire rentrer? Sont-ce des tumeurs comparables à l'épithéliome; sont-ce des lésions d'ordre inflammatoire, des encé-

(1) Lesage et Legrand. *Archives de physiologie*, 1888, t. II, p. 344.

phalites de nature spéciale? Ce sont là des points sur lesquels nous ne sommes rien moins que fixés, et tout en inclinant vers la première solution, nous nous contenterons de poser la question. Il faut avouer, cependant, que s'il s'agit d'épithéliomes, ils se présentent en clinique aussi bien qu'au point de vue anatomo-pathologique, comme possédant des caractères particuliers. Ce sont des tumeurs semblables qui ont été décrites sous le nom de cérébromes (Hayem) ou encore de névromes.

Notre distingué collègue, M. Pilliet, a récemment rapporté un fait comparable au précédent (1). La tumeur était constituée par du tissu de substance grise fœtale, avec de grandes cellules nerveuses, arrondies ou ovales, sans prolongements apparents, et par du tissu vasculaire, envahissant et modifiant ce tissu primitif. Ce serait un névrome embryonnaire. « Il faut admettre, dit M. Pilliet, que ces éléments sont des cellules nerveuses qui n'ont pas encore de prolongements, c'est-à-dire qui ressemblent à celles qu'on trouve aux premiers stades du développement. » Toutes ces notions permettent de faire rentrer les tumeurs de la névroglie dans le groupe des tumeurs qui proviennent du feuillet externe du blastoderme, mais pour savoir s'il s'agit bien là de l'épithéliome primitif de l'encéphale, il faut attendre des recherches ultérieures. Ce qu'on peut dire dès maintenant, c'est qu'elles représentent des tumeurs épithéliales, qu'on peut opposer à celles qui proviennent du feuillet moyen, dont un des types constitue ce que nous avons vu être l'endothéliome.

III

Nous pourrions encore multiplier ces exemples, mais sans profit. Les précédents suffisent pour montrer l'exactitude de la base de la théorie épithéliale du cancer, pour faire voir surtout comment le développement du cancer s'explique à merveille avec les notions que nous possédons sur le développement normal de l'organisme.

Cohnheim a émis une hypothèse séduisante, d'après laquelle, au moment du développement, des germes embryonnaires provenant d'une inclusion des feuillets blastodermiques demeurent inemployés. Que sous une influence quelconque ces germes soient animés d'une nouvelle activité, ils se mettent à proliférer, et l'on assiste ainsi à l'évolution d'une tumeur qui se développera, par suite, suivant le type de ces germes eux-mêmes. Ces éléments ainsi réveillés ne tendent à rien autre qu'à reproduire l'évolution normale, le développement primitif des tissus. Ils s'étendront d'autant plus qu'ils appartiennent à une phase moins avancée ; tandis que la production des uns tendra à l'état adulte du tissu, l'hypergenèse des autres, au contraire, ne dépassera pas la phase embryonnaire et s'étendra indéfiniment. De ces différences résultent et la malignité des tumeurs, et la diversité clinique qu'elles présentent.

Que si, dans quelques cas, on voit se développer l'épithéliome dans des organes qui ne contiennent pas d'épithélium à l'état normal, ces faits, quelque irréguliers qu'ils paraissent, rentrent encore dans la règle commune. Dans tous ces cas, l'étude du développement nous montre précisément la possibilité de ces inclusions fœtales, entraînant avec elles la présence d'épithéliums dans des points où ils ne se trouvent pas normalement. Certaines de ces tumeurs épithéliomateuses sont aujourd'hui des mieux connues et ne font même que confirmer la règle de l'origine épithéliale du cancer (1).

(1) PILLIET. Société anatomique, 7 juin 1889.

Que devient, en présence de ces notions, la doctrine de la nature parasitaire du cancer?

S'il est une affection qui, par sa physionomie clinique, sa marche, son évolution, ses tendances à infecter toute l'économie et à en amener la prompte déchéance, en impose tout d'abord pour une maladie infectieuse, c'est assurément le cancer. Sa nature contagieuse a même été soupçonnée il y a longtemps déjà. Sans remonter à Zacutus Lusitanus, on connaît les expériences d'Alibert, de Biett, de Dupuytren qui, au commencement de ce siècle, tentèrent d'inoculer, soit sur eux-mêmes, soit sur des animaux, des produits cancéreux, et cela, d'ailleurs, sans aucun résultat.

Plus tard, on a rassemblé un certain nombre d'observations, qui sembleraient bien, au premier abord, démontrer la possibilité de la contagion du cancer. Langenbeck, Lebert, Follin, Goujon, Quinquaud, Budd, etc., ont rapporté des faits de ce genre. Ce sont des cas de cancer de l'utérus chez la femme, de cancer de la verge chez le mari, des cas de cancer survenus chez des chirurgiens qui opèrent dans un hôpital de cancéreux, chez des servantes qui soignent leurs maîtresses cancéreuses, des cas de cancer chez des chiens qui vivent avec leurs maîtres atteints de cancer, etc. Ce sont encore des cas qui paraissent démontrer l'auto-inoculabilité, cancer de l'estomac, consécutif à un cancer de la langue, cancer de l'œil succédant à un cancer du dos de la main, etc. N'insistons pas sur ces faits dont la critique a d'ailleurs été faite et le point faible mis en lumière. On les trouvera parfaitement exposés dans des Revues générales de ces dernières années (2).

D'autres auteurs tentent d'inoculer le cancer par différents procédés, et en multipliant les expériences, M. Goujon semble arriver à un résultat positif, devant lequel les résultats négatifs de Paul Bert, de MM. Verneuil, Jeannel, etc., perdent de leur valeur.

Forts de ces faits, plusieurs auteurs, Cripps, Nedopil, etc., et notamment, en France, M. Ledoux-Lebard n'hésitent pas à admettre la nature infectieuse du cancer. Le microbe du cancer, à la vérité, n'est pas encore trouvé, mais on sent que la question est à l'ordre du jour.

Le 28 novembre 1887, Scheurlen communique, à la Société de médecine interne de Berlin, le résultat de ses travaux d'après lesquels il prétend avoir isolé le microbe du cancer. Il a trouvé un bacille et des corpuscules qui en seraient les spores, et il l'a cultivé dans le liquide pleurétique. Ce bacille a été inoculé dans la mamelle de six chiennes. Deux d'entre elles, sacrifiées après un mois, ont présenté une tumeur de la grosseur d'une noisette, constituée par des cellules ayant l'apparence de cellules épithéliales. Pour Scheurlen, la nature bacillaire du cancer est donc un fait acquis. C'est un véritable coup de théâtre. Aussitôt surviennent des réclamations de priorité de MM. Rappin (de Nantes), Domingos Freire (de Rio), qui ont

(1) RECLUS. Épithéliome térébrant du maxillaire, *Progrès médical*, 1876. — MALASSEZ. Rôles des débris épithéliaux paradentaires, *Archives de physiologie*, 1885.

(2) LEDOUX-LEBARD. Le cancer maladie parasitaire, *Archives générales de médecine*, 1885, t. I, p. 413. — LONGUET. Des néoplasmes, *Union médicale*, 1885, t. II, p. 448 et 457. — DENUCÉ. *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, 1888, p. 574. — Ajoutons une Revue récente de M. Michaud sur la contagion du cancer, *Semaine médicale*, 17 juillet 1889.

obtenu les mêmes résultats que Scheurlen (1). Domingos Freire prétend avoir reproduit le cancer par inoculation de cultures prises aux animaux. Quant à M. Rappin, il est incontestable qu'il a trouvé un bacille, bien avant Scheurlen lui-même, mais, par une conception étrange, il fait provenir ce micro-organisme des cellules elles-mêmes. « Dans toute cellule séparée de son milieu physiologique ou des conditions normales de son existence, c'est-à-dire tendant à se mortifier, le protoplasma évolue et donne naissance par sa transformation à certains micro-organismes. » C'est revenir aux doctrines de Béchamp. Ainsi donc, voici deux expérimentateurs : pour l'un le bacille produit le cancer, pour l'autre ce même bacille n'est plus qu'un produit du cancer.

Le premier moment de recueillement passé, les bactériologistes se mettent à l'œuvre : Bernabei, Sanarelli, Sanguirico (en Italie), Francke (en Allemagne), etc., se rallient entièrement aux conclusions de Scheurlen. Mais des contradicteurs surgissent à leur tour. Le jour même de la communication de Scheurlen, Guttmann, puis Fränckel avaient pris la parole et émis des doutes sur les conclusions de Scheurlen et même sur les procédés par lui employés (Fränckel).

Bientôt, en Angleterre, Ballance et Shottock (2) montrent le défaut de toutes ces expériences et constatent que, jusqu'à présent, si l'on se met à l'abri des causes si multiples d'erreur dans des expériences de ce genre, les résultats restent toujours négatifs. En Allemagne, c'est d'abord Fränckel, puis Löffler, qui émettent des objections. « Lorsque des bactéries, dit Fränckel, déterminent des processus de prolifération (tuberculose, lèpre, syphilis), ceux-ci ont une constitution propre : il n'y a jamais de prolifération épithéliale. » Il croit donc que tout en réservant la nature infectieuse du cancer, il est impossible d'affirmer sa nature bactérienne. Le dernier coup est porté par Senger au bacille de Scheurlen. Senger montre que ce bacille n'est autre que celui que l'on retrouve si fréquemment se cultivant sur les pommes de terre : il n'a aucune valeur pathogène et peut se rencontrer sur tous les tissus sains; c'est le *kartoffel bacillus*, micro-organisme banal au premier chef. Aussi n'y a-t-il rien d'extraordinaire à ce que les expériences de Scheurlen, reprises par Senger, n'aient donné que des résultats négatifs, et que les cultures données par Scheurlen à Senger aient été inoculées en vain. Bientôt Baumgarten et Rosenthal, Pfeiffer, Makora, confirment les expériences de Senger.

Ainsi donc, le micro-organisme, qu'on avait pu croire un moment spécifique du cancer, échappe à nouveau. Bien plus, ce micro-organisme, pour certains auteurs, ne peut pas exister (Fränckel). N'est-ce pas à cette conclusion qu'arrive M. Brault dans l'excellent mémoire que nous avons déjà si souvent cité. Ce qu'on peut dire surtout, c'est qu'il n'est pas nécessaire pour expliquer les phénomènes cliniques du cancer. C'est à cette conclusion qu'arrive Virchow dans une lettre écrite à Spencer Wells, et cette conclusion s'applique aussi bien au bacille qu'aux autres microzoaires qu'on a été tenté de rechercher dans les tumeurs cancéreuses.

Qu'un bacille qui pénètre dans les tissus y détermine une irritation à la suite de laquelle se manifeste une prolifération cellulaire, voici qui n'a rien que d'admissible; mais comment expliquer l'infection? Ce bacille pénètre dans toute l'économie; au contact d'une autre cellule, il détermine de nouveau une irritation d'où tumeur secondaire, mais alors cette tumeur secondaire doit revêtir le type de la cellule qui prolifère : celle-ci doit végéter comme végétaient les cellules de la tumeur primitive, c'est-à-dire suivant le type auquel elle appartient : on doit donc trouver dans un cancer qui s'est généralisé à la fois l'épithéliome pavimenteux, l'épithéliome cylindrique, l'épithéliome glandulaire. Or, ceci n'a jamais lieu : toujours la tumeur secondaire reproduit le type de la tumeur primitive. Si les cellules des glandes de l'intestin ont été les premières à proliférer, on retrouvera dans les ganglions, dans le foie, dans tous les nodules secondaires l'épithéliome cylindrique de la tumeur mère. Comment expliquer ce fait, sinon par le transport avec le bacille de la totalité ou d'une partie seulement d'une cellule cancéreuse. Si l'on admet dès lors cette embolie cancéreuse, la notion du bacille n'a plus de raison d'être; elle n'est plus nécessaire : que le micro-organisme existe ou non, peu importe. Les faits s'expliquent alors d'eux-mêmes, et c'est à cette conclusion que nous arrivons : une cellule cancéreuse joue ce rôle de micro-organisme infectant; elle pénètre, ce qui est prouvé, soit par la voie lymphatique, soit par la voie veineuse et dans le point de l'économie où elle s'arrête, elle donne naissance à une tumeur secondaire de par le fait même de sa tendance à une prolifération excessive, qui n'est pas moins démontrée. En proliférant, que reproduira-t-elle? Son type même, assurément, c'est-à-dire le type de la tumeur mère.

Les faits de contagion, les faits même d'inoculation, pour démontrés qu'on les tienne, ne s'expliquent-ils pas ainsi de la façon la plus manifeste? Est-ce forcer les analogies quand on voit la facilité avec laquelle se reproduit une cellule normale dans une greffe cutanée par exemple, de lui comparer une cellule animée de propriétés pathologiques?

Cette opinion a, d'ailleurs, été déjà soutenue : on en aura la preuve par cette phrase que nous empruntons en terminant au travail de M. Denucé : « Pour Beale, Odénius, Fortes, l'élément infectieux du cancer est la cellule cancéreuse elle-même. Beale croit que l'inoculation directe de la cellule cancéreuse chez une personne saine peut déterminer l'apparition d'un cancer. Il admet même la possibilité d'une culture de cellules cancéreuses dans un milieu approprié. Pour Odénius, la cellule cancéreuse est douée de la double propriété de se multiplier à l'infini et de sécréter une substance exerçant sur les tissus animaux une action chimique. Par sa multiplication rapide elle refoule les tissus voisins et exerce sur eux un effet mécanique. Elle se substitue ainsi aux autres éléments épithéliaux et même aux éléments ou tissus de substance conjonctive. »

Quant à la cause première, au *primum movens*, de cette activité cellulaire, elle nous échappe encore absolument. Un fait qui nous a frappé à la lecture de quelques observations de néoplasies cancéreuses est la possibilité d'endartérites localisées, au voisinage de la tumeur. C'est là une constatation qu'il nous a paru intéressant de faire ressortir.

---

(1) Voir à ce sujet : Petit, Microbe du cancer, *Union médicale*, 1887, t. II, p. 841.

(2) Ballance et Shottock. *Brit. Med. Journ.*, 29 novembre 1887.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SYPHILIS GRAVES PRÉCOCES

FORMES, FRÉQUENCE, ÉTIOLOGIE, PRONOSTIC (1)

Par M. le docteur Georges BAUDOUIN, ancien interne des hôpitaux de Paris.

V

FRÉQUENCE DE LA SYPHILIS GRAVE PRÉCOCE ; ÉPOQUES D'APPARITION DU TERTIARISME. — A mesure qu'on étudie davantage la syphilis, les cas dans lesquels elle prend de bonne heure une forme grave paraissent de moins en moins constituer des exceptions.

Une statistique de M. Morel-Lavallée, faite dans le service de la clinique de l'hôpital Saint-Louis, donne :

11 syphilis malignes p. 100 syphilitiques, chez l'homme.
3,33 — chez la femme.

Le tertiarisme joue un assez grand rôle dans l'aggravation de la syphilis pour qu'il y ait intérêt à tenir compte de ses dates d'apparition.

Nous avons dépouillé, à ce point de vue, un nombre considérable d'observations (plus de 1800) de syphilis tertiaires, prises en dehors de l'hôpital par M. Fournier, et nous avons réuni les résultats (pour les hommes seulement) dans une courbe qui donne pour chaque année, à partir du début de la maladie, le nombre de cas dans lesquels est apparu le tertiarisme. Voici quelques chiffres :

La 1re année figure pour	86 cas, soit	4,70 p. 100.
— 2e —	197	—	10,80	—
— 3e —	210	—	11,50	—
— 4e —	178	—	9,76	—

Chez la femme, bien qu'opérant sur un nombre de malades bien inférieur, nous trouvons le maximum de fréquence au niveau de la troisième année (13,65 p. 100). Mais, ici aussi, la deuxième année approche beaucoup de la troisième, elle figure pour 10,20 p. 100 des cas.

Dans les deux sexes, la différence est tellement grande entre la première et la deuxième année, d'une part, et si faible entre la deuxième et la troisième année, d'autre part, que nous nous demandons pourquoi on ne ferait pas commencer le tertiarisme à la deuxième année aussi bien qu'à la troisième ?

Nous sommes loin, d'après cela, des données anciennes d'après lesquelles le tertiarisme débuterait le plus souvent de la cinquième à la huitième année de la syphilis. Quant à la proportion des cas de tertiarisme dès la première année, elle dépasse tout ce qu'on croyait jusqu'ici. Et encore, devons-nous faire remarquer que les malades sur lesquels repose cette statistique appartiennent à une classe sociale plus favorisée au point de vue du bien-être, de l'hygiène, etc., que les malades d'hôpital.

Par ordre de fréquence, les accidents qui inaugurent le tertiarisme viennent dans l'ordre suivant :

1° Les syphilides tertiaires ;
2° Les syphiloses nerveuses (cérébrales et médullaires) ;
3° Les syphiloses osseuses ;
4° Les syphiloses du testicule ;
5° Les gommes isolées ;
6° Les glossites en général.

Parmi les observations publiées par nous, nous trouvons une proportion de :

95,4 p. 100 dans lesquelles la gravité ou la malignité de la maladie s'est manifestée entre les premiers mois et la fin de la première année ;

4,54 p. 100 dans la seconde année.

La différence entre ces chiffres et ceux de la statistique précédente résulte de ce qu'ici nous n'avons pas uniquement cherché ni trouvé des éléments de gravité, dans les accidents tertiaires.

En effet, nous signalons plusieurs cas de syphilis secondaires graves (typhose, dénutrition, asthénie, etc.).

Dans les nombreuses observations qui se rapportent à nos autres classes de syphilis graves précoces, ce sont les syphilides qui tiennent le premier rang au point de vue de la fréquence ; ensuite viennent les syphiloses nerveuses, et, en tête de celles-ci, la syphilis cérébrale. Les lésions destructives de la gorge (phagédénisme, etc.) nous ont paru particulièrement nombreuses dans la clientèle d'hôpital (tabac, alcoolisme).

VI

ÉTIOLOGIE ; FACTEURS DE GRAVITÉ. — Pour M. Fournier, le facteur de gravité ne réside pas dans la provenance de la syphilis, dans la qualité de la graine. Une syphilis bénigne ne résulte pas forcément d'une syphilis bénigne, ni une syphilis grave d'une syphilis grave. Mais c'est chez l'individu syphilisé qu'il faut chercher et qu'on trouve les causes de malignité.

Il y a des facteurs de gravité d'ordre général (tempérament, constitution, santé habituelle, hygiène, conditions d'existence, etc.) et des facteurs de gravité spéciaux (Fournier) ;

1° Ages extrêmes : *a*. Syphilis des nouveau-nés (viscérale précoce par excellence) ;

b. Syphilis acquise au delà de cinquante ans (particulièrement grave). Nous possédons plusieurs observations dans lesquelles nous retrouvons les trois formes : syphilis secondaires graves, syphilis malignes précoces, syphilis viscérales précoces, parmi lesquelles plusieurs cas de mort rapide.

2° Scrofulo-tuberculose (prédisposition au tertiarisme précoce, à la cachexie, au marasme).

Alcoolisme (syphilides cutanées malignes, syphilis dénutritives, syphilis viscérales et surtout syphilis cérébrales précoces).

Impaludisme. Albuminurie. Diabète. Misère sociale et physiologique.

Prédispositions héréditaires ou acquises (semblent influencer les localisations).

Absence ou insuffisance du traitement au début de la diathèse (démontrée par M. Fournier).

Consanguinité des parents (un de nos cas).

Qualité de l'accident primitif : *a*. Le chancre malin (gangreneux, etc., est rare, mais quand il existe est souvent suivi de syphilis grave précoce) ;

b. Chancres extra-génitaux (influence encore mal connue).

VII

PRONOSTIC. — La syphilis est toujours une maladie grave (même celle qui débute de la façon la plus bénigne).

Mais quel avenir est réservé aux malades atteints de sy-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 921.

philis graves précoces? Deux pronostics à faire : 1° celui du *présent;* 2° celui de l'*avenir*.

Une syphilis secondaire grave peut-être mortelle (nous en avons des exemples, chez des vieillards) ou au moins préparer le terrain aux manifestations les plus graves de nature quelconque. En un mot, l'atteinte générale portée à la nutrition met les malades en imminence morbide pour toutes les maladies infectieuses, et en particulier la tuberculose (exemples de mort dans la cachexie tuberculeuse, chez des individus n'ayant présenté aucun antécédent héréditaire). Elle prépare aussi le terrain au développement du tertiarisme précoce, au point que, dans nombre de nos cas, la syphilis maligne précoce, par exemple, a commencé par une dénutrition secondaire intense, d'où la difficulté souvent d'établir rigoureusement dans laquelle de nos grandes classes doivent être rangés les faits observés.

Mais, étant donné un malade qui présente une syphilis maligne précoce, que deviendra-t-il ?

Plusieurs éventualités peuvent se présenter :

1° La maladie peut guérir, au point de vue de ses manifestations graves, du moins, en quelques mois, un an, deux ans, sous l'influence d'un traitement énergique et bien dirigé. Mais les bénéfices de cette guérison ne doivent être consignés qu'avec toutes réserves au point de vue de l'avenir même le plus éloigné, car les récidives sont toujours à redouter au bout d'un temps quelconque, sans compter, pour le présent, les traces que peut laisser une première atteinte en lésions viscérales irréparables, cicatrices, mutilations, ou troubles de la santé générale, qui peut rester ébranlée pour toujours.

2° Ou bien surviendra une série de manifestations tertiaires, viscérales ou non (ecthyma, gommes, perforations palatines, — ou phénomènes généraux, affaiblissement, syphilides tertiaires, etc., — ou fièvre, syphilides gommeuses, iritis, etc.), bientôt suivie d'altérations de la santé générale, cachexie et mort par marasme ou affection aiguë.

3° Ou bien on assistera à une syphilis continue (répétition de poussées syphilitiques plus ou moins variées, séparées par des intervalles de repos plus ou moins complet, aboutissant enfin à la dénutrition et à la cachexie).

La syphilis viscérale précoce prend souvent le type continu. Mais alors les récidives affectent fréquemment les mêmes formes, les mêmes localisations que la première atteinte. La gravité spéciale due à la localisation est en raison de l'importance vitale des organes lésés.

Enfin :

1° Ou bien la vérole grave précoce fait directement et rapidement à l'organisme des blessures irréparables ;

2° Ou bien elle peut conduire à la tuberculose par la cachexie précoce qu'elle détermine.

De là l'importance du traitement, au sujet duquel les opinions varient : le mercure, repoussé comme débilitant par les uns, est employé par la plupart des médecins, et en particulier par M. le professeur Fournier, qui prescrit de le donner rapidement, abondamment. Il faut y ajouter les pansements locaux, l'hygiène, les toniques généraux, les reconstituants.

En un mot, thérapeutique active, spécifique et reconstituante, pour guérir les manifestations directes de la diathèse, en prévenir le retour, si possible, et consolider l'organisme contre de nouvelles poussées infectieuses.

Un concours public pour trois places de médecin titulaire du bureau de bienfaisance s'ouvrira le 16 décembre 1889, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Duboué (de Pau), décédé à l'âge de cinquante-six ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. RENDU.

Méningite tuberculeuse chez un adulte.

Nous venons d'assister, tout à l'heure, à la dernière étape d'une affection cérébrale, survenue dans le cours d'une maladie chronique du poumon, chez une femme dont l'histoire est celle de la phthisie vulgaire.

Ses antécédents héréditaires sont bons : son père vit et jouit d'une très bonne santé, sa mère est morte jeune, il est vrai, mais en couches. Elle-même était grande et forte, elle paraissait bien constituée et n'avait jamais été malade lorsque, il y a quinze mois, sans cause appréciable, sans excès de fatigue ni d'aucun genre, sans grossesses répétées ni fausses couches, elle a commencé à tousser.

Deux ou trois mois plus tard, ses règles cessaient de venir, et, peu après, elle avait une véritable hémoptysie, laquelle fut considérée comme supplémentaire d'une menstruation supprimée. Mais l'on ne saurait, dans bien des cas, trop se méfier de ces crachements de sang, de ces hémoptysies dites supplémentaires, parce que, bien souvent, il y a là, derrière elles, une épine au niveau du poumon, quelque phthisie latente.

Donc, durant trois mois, ses règles furent supprimées ; pendant ce temps, la toux augmentait, s'accompagnait souvent de vomissements, les forces diminuaient, l'embonpoint faisait place à un commencement d'amaigrissement. La malade resta ainsi pendant tout l'hiver et jusqu'à il y a trois semaines, où la toux alla de plus en plus en augmentant, caractérisée par de véritables quintes, avec fièvre le soir et sueurs profuses la nuit. C'est ainsi qu'elle est entrée dans mon service, il y a dix jours, avec une recrudescence des phénomènes thoraciques, si bien que sa tuberculose, jusque-là à évolution lente, chronique, s'est tout à coup transformée en granulie.

A son arrivée à l'hôpital, la face était congestionnée, vultueuse, avec des alternatives de coloration et de pâleur, l'expectoration était muco-purulente et abondante. Le lendemain matin, le pouls était fréquent (100 et quelques pulsations), la température à 38°4 ; la percussion décelait de la matité des deux côtés de la poitrine, à gauche principalement ; à l'auscultation, on entendait aux sommets des râles abondants, sous-crépitants à gauche, caractéristiques de la fin du deuxième degré et du commencement du troisième, crépitants à droite, correspondant au commencement du deuxième degré. De plus, dans le reste de la poitrine, on percevait des râles disséminés çà et là.

Le diagnostic ne pouvait être douteux, il s'agissait d'une tuberculose pulmonaire classique, ayant subi les deux phases : primitive et lente d'abord, puis secondaire, aiguë, tendant à la granulie.

Mais ce n'était pas tout, la malade était sous l'imminence d'une méningite tuberculeuse ; en effet, elle se plaignait de douleurs de tête violentes, persistantes, fixes et généralisées, excessives au point de la faire pousser des cris et plus accentuées encore la nuit que le jour, avec irradiations partant de la nuque pour gagner les membres supérieurs. Dans les bras et les avant-bras, en effet, il existait une hyperesthésie, ou plutôt la malade avait des sensations subjectives de paresthésie (engourdissements et fourmillements douloureux). Enfin l'apparition des vomissements confirmait, par leur association à cette symptomatologie, le diagnostic de méningite, vomissements sans cause, spontanés, bilieux, c'est-à-dire d'origine cérébrale. Enfin nous constations, dès le premier jour, un dernier signe confirmatif aussi de la méningite, je veux parler de l'inégalité pupillaire.

Bref, cette triade symptomatologique : céphalalgie très vive, vomissements et troubles pupillaires, nous conduisait à plus qu'une présomption, à une quasi certitude de méningite tuberculeuse. Celle-ci, d'ailleurs, malgré le traitement par les révulsifs auxquels nous avions eu recours, sangsues, vésicatoires, glace sur la tête, etc., n'a présenté aucune amélioration ; pendant les trois jours qui ont suivi son entrée, les violents maux de tête ont persisté, à l'hyperesthésie sensitive s'est ajoutée une hyperesthésie sensorielle, avec rêvasseries, paroles incohérentes, délire augmentant la nuit, agitation, etc.

Mais, au bout de trois jours, une nouvelle phase est survenue, la phase d'oscillation de Jaccoud, caractérisée, entre autres phénomènes, par le ralentissement du pouls tombant de 100 et quelques pulsations à 40, irrégularité, diminution de la toux, ralentissement, inégalité, irrégularité de la respiration. En un mot, à la phase d'excitation des méninges cérébrales proprement dites, succédait la phase d'excitation des méninges bulbaires et du pneumogastrique. Aussi, dès ce jour-là, la scène changeait du tout

au tout, la malade qui, jusque-là, s'était plainte de souffrir beaucoup, devenait calme, indifférente à tout ce qui se passait autour d'elle, indifférente à s'alimenter, et tombait dans une sorte de paresse intellectuelle, de torpeur psychique, dans une véritable dépression cérébrale, avec abaissement de la température de 38°4 à 37 degrés.

Ce stade dura trois jours, jusqu'à lundi matin, où, sans cause apparente, une nouvelle phase est apparue : la température a remonté à 38°4, le pouls très accéléré s'est relevé à 120, la respiration est devenue beaucoup plus rapide (42 au lieu de 16 ou 18). En même temps, stupeur, somnolence très prononcée, parésie plus grande des organes des sens, indifférence des plus accentuées, commencement de la dilatation pupillaire, dilatation inégale succédant à une contraction inégale aussi, paralysie vaso-motrice accentuée, face de plus en plus vultueuse, plus colorée, résolution musculaire avec soubresauts des tendons, carphologie.

Enfin, depuis hier, le centre thermique est touché à son tour, la température est à 39 degrés, le pouls à 150 et la respiration à 60. Aujourd'hui même, cette dernière est à 70 ou 72 et les lèvres commencent à se cyanoser, phénomènes de l'agonie commençante.

En résumé, cette malade, dont la fin est des plus prochaines, nous a présenté un type classique de la méningite tuberculeuse, avec ses trois stades successifs :

1° Le stade de l'envahissement bacillaire, avec troubles inflammatoires et circulatoires du cerveau ;

2° Le stade d'excitation caractérisé par la diminution des phénomènes corticaux et l'accentuation des phénomènes bulbaires ;

3° Le stade de dépression paralytique qui va jusqu'à la terminaison fatale de la maladie.

L'hyperesthésie, dont je parlais tout à l'heure, est une sensation subjective, plus qu'une hyperesthésie véritable ; on la rencontre dans certaines névroses et elle a, par suite, donné lieu quelquefois à des erreurs de diagnostic. Aussi est-ce là un phénomène bien moins important que l'inégalité de contractions pupillaires ; son apparition m'a fait dire, dès le début, qu'il s'agissait bien chez notre malade, surtout en y joignant ses autres symptômes, d'une méningite tuberculeuse.

Un autre point capital, sur lequel j'insiste avant de terminer, c'est la suppression *complète* de *tous* les phénomènes thoraciques, dès que la méningite a été confirmée. En effet, cette femme, dont la toux était continue, par quintes des plus fatigantes, dont l'expectoration muco-purulente était considérable, a presque cessé de tousser et de cracher, et n'a plus eu d'oppression ; bien plus, à l'auscultation, nous avons constaté que les râles avaient diminué, puis, quarante-huit heures plus tard, complètement disparu.

Or, ce n'est pas là un fait isolé, mais assez commun, au contraire, dans les cas pareils à celui de notre malade. C'est ainsi que les phénomènes cérébraux survenant font taire ceux qui existaient d'un autre côté et, si l'on n'a pas assisté au début des accidents, peuvent entraîner des erreurs de diagnostic et, par suite, de pronostic. C'est ainsi que les accidents du côté des méninges peuvent faire croire, le premier jour, à une amélioration véritable de la maladie, tandis qu'ils sont, au contraire, le début d'une aggravation considérable, devant conduire à une mort prochaine.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. HEURTAUX.

Pyélo-néphrite, phlegmon périnéphrétique, fistule rénale; néphrectomie, guérison.

B... (Jules), âgé de vingt et un ans, bourrelier, demeurant à Savenay (Loire-Inférieure), entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes le 27 septembre 1887.

Ce jeune homme, un peu amaigri, mais de bonne constitution, ne présente aucun antécédent héréditaire : son père est mort d'un traumatisme, sa mère existe et jouit d'une bonne santé ; il a deux frères et deux sœurs bien portants.

Lui-même n'a jamais eu d'autre maladie que celle qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. Il n'a pas eu d'engorgement ganglionnaire, ne s'enrhume pas, n'a pas été atteint de variole, de fièvre typhoïde, etc. Il affirme également n'avoir jamais souffert de la gravelle. Enfin, on ne trouve chez lui aucun antécédent de syphilis ou de blennorrhagie.

Il y a trois ans, étant à Paris, B... a commencé à éprouver, dans la région lombaire gauche, une douleur gravative, continue, augmentant pendant la marche et le travail. Il n'y avait eu ni chute, ni contusion de la région douloureuse.

Dès le début des douleurs, le malade remarqua que ses urines, antérieurement claires, laissaient déposer au fond du vase une matière grise, opaque, ressemblant à du pus. A la même époque, il y eut une hématurie légère. En allant à la selle, le malade vit un jour sortir par la verge une urine teintée de sang ; depuis lors, ce fait ne s'est pas reproduit.

Après trois mois de souffrances, en février 1885, le malade, ne pouvant plus travailler, entra à l'hôpital Beaujon. Environ trois semaines après son admission, le 2 mars, M. Schwartz, chargé du service où il avait été placé, ouvrit largement un volumineux phlegmon développé dans la région périnéphrétique gauche. Ce chirurgien distingué, qui a bien voulu me renseigner sur cette phase de la maladie, m'apprend que l'ouverture a livré passage, pendant quelques semaines, à du pus et à de l'urine en grande quantité ; il n'a pu constater aucune lésion calculeuse, malgré plusieurs explorations faites dans le foyer de l'abcès. L'écoulement prolongé d'urine et de pus fit naturellement penser, à M. Schwartz, que la néphrectomie deviendrait nécessaire ; la cicatrisation s'effectua néanmoins et, après un séjour de trois mois à l'hôpital, B... sortit complètement guéri.

Après cela, le jeune homme se porta bien pendant deux ans et demi ; toutefois, malgré l'absence de douleurs, ses urines contenaient toujours du pus.

Ne trouvant plus à s'occuper dans sa profession de bourrelier, il s'était engagé, en mars 1887, comme garçon de salle à bord d'un Transatlantique. Six mois après, le 3 septembre, au moment où il s'embarquait à Colon pour revenir en France, il fut pris de nouvelles douleurs dans la région qui avait été le siège de l'abcès. Il survint de la fièvre, de l'amaigrissement, et, le 27 septembre, le malade entrait à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Dès le lendemain, il se faisait une petite ouverture à la partie inférieure de l'ancienne cicatrice, et il s'écoulait en abondance un liquide constitué par un mélange d'urine et de pus. Depuis ce moment, l'écoulement a été continu et a conservé les mêmes caractères.

A l'époque où je reprends le service de la clinique chirurgicale, le 1er novembre, je trouve B... dans l'état suivant : teint pâle, amaigrissement très prononcé. Pouls habituellement fréquent ; presque tous les soirs, un peu de fièvre. Appétit très médiocre, garde-robes régulières. Aucun symptôme du côté des organes respiratoires ; bruits du cœur normaux.

Dans la région lombaire gauche, à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque, existe un orifice à contours enflammés, bourgeonnants, qui livre passage à un liquide louche, dont la fétidité rappelle l'odeur d'urine putréfiée. Il est évident qu'il s'agit d'un mélange de pus et d'urine, et l'examen microscopique, joint à l'analyse chimique, en donne une preuve certaine.

La proportion d'urée contenue dans ce liquide est faible néanmoins, car elle représente seulement 2gr524 par litre (Andouard).

Il est difficile d'apprécier la quantité de liquide qui s'écoule en vingt-quatre heures. On change le malade matin et soir; or, à chaque pansement, non seulement les linges épais placés sur la région lombaire sont imbibés, mais encore le drap d'alèze, sur lequel repose le malade, est mouillé depuis l'épaule jusqu'au genou.

Quand on explore le trajet fistuleux avec une sonde cannelée légèrement courbe, si l'instrument est dirigé en dedans et en haut, on pénètre à une profondeur de 10 centimètres environ. Cette tentative étant assez douloureuse, on n'insiste pas pour aller plus loin. Pendant cette exploration, il s'échappe une quantité notable de liquide trouble, 40 ou 50 grammes environ, sans doute à la faveur de la cannelure de la sonde ou par suite du redressement du trajet fistuleux. Dans ces tentatives, on ne sent pas de concrétions calculeuses. Des injections d'une solution de carmin dans la fistule sont restées sans résultat; le liquide coloré n'a point passé dans l'urine rejetée par l'urèthre.

L'exploration du rein malade ne fournit aucun renseignement. La palpation et la percussion ne dénotent pas une augmentation appréciable du volume de cet organe; il est vrai que la sensibilité de la région ne permet pas de donner à ces recherches un degré de précision suffisant.

Par les voies naturelles, le malade rend une quantité d'urine que l'on mesure chaque jour et qui, pour vingt-quatre heures, varie de 750 à 1150 grammes. Ce liquide est un peu louche, ammoniacal, de couleur foncée, et laisse déposer au fond du bocal une couche de pus pouvant représenter en hauteur la dixième partie du volume total. L'analyse de cette urine y fait reconnaître la présence de l'albumine; mais ce principe est attribué au pus qu'elle contient. A plusieurs reprises, on a remarqué au fond du vase de petites lamelles phosphatiques; jamais de graviers proprement dits. A aucun moment, on n'y a vu de sang.

Il existe un certain degré de cystite. Les besoins d'uriner sont fréquents : toutes les heures, et quelquefois plus souvent encore, B... éprouve le besoin impérieux d'expulser une petite quantité d'urine, et la miction est douloureuse. Le cathétérisme fait constater l'intégrité de l'urèthre.

Le malade, obligé de rester constamment au lit, miné par la suppuration et la fièvre, inondé par un liquide fétide et maigrissant à vue d'œil, se trouvait dans une situation telle que la néphrectomie s'imposait. B... refusa d'abord l'intervention chirurgicale; mais reconnaissant bientôt que la vie devenait intolérable, il accepta l'opération.

Celle-ci fut pratiquée le 24 novembre 1887. Le malade étant placé dans le décubitus latéral droit, avec un coussin de balle d'avoine ferme et cylindrique placé sous le flanc droit pour faire saillir le côté gauche, je trace une incision de 25 centimètres environ, qui commence à un travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et se dirige obliquement en haut et en arrière, jusqu'au milieu de la douzième côte. Cette incision décrit une légère courbe à concavité antéro-supérieure, de sorte que son tiers inférieur est presque parallèle à la crête iliaque, tandis que sa partie supérieure se dirige presque perpendiculairement vers la côte. L'incision passe à 1 centimètre en avant de l'orifice fistuleux, afin d'éviter les tissus cicatriciels qui pourraient empêcher de s'orienter dans la région. Après la division de la peau, j'incise, vers la partie inférieure de la plaie, successivement les muscles grand oblique, petit oblique et transverse. Puis, décollant avec le doigt le péritoine, en remontant en haut et en arrière, je divise la ligne aponévrotique intermédiaire aux muscles des parois abdominales et au carré des lombes. En glissant le doigt en avant de ce dernier muscle, je m'efforce de décoller le rein. Mais ici des difficultés se présentent : l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein a été détruite par les deux phlegmons successifs et remplacée par un tissu résistant, cicatriciel.

C'est donc avec beaucoup de peine que l'on arrive à cheminer autour de l'organe; il faut employer une certaine force et, dans ces efforts, on rompt à la surface du rein une cavité kystique contenant une urine purulente. Le décollement est poursuivi vers la partie supérieure; parfois les brides sont si résistantes qu'il est nécessaire de les couper avec le bistouri ou les ciseaux. On arrive ainsi peu à peu à l'extrémité supérieure du rein, très adhérente à toutes les parties voisines. Les doigts de la main gauche, courbés en crochet, sont insinués peu à peu aux limites supérieures de l'organe, et, à l'aide de tractions ménagées, j'arrive à dépasser le sommet du rein et à l'abaisser au point de le mettre en vue.

A ce moment, un incident se produit : l'air pénètre dans la poitrine avec un bruit d'aspiration intense; il entre et sort à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration en donnant à l'oreille l'impression d'un passage par un orifice étroit. Au moment de l'expiration, j'exerce une pression sur la base du thorax, à gauche, avec la main largement appliquée, afin d'éviter le renouvellement du phénomène, et je prie M. le docteur Poisson de continuer cette compression pour immobiliser les côtes inférieures. Malgré cette précaution, à deux ou trois reprises encore jusqu'à la fin de l'opération un peu d'air est aspiré dans la poitrine. Je remarque alors, vers le sommet du rein que je viens d'abaisser, une bande de tissu musculaire ayant à peu près la largeur de deux doigts et intimement adhérente à la glande. Mes collègues, MM. Joüon et Poisson, qui veulent bien m'assister dans cette opération, ne peuvent également douter de la nature musculaire de cette bandelette. Il est évident qu'il s'agit d'un petit lambeau du diaphragme, devenu adhérent et friable par les deux phlegmons successifs et l'on s'explique ainsi la perforation de la plèvre. Les fibres musculaires se confondent au sommet du rein avec la coque inflammatoire qui l'entoure; l'organe étant abaissé, ces fibres se dirigent en haut et en dehors vers la base du thorax. Avec des pinces à dissection et le bistouri, je désinsère, à son adhérence au rein, cette bandelette qui, devenue libre, remonte librement et reprend sa place normale.

Pour la moitié inférieure du rein, les difficultés sont grandes encore, mais il n'y a pas d'incident à signaler. Après avoir coupé la partie fibreuse, très dure, de tissu cicatriciel qui répond à la fistule, je puis terminer la dissection de l'organe. Pendant cette manœuvre, un autre kyste purulent est rompu. Au voisinage du hile, les adhérences sont beaucoup moins intimes, en sorte que le péritoine peut être respecté.

Enfin le rein peut basculer en entier, en dedans, et le hile s'aperçoit facilement. L'uretère, qui a son volume normal, est lié isolément avec un catgut et coupé au-dessus. Les vaisseaux du hile sont entourés d'une simple ligature en soie phéniquée que l'on serre très vigoureusement et dont l'un des chefs seulement est coupé. Enfin, on divise le pédicule à 1 centimètre et demi au delà de la ligature, tout près du tissu rénal.

Puis, on excise la peau qui constituait l'orifice du trajet fistuleux et celui-ci est, dans toute son étendue, détruit par le grattage avec la curette. Lavage de la plaie avec la solution d'acide phénique et la solution de sublimé.

Deux gros drains parallèles ayant été placés au niveau du pédicule et un troisième un peu plus bas, la plaie est réunie et parfaitement maintenue à l'aide de nombreux fils d'argent. Quatre points de suture, très profonds, comprenant les muscles divisés, sont fixés à l'aide de boutons perforés; quatre ou cinq autres, d'une profondeur moindre, sont placés dans l'intervalle; enfin, un bon nombre de points de suture superficielle complètent la coaptation des tissus. Le fil de soie tenant au pédicule est fixé à l'un des gros drains.

Pansement antiseptique de la plaie : poudre d'iodoforme, gaze iodoformée, jute, épaisse couche d'ouate; le tout maintenu à l'aide d'un bandage de corps fortement serré.

[Le rein enlevé mesure 15 centimètres de longueur sur 9 de largeur. Toute sa surface est bosselée, par suite de la présence de nombreux kystes contenant un liquide qui n'est autre qu'un mélange d'urine et de pus. La plupart de ces kystes paraissent

indépendants ; il y en a d'autres qui communiquent avec un ou deux kystes voisins. Ceux qui avoisinent le hile sont en connexion avec les calices.

Il résulte de cette altération que, sur une coupe pratiquée dans toute la hauteur de l'organe, le rein se présente criblé de cavités larges comme des noisettes ou de petites noix, dont les parois sont constituées par la substance rénale amincie, refoulée, réduite à des cloisons de couleur grise ou rouge sombre.

L'organe, après avoir été incisé dans toute sa hauteur, privé de tout le liquide contenu dans les loges kystiques, pèse 210 grammes.]

A deux heures et demie de l'après-midi (environ quatre heures après l'opération), le pouls donne 100, la température 38°6 (la température de l'opéré a toujours été prise dans le rectum). Le malade a de l'angoisse diaphragmatique, une douleur occupant surtout l'hypochondre gauche ; cependant il n'y a pas de dyspnée véritable. On découvre à ce moment, dans la région du cœur, un bruit de clapotage très intense, qui rappelle le phénomène décrit sous le nom de *bruit de moulin*. La main appliquée sur la région perçoit même très nettement un frémissement comparable au *thrill* de l'anévrysme artérioso-veineux. Trois heures plus tard, le bruit de clapotage est encore plus marqué, et il donne à l'oreille l'impression de deux surfaces glutineuses, se séparant brusquement à chaque révolution cardiaque. Malgré ces bruits si intenses et le frémissement qui les accompagne, le malade ne présente pas d'angoisse véritable. Il a eu seulement quelques vomissements chloroformiques.

On applique sur la région précordiale un vésicatoire carré de 12 centimètres de côté, que l'on enlèvera aussitôt la rubéfaction produite, et l'on fait une injection hypodermique d'un demi-centigramme de morphine. Champagne, bouillon froid.

A dix heures du soir, pouls 120 ; temp. rect. 39 degrés. Nouvelle injection de morphine de 5 milligrammes.

25 novembre. Nuit calme. Pouls 105 à 110 ; temp. rect. 38 degrés. Le malade a encore vomi. Il accuse toujours une vive sensibilité de tout l'hypochondre gauche, soit à la pression, soit dans les mouvements respiratoires.

Le bruit de clapotage a beaucoup diminué, ce qui permet de déterminer avec plus de précision son siège exact. Bien qu'on l'entende encore dans une large zone, on reconnaît qu'il a son maximum un peu à gauche de la région du cœur ; son siège est donc probablement dans la partie la plus antérieure de la plèvre.

B... a rendu, dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération, 800 grammes d'urine, c'est-à-dire une quantité égale à celle qu'il fournissait auparavant, sauf cependant la quantité perdue par la fistule rénale. Le liquide offre, comme toujours, un dépôt purulent, moins abondant toutefois.

Le soir, visage satisfaisant ; cependant les vomissements ont continué. Temp. rect. 38°4.

Le malade présente un peu de cystite (besoins fréquents d'uriner, miction douloureuse). Il n'est guère possible de mettre cette cystite sur le compte du vésicatoire, car celui-ci a été laissé très peu de temps, et, avant l'opération, B... avait souvent des accidents de cette nature.

26 novembre. Pouls 100 ; temp. rect. 37°8. Urines 600 grammes. On entend à l'auscultation le même bruit que la veille, moins intense peut-être. Il est évident que le maximum se trouve en dehors du péricarde. Pouls assez bien frappé. Les vomissements ont cédé à la potion de Rivière.

Le soir la température est à 38°3.

27 novembre. Le bruit de clapotage tend à disparaître. Temp. matin 38°3 ; soir 39°9.

28 novembre. Le bruit anomal a complètement disparu. Le pansement est enlevé. On fait, par les drains, un lavage avec de l'eau phéniquée qui entraîne des débris noirs constitués par du sang altéré. Temp. matin 38°4 ; temp. soir 40°.

29 novembre. Urine noire et trouble, fortement ammoniacale. Il faut remarquer qu'une seule injection phéniquée a été faite, la veille, et qu'on s'est servi d'une solution à 5 p. 100, diluée avec une égale quantité d'eau chaude. Temp. matin 38°7 ; temp. soir 39°9. A partir de ce jour, on lave, matin et soir, le foyer avec une solution d'acide borique à 4 p. 100.

30 novembre. L'urine est encore noire, mais moins purulente ; elle ne renferme pas d'albumine.

1er et 2 décembre. L'urine est moins sombre et contient moins de pus. La température descend, même le soir, à 37°9.

Du 3 au 5 décembre, l'urine devient complètement claire et la température s'abaisse à 37 ou 37°5.

On peut dire qu'à partir de ce moment l'opéré est en pleine convalescence.

Il est intéressant de noter les quantités d'urine rendues en vingt-quatre heures, dans les jours qui ont suivi l'opération. Si l'on excepte le troisième jour, où, sans doute par suite de vomissements répétés, l'urine s'est abaissée à 400 grammes, la quantité de ce liquide a varié de 600 à 900 grammes, non compris l'urine rendue lorsque le malade allait à la garde-robe.

Puis, le 7 décembre, la quantité s'élève à 1 600 grammes, le 8 à 2 300 et le 9 à 1 500 grammes. A partir de ce jour, jusqu'au moment où le malade nous a quitté, l'urine s'est maintenue entre 1 200 et 1 500 grammes.

Le fil de soie qui liait le hile du rein est tombé le 14 décembre, par conséquent, vingt jours après l'opération. Ce même jour, l'un des gros drains a été enlevé. Le second drain a été supprimé quatre jours après. Très promptement la plaie achève de se cicatriser, et B..., complètement guéri, sort de l'hôpital le 24 décembre, un mois après l'opération.

Quinze jours après, le 7 janvier 1888, il revient nous voir. La cicatrice se présente sous l'aspect d'une simple ligne, très nette ; l'état général est excellent : le malade a engraissé et présente un bon teint. La quantité d'urine, rendue en vingt-quatre heures, varie, nous dit-il, de 1 litre à 1 litre un quart.

En février 1889, j'ai eu des nouvelles de B... ; il jouit désormais d'une admirable santé.

Dans l'observation qu'on vient de lire, deux faits doivent particulièrement appeler l'attention : la lésion rénale et l'accident opératoire.

I. Le rein enlevé était atteint d'une pyélo-néphrite, avec légère dilatation des calices et du bassinet. L'uretère, de petit volume, n'était pas oblitéré, complètement du moins, car les urines contenaient, avant l'opération, une certaine quantité de pus qui disparut ensuite.

Malgré la gravité des lésions, il a été impossible de trouver une cause apparente de leur développement. Si l'on en croit le malade, dont la sincérité ne semblait pas suspecte, il n'y avait jamais eu ni contusion, ni coliques néphrétiques, ni blennorrhagie. Il existait bien un peu de cystite, mais celle-ci a paru secondaire, les douleurs lombaires ayant précédé la présence du pus dans les urines et l'inflammation de la vessie ayant disparu entièrement depuis l'opération. A l'examen de l'organe enlevé, on n'a pas trouvé de concrétions calculeuses pouvant expliquer l'origine de l'inflammation rénale.

Enfin, on ne trouvait, dans les antécédents, aucune maladie grave, comme la fièvre typhoïde, la variole, etc.

L'hypothèse d'une lésion tuberculeuse n'est guère admissible, le résultat de l'examen microscopique ayant été négatif à ce sujet.

Comme on le voit, il est difficile de déterminer la cause de cette maladie. Le rein gauche était bien certainement le seul organe malade puisque, presque aussitôt après l'opération, la santé générale s'est rétablie, et que, depuis cette époque, elle ne laisse rien à désirer.

Le phlegmon périnéphrétique a dû se faire par perfora-

tion, car la marche en a été rapide et M. Schwartz, au moment où il a ouvert le foyer, a immédiatement constaté la présence de l'urine dans le pus évacué.

II. L'autre point à considérer est la pénétration d'une certaine quantité d'air dans la poitrine. Le volume n'en a pas dû être bien grand, grâce à la précaution que j'ai prise de faire comprimer de suite, à la fin de l'expiration, le côté gauche du thorax à sa base, afin de prévenir l'aspiration d'une nouvelle quantité d'air. Les signes causés par cet accident : frémissement analogue au *thrill*, perceptible à la main, et bruit de moulin entendu à l'auscultation, étaient fort remarquables. On pouvait se demander quel était le siège précis de ces phénomènes, car ils se produisaient dans une large zone, de 12 à 15 centimètres, comprenant à la fois toute la région du cœur et la partie voisine du côté gauche de la poitrine.

L'opinion, autrefois admise, que le bruit de moulin est caractéristique d'une blessure du péricarde, avec pénétration d'air dans sa cavité, aurait pu faire croire à une lésion de cette nature ; toutefois, *à priori*, il était invraisemblable que, dans le cas présent, de l'air eût pénétré dans le péricarde. Du reste, plusieurs auteurs contestent que le bruit de moulin soit uniquement dû à la présence de l'air dans le péricarde. Pour M. Tillaux, ce symptôme peut tenir à l'épanchement d'air dans une cavité artificielle formée dans le tissu cellulaire entre le sternum, le péricarde et la plèvre. D'après M. Reynier, ce phénomène prouve une seule chose : l'existence d'un épanchement de gaz et de liquide en avant du cœur; cet épanchement pourrait être intra ou extra-péricardique.

Chez mon malade, l'épanchement d'air ne s'était certainement pas fait dans le péricarde et, dès le lendemain de l'opération, on put reconnaître que le bruit se passait dans la plèvre. Il s'agissait donc d'un pneumo-thorax très limité ; aussi le malade n'éprouva-t-il ni angoisse, ni troubles dans le rythme du pouls.

Le frémissement perçu à la main est un fait assez remarquable qui n'a pas été, je crois, mentionné dans les observations analogues.

L'accident éprouvé par mon opéré, dû à l'adhérence intime que l'extrémité supérieure du rein avait contractée avec le diaphragme, n'a pas eu de conséquence fâcheuse ; il n'a pas occasionné de troubles notables et n'a en rien retardé la guérison.

PROPRIÉTÉS PATHOGÈNES

DES MICROBES CONTENUS DANS LES TUMEURS MALIGNES (1).

Par M. le professeur Verneuil.

Conclusions. — 1° Le tissu des néoplasmes malins, cancers, sarcomes, épithéliomes, etc., peut être envahi, à un moment donné, par des microbes divers dont on ne peut encore déterminer sûrement ni l'origine, ni le genre, ni le nombre.

2° Cette invasion, dont les causes et le mécanisme sont également inconnus, peut rester plus ou moins longtemps latente; mais aussi, en certains cas, amener, dans l'évolution et la nutrition des tumeurs, diverses modifications, telles que l'accroissement rapide, le ramollissement et l'ulcération.

3° Les microbes ne se rencontrent pas dans tous les genres de néoplasmes, ni dans tous les néoplasmes d'un même genre, pas même dans tous les points d'un néoplasme cependant envahi. On ne les trouve, par exemple, ni dans les lipomes, ni dans les fibromes purs, ni dans les sarcomes ou les cancers commençants, à marche lente, à l'état cru et recouverts de peau saine ; au contraire, on les observe à peu près constamment dans les néoplasmes ramollis et ulcérés.

4° Ces microbes, outre l'action irritante, phlogogène et pyrogène qu'ils exercent localement sur le tissu même de la tumeur envahie, possèdent d'autres propriétés pathogènes qui peuvent intéresser l'économie tout entière. Ainsi, suivant toute vraisemblance, ils sont capables d'allumer une fièvre plus ou moins intense et irrégulière, alors qu'ils sont encore renfermés dans une tumeur en voie d'accroissement rapide ou de ramollissement.

De plus, lorsque pendant l'ablation d'une tumeur qui les renferme, ils peuvent, mélangés aux fluides contenus dans les points ramollis, se répandre dans la plaie opératoire, ils la contaminent, l'infectent et l'inoculent de façon à provoquer le développement d'une fièvre septicémique capable d'entraîner la mort.

5° La connaissance de ce dernier fait, outre qu'elle plaide en faveur de l'ablation précoce des néoplasmes malins, si désirable à tous les points de vue, dicte encore aux chirurgiens certaines mesures préventives pendant et après l'extirpation des tumeurs infectées par les microbes.

(1) Note lue à l'Académie des sciences, dans la séance du 26 août 1889.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'atonie intestinale et ses complications (1), par le docteur Ch. Malibran.

Plombières est « le refuge des intestins pathologiques ». Les médecins qui y exercent sont donc bien placés pour y étudier ces déterminations diverses dont l'histoire est négligée dans les traités classiques, mais qui n'en tiennent pas moins une place si considérable dans la clinique et dans la pratique : constipation, hémorrhoïdes, entérite pseudo-membraneuse, stase cæcale, typhlite, dyspepsie intestinale ou gastro-intestinale. Il y a là un important ensemble morbide.

Il en est de ces manifestations comme de l'hystérie et de la neurasthénie, que l'on a longtemps négligées, que l'on considérait comme une sorte de chaos inextricable.

Lorsqu'on a porté la méthode dans leur observation et leur analyse, on a été étonné de voir que ces phénomènes, en apparence diffus et incohérents, correspondaient cependant à des types soumis à de véritables lois. Dès lors, le progrès dans leur connaissance a été surprenant; ç'a été un des étonnements de notre époque si fertile en nouveautés.

La dyspepsie gastrique commence à s'éclairer, grâce aux recherches récentes, aux méthodes d'examen du suc gastrique. La dyspepsie intestinale restera-t-elle donc une tache noire en pathologie, une terre inconnue, et inconnue peut-être surtout à cause de sa fréquence, et presque de la banalité de ses manifestations?

On peut dire que la grande raison qui fait de la dyspepsie intestinale quelque chose d'encore vague et indéterminé dans ses contours, c'est l'absence de renseignements exacts et précis sur des phénomènes d'observation quotidienne. La constipation, la colite membraneuse, les hémorrhoïdes, la stase colique et cæcale, la flatulence abdominale sont encore très mal étudiées; leur importance est encore méconnue, malgré les travaux de quelques maîtres sur ce point particulier.

A notre époque cependant, l'attention est de nouveau appelée vers l'abdomen : dilatation de l'estomac et de l'intestin; dyspepsie nerveuse, dyspepsie gastro-intestinale, entéroptose, atonie spasmodique, atonie intestinale; ce sont là les dénominations par lesquelles on a désigné l'ensemble symptomatique dont la paresse des fonctions du gros intestin est le phénomène capital.

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, A. Coccoz.

D'autre part, la neurasthénie est à l'ordre du jour, et l'on sait que pour beaucoup la neurasthénie et la dyspepsie ont les rapports les plus étroits. Pour les uns c'est l'estomac ou l'intestin qui commence, la neurasthénie vient ensuite; pour les autres c'est la neuropathie qui est primitive; tout le reste en dépend. Quoi qu'il en soit, il y a là tout un ordre de questions des plus importantes, mises et remises sur la sellette.

Le travail de M. le docteur Malibran est donc plein d'actualité. On n'y trouvera ni développements historiques, ni index bibliographique complet. L'auteur se contente d'exposer les faits et de les interpréter physiologiquement. Il a avant tout visé à la clarté.

Nous aurions même tendance à lui reprocher la sobriété de son exposé. L'histoire de l'atonie intestinale demande à être appuyée sur des exemples, à être illustrée par des observations typiques. Évidemment, le monde particulier des clients de Plombières se prête mal à la divulgation de ses misères pathologiques; mais il est avec le ciel des accommodements, et pour être anonyme, une observation n'en est pas moins démonstrative.

Il sera facile à M. le docteur Malibran de combler cette lacune. Elle rendra son livre beaucoup plus démonstratif. Il convaincra mieux les incrédules — il y en a — de l'importance de l'atonie intestinale et de son rôle pathologique et pathogénique. En y joignant les indications historiques et bibliographiques qu'il a à dessein négligées, il nous donnera un traité complet de l'atonie intestinale. En attendant, nous conseillons la lecture de son travail actuel.

La grippe infectieuse à Oyonnax (1), par le docteur Ch. Fiessinger.

Les médecins de province sont particulièrement bien placés pour décrire la marche de certaines épidémies, parce qu'ils observent dans les pays où les conditions de l'existence, le milieu, l'habitat sont relativement simples. C'est donc toujours chose précieuse que d'avoir le compte rendu d'une épidémie, relevé à la campagne par un observateur instruit et consciencieux. Il en est ainsi de la grippe infectieuse d'Oyonnax, dont le docteur Fiessinger se constitue l'historien.

Il pose, entre autres, la question controversée de la contagion de la grippe, question habituellement tranchée par la négative. Si la survenue de la grippe, simultanément parmi les membres d'une même famille, est en faveur de la contagion, les arguments que l'on peut opposer à ce mode de propagation sont plus nombreux encore : « 1° L'intervalle qui sépare de l'infection le séjour auprès d'un sujet infecté, est variable ; 2° la grippe affecte rarement simultanément les membres de la même famille ; 3° la grippe frappe des personnes qui n'ont pas été soumises à la contagion. » C'est ainsi qu'on voit des habitants de fermes isolées, sans relation avec les villages avoisinants, présenter des cas de grippe au début d'une épidémie. Ces cas initiaux seraient-ils donc seuls spontanés? Tous les autres en dériveraient-ils? La chose est peu probable.

M. Fiessinger admet que l'agent pathogène de la grippe séjourne pendant longtemps inoffensif dans certaines localités. Sous l'influence de circonstances climatériques favorables, sa virulence se réveille et éclate. C'est là une hypothèse.

Il en est une autre qui explique tout aussi bien les choses, elle est défendue par M. le professeur Jaccoud. La grippe serait une sorte de malaria, une maladie tellurique. Les germes morbides, déposés dans certaines localités, dans certaines maisons, végètent et se multiplient sous l'influence de conditions climatériques particulières. Ils se répandent dans l'atmosphère. De là la rapidité extrême d'invasion d'immenses étendues de territoire. Point n'est besoin d'invoquer les vents régnants, de dire que la grippe s'avance plus vite qu'un cheval au trot, etc. La grippe éclate presque simultanément sur des points éloignés, parce que les influences saisonnières se font sentir en même temps sur des continents entiers.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

La grippe justifie-t-elle l'épithète d'infectieuse, que lui attribue notre auteur? Nous le pensons pour notre part. Elle est infectieuse à la façon de la fièvre intermittente, sans être contagieuse.

Certaines de ses manifestations en sont la preuve clinique : ainsi l'albuminurie assez fréquemment relevée à Oyonnax. Ainsi l'augmentation de volume de la rate, dont ne parle pas M. Fiessinger, et que, pour notre part, nous avons vue dans plus d'un tiers des cas, dans une épidémie parisienne qui date de quelques années.

Les relations de la grippe avec la pneumonie, relations signalées aussi à Oyonnax, fournissent un puissant argument dans le même sens. Qui sait s'il n'y a pas des relations entre le pneumocoque et le microbe de la grippe? si la pneumonie n'est pas souvent la forme grave de la grippe, et la grippe la forme légère de la pneumonie. Ce ne sont pas là des idées en l'air, mais des hypothèses que l'on a soulevées en voyant dans certains pays, dans certaines prisons, la pneumonie et des manifestations d'aspect grippal évoluer parallèlement.

C'est pour cela, c'est à cause de la multiplicité et de la nature même de ces questions qu'est si précieuse la relation d'épidémie régionale semblable à celle d'Oyonnax.

Le rhumatisme articulaire chronique progressif chez l'enfant (1), par Henri Pélissié.

Voici les conclusions de cette thèse :

Le rhumatisme chronique, plus rare chez l'enfant que chez l'adulte, a été constaté à partir de l'âge de deux ans. Il est beaucoup plus fréquent chez les filles que chez les garçons.

Dans son étiologie, on ne trouve pas que l'hérédité soit bien nettement établie. Il coïncide, au contraire, toujours avec une vie de misère et de privations; les enfants ont été mal nourris ou ont vécu dans des logements humides.

La maladie est très rare dans les classes aisées.

Elle peut débuter par des allures subaiguës, le plus souvent elle est chronique d'emblée.

Les symptômes et la marche du rhumatisme chronique de l'enfance sont les mêmes que pour l'adulte ou le vieillard, mais ils ont une intensité toujours beaucoup moindre.

De toutes les formes du rhumatisme chronique, on n'a encore signalé chez l'enfant que la forme articulaire chronique progressive.

Les complications viscérales, notées chez l'adulte, font ici presque toujours défaut.

Le pronostic est moins sérieux dans le jeune âge que plus tard, puisqu'on n'a pas rapporté un seul cas de mort survenue dans le cours de la maladie, qui cède le plus ordinairement au traitement.

A la thérapeutique que nous avons indiquée (teinture d'iode et iodure de potassium à l'intérieur, salicylate de soude, balnéation, électrisation, traitement thermal, Aix-en-Savoie, Cauterets, Luchon et Barèges; Plombières ou Royat, s'il y a des troubles digestifs), il faut joindre les mesures hygiéniques qui donnent, dans ces cas, les meilleurs résultats.

L'acide urique, sa physiologie et ses rapports avec les calculs rénaux et la gravelle (Lectures faites devant le Collège royal de médecine de Londres), par Sir Alfred Garrod. Traduction par le docteur Henri Cazalis (2).

On sait le rôle prépondérant que Garrod attribue à l'acide urique dans la pathogénie de la goutte et de la gravelle. Dans ces lectures, faites devant le Collège royal de médecine de Londres, en 1883, il a exposé ses idées sur la physiologie de l'acide urique, et sur les conditions qui en font varier la quantité dans l'organisme (la nature de l'alimentation, la quantité des liquides); sur les conditions qui en favorisent la dissolution. Il attribue, on le sait, à ce dernier point de vue une influence très favorable au carbonate de lithine et au benzoate de soude, médi-

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Steinheil.
(2) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

caments qu'il a fait entrer dans la pratique. On sera curieux de savoir quels sont les faits sur lesquels il se base, les raisonnements sur lesquels il s'appuie, de savoir où il en est depuis la publication de son fameux traité de la goutte.

Ces connaissances, il faut bien l'avouer, sont encore bien rudimentaires.

Albert MATHIEU.

Par décision ministérielle, en date du 12 septembre 1889, une médaille d'argent de deuxième classe a été décernée, pour fait de sauvetage, à M. Georges Vignès (de Cherbourg), étudiant en médecine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delamare (de Nantes) et Lepetit-Lamazures, inspecteur des enfants assistés du Cantal.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — **1** an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — **1** an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

C'est devant des bancs à peu près vides que s'est ouverte la séance du 17 septembre, à l'Académie de médecine; et c'est devant des bancs complètement vides qu'elle s'est terminée.

Les questions mises à l'ordre du jour étaient cependant intéressantes et auraient mérité un plus nombreux auditoire. C'est encore de la vaccine et de ses dangers que M. Hervieux est venu entretenir l'Académie. On se rappelle que, il y a quelques séances à peine, M. Hervieux avait fait part à ses collègues que 5 cas de syphilis vaccinale s'étaient déclarés sur des enfants vaccinés par les soins de l'Académie. Le fait fit du bruit. M. Fournier alla jusqu'à proposer purement et simplement la suppression de la vaccine humaine et son remplacement par la vaccine animale. La presse tout entière s'empara de ces faits malheureux et répéta le cri d'alarme. Combien est grande, en effet, la responsabilité encourue par les vaccinateurs qui, cependant, ne peuvent, dans quelques cas, savoir si leur sujet vaccinifère est ou n'est pas syphilitique à l'état latent! Qu'arriverait-il, dans ces fournées de vaccinations *obligatoires* imposées à nos soldats au régiment, à nos enfants dans les écoles, si l'un des sujets porte-vaccin était un syphilitique méconnu? La question que discute l'Académie est donc importante au premier chef. Aujourd'hui, le rapport de M. Hervieux a trait à une épidémie de vaccine ulcéreuse, observée sur les enfants d'une école de la Motte-sous-Bois. Ces ulcérations vaccinales sont-elles ou non syphilitiques? On verra plus loin, par la lecture du compte rendu, combien le diagnostic est, dans certains cas, difficile, et sur quelles bases il faut s'appuyer pour accepter ou refuser le diagnostic de syphilis vaccinale.

M. Guéniot est venu ensuite faire connaître le traitement qu'il préconise dans les cas de vomissements incoercibles de la grossesse. Question pratique, mais bien complexe encore, il nous semble, et dont les indications thérapeutiques nous paraissent aussi bien délicates, bien difficiles à nettement préciser, pour que le dernier mot soit écrit sur ce point intéressant de la thérapeutique obstétricale.

HÔTEL-DIEU. — M. CASTEX.

Hernies inguinales, engouement et étranglement.

Les hernies inguinales ne sont pas, en général, très graves par elles-mêmes, elles ne sont graves, en réalité, que par les complications qui peuvent survenir. Ces complications sont l'engouement, l'inflammation, et l'étranglement.

Chez la femme, on voit assez fréquemment la tumeur herniaire devenir subitement douloureuse et être le siège d'accidents inflammatoires sérieux, sur lesquels je m'expliquerai dans un instant. Chez l'homme, au contraire, la hernie inguinale devient plutôt le siège de l'étranglement et des phénomènes morbides qui en sont la conséquence. Si, le plus souvent, les accidents résultent de ce qu'à un moment donné, l'anse intestinale se trouve étroitement serrée dans l'anneau inguinal; quelquefois aussi, mais plus rarement, les accidents sont dus au passage et à l'arrêt des matières fécales dans l'anse intestinale herniée. C'est alors que survient ce qu'on a appelé l'engouement et non pas l'étranglement, car l'intestin n'est point serré dans l'anneau.

Vendredi dernier, à onze heures un quart du matin, alors que la visite des malades était terminée, on amenait à la salle Saint-Landry, au lit n° 16, un homme de trente-trois ans, marchand de poisson aux Halles centrales, pour, disait-on, une hernie étranglée.

Cet homme s'était aperçu, pour la première fois, il y a dix-huit ans, qu'il avait, dans l'aine gauche, une petite grosseur qui, dès qu'il se mettait au lit, rentrait seule, sans ce bruit de gargouillement caractéristique d'une réduction incomplète. Les choses durèrent ainsi pendant huit ans, époque à laquelle elles se modifièrent, en ce sens que la hernie ne rentra plus qu'en partie, sous l'influence du décubitus dorsal, et cette fois avec le bruit de gargouillement ou de glouglou dont je viens de parler. C'est alors que, sur les conseils d'un de ses amis, il acheta au premier étalage venu un bandage d'occasion, destiné à contenir sa hernie. Cependant, ce n'est pas le matin, en se rendant à son travail habituel, qu'il mettait son bandage, mais seulement quand sa hernie était un peu douloureuse. Mieux eût valu,

certainement, qu'il ne portât jamais de bandage, que d'en porter un mauvais. Aussi ne sommes-nous nullement surpris des accidents qui sont survenus.

Mercredi dernier, tandis qu'il travaillait aux Halles, il reçut une contusion assez violente dans la région inguinale gauche, siège de sa hernie; cependant, les douleurs étant médiocres il n'y fit guère attention, lorsque le lendemain, étant dans un café, par suite d'une farce qui lui fut faite, il tomba à califourchon sur une queue de billard, de telle sorte que la bourse gauche fut de nouveau contusionnée. Le soir même les premiers accidents se déclaraient : coliques, vomissements, et le lendemain matin cet homme entrait dans le service de M. le professeur Richet.

A ce moment il avait un peu d'agitation, de l'inquiétude, la bourse gauche était tuméfiée, rouge, douloureuse, comme s'il s'agissait d'une hydrocèle enflammée. A la palpation, on reconnaissait la position du testicule et l'existence, dans un sac herniaire, d'une certaine quantité d'épiploon et, à la partie supérieure, d'une anse intestinale, avec un peu de liquide à la partie inférieure. La réduction de la hernie était facile. D'ailleurs, il n'y avait pas le moindre phénomène d'étranglement. Je diagnostiquai donc un certain degré d'engouement et prescrivis un grand bain et le repos au lit, les bourses étant relevées et couvertes d'un cataplasme.

Autrefois, on parlait beaucoup plus qu'aujourd'hui de l'engouement herniaire, et sans vouloir faire l'historique de cette question, je me bornerai à vous citer le fait d'une autopsie de Jean-Louis Petit, dans laquelle le célèbre chirurgien découvrit dans l'anse herniaire quinze petits os de pied de mouton. Malgaigne admettait très volontiers l'engouement, tandis que d'autres chirurgiens le considéraient comme un phénomène d'étranglement. Bref, sans être aussi fréquent qu'on l'a prétendu autrefois, sans être, non plus, aussi rare qu'on le dit aujourd'hui, il faut reconnaître que l'engouement existe dans un grand nombre de cas.

Mais pour en revenir à notre malade, j'ajoute que samedi il était encore à peu près dans le même état, il avait encore des vomissements, lorsque M. le professeur Richet le vit et, recourant à un taxis léger, fit rentrer l'intestin hernié. Cette réduction fut suivie d'une débâcle presque instantanée; le malade eut des selles très abondantes et fut immédiatement très soulagé. Avant-hier, dimanche, les selles ont repris leur cours régulier et le malade est en voie de guérison. Ses vomissements n'avaient jamais rien eu de fécaloïde, et il n'y avait jamais eu le moindre phénomène d'étranglement.

Cet homme, si nous remontons dans son passé, a donc eu au début une épiplocèle, puis, l'anneau s'étant élargi, une entéro-épiplocèle, puis de l'engouement de l'intestin.

Habituellement les complications des hernies inguinales sont de deux ordres : l'étranglement et l'inflammation. Dans l'étranglement, la hernie est ordinairement petite, marronnée, douloureuse lorsqu'on vient à presser son pédicule ; les accidents sont : des vomissements, alimentaires d'abord, bilieux ensuite, puis fécaloïdes, des phénomènes généraux, de l'hypothermie, l'algidité et la congestion pulmonaire. En pareils cas, si l'étranglement est de date récente, de moins de quarante à quarante-huit heures, on peut commencer par un taxis modéré.

Au n° 8 de la salle Saint-Landry, M. Picqué a opéré un homme de soixante-six ans, porteur de sacs de farine, qui était entré pour une hernie étranglée avec phénomènes généraux, vomissements, hypothermie (36 degrés). Vu la gravité des accidents, la kélotomie fut immédiatement pratiquée. M. Picqué trouva une anse herniée, grosse, noirâtre, pas trop serrée, mais dont l'étranglement avait son siège dans la partie profonde du canal inguinal. Dès que l'étranglement fut levé les accidents cessèrent; aujourd'hui le malade est en voie de guérison.

Voilà donc deux cas absolument différents que nous avons eus sous les yeux ces jours-ci : le premier caractérisé par l'engouement de la tumeur herniaire; le second par l'étranglement de la hernie.

Un autre accident s'observe aussi parfois, je veux parler de la péritonite herniaire, résultant de la présence d'une portion de péritoine dans le sac; dans ce cas, chaleur, douleur, vomissements verdâtres, constipation, sont les principaux phénomènes. Que faut-il faire? Réduire la hernie? Ce serait, soutiennent d'autres auteurs, favoriser le développement des accidents locaux. Pour moi, je crois que, si l'on est appelé au début des accidents, on peut tenter de réduire; si, au contraire, l'inflammation a déjà acquis une certaine intensité, il faut s'abstenir de toute tentative de réduction.

Dans certains cas où l'engouement n'était pas parfaitement certain, qu'il simulait un pseudo-étranglement, on a proposé de prescrire, dans le but d'affirmer le diagnostic, un purgatif dit d'exploration. C'est là un moyen qui peut être dangereux, car s'il s'agissait d'un étranglement véritable, il n'aurait d'autre effet que d'aggraver les phénomènes morbides. Par contre, si l'on a affaire à un véritable engouement, le purgatif d'évacuation est tout à fait indiqué. C'est même — j'oubliais de le dire — ce qui a été fait chez notre premier malade. Depuis lors, il a chaque jour une ou deux selles.

Le traitement a donc été, chez lui, ainsi que je le disais tout à l'heure : bains, repos au lit, antiphlogistiques locaux, puis réduction par le taxis et purgatif d'évacuation. Quant à la cure opératoire, M. Richet n'y aurait eu recours que si ces moyens n'avaient pas réussi et si les accidents avaient persisté.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

Direction générale du traitement de la syphilis (1).

II

Les considérations que j'ai exposées dans ma précédente leçon me conduisent à examiner aujourd'hui comment on doit appliquer la méthode préventive, c'est-à-dire : 1° la question de la direction de ce traitement; 2° celle de sa durée.

a. Pour que la méthode préventive fournisse la somme intégrale des effets utiles, il faut recourir à des cures successives, c'est-à-dire l'appliquer d'une façon discontinue : 1° pour qu'on n'ingère pas à jet continu des médicaments dans l'estomac sans que celui-ci se fatigue; 2° à cause de l'accoutumance qui rend fatalement, à un moment donné, tout traitement inerte.

b. Pour réaliser l'action préventive que l'on veut obtenir, il faut, en outre, que le traitement soit poursuivi pendant

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 934.

longtemps, très longtemps même, ce à quoi, malheureusement, peu de malades veulent consentir.

Mais cette longue durée elle-même quelle est-elle? A cette question, je répondrai qu'il n'y a pas de formule absolue, qu'elle varie selon les cas, selon l'intensité de la maladie, le nombre des récidives, etc. En effet, il y a des véroles qui ne guérissent jamais, qui récidivent, pour ainsi dire, toujours; il est des syphilitiques que l'on est obligé de traiter toute leur vie. Je pourrais vous citer le cas d'un confrère qui contracta professionnellement un chancre au doigt, il y a dix-sept ans, et qui, depuis cette époque, est constamment sujet à des accidents syphilitiques, malgré le traitement auquel il s'est astreint, l'interrompant seulement de temps en temps, pendant une quinzaine de jours, ce qui lui faisait dire, naguère, que l'iodure de potassium faisait partie de son pain quotidien. Ce sont là les cas rares, il est vrai.

Pour les cas ordinaires, moyens, la durée du traitement a beaucoup varié depuis le commencement du siècle, par exemple : ainsi, Dupuytren disait qu'on devait le prolonger pendant une période égale à celle qui avait été nécessaire pour faire disparaître les accidents; M. Vidal (de Cassis) estimait, comme durée du traitement, le temps nécessaire pour que le malade ait pris 100 à 110 pilules de Dupuytren; en 1838, à l'hôpital de l'Antiquaille, on fixait à trois ou quatre mois la durée du traitement mercuriel; M. Chomel à six mois; M. Ricord, en 1856, prescrivait une durée de six mois pour le traitement mercuriel, puis de trois mois pour le traitement ioduré.

Aujourd'hui, nous sommes loin de ces chiffres, et, de plus en plus, nous avons augmenté la durée du traitement. Moi-même qui, il y a trente ans, avais considéré comme suffisant un traitement de neuf mois dans les cas ordinaires, je trouve cette durée beaucoup trop courte. En effet, de par l'expérience, l'histoire du tertiarisme nous montre 95 fois sur 100, au moins, que des malades traités pendant quelques mois seulement voient, après une période silencieuse, les accidents tertiaires se déclarer; un traitement de neuf mois même ne prévient pas le tertiarisme.

Il y a quinze ans, je préconisais déjà un traitement mercuriel d'une durée de deux ans, et bien souvent, depuis lors, j'ai dû dépasser cette date. Alors on me taxait d'exagération et, aujourd'hui, l'on en est arrivé à reconnaître le bien fondé de cette opinion. Nombre de mes confrères reconnaissent qu'un traitement écourté est insuffisant, que deux années ne sont pas de trop; les médecins américains, notamment, ont fixé à deux ans, deux ans et demi et même trois ans et demi, la durée du traitement mercuriel. Dans d'autres pays, on a parlé de quatre ans, et M. Martineau a même été jusqu'à recommander une durée minima de cinq années; enfin, M. Besnier déclare que le traitement doit embrasser une série d'années et souvent une longue portion de l'existence. Je ne parle pas de certaines opinions qui vont jusqu'à vouloir que le traitement dure toute la vie, prescrivant à leur malade une cure au commencement de chaque saison.

En résumé, les traitements courts ont fait leur temps, et un traitement de longue durée est généralement accepté. Du reste, en y réfléchissant bien, qu'est-ce que la syphilis sinon une maladie infectieuse, chronique, constitutionnelle, diathésique; et en voyant que toute affection de cette nature comme la goutte, par exemple, ou la scrofule, exige un traitement extrêmement prolongé, une hygiène sévère de toute la vie, si l'on veut obtenir une accalmie véritable, pourquoi refuser à la syphilis, alors, ce qu'on accorde à ces autres maladies, c'est-à-dire une dépuration chronique également?

Pendant combien de temps, approximativement, le traitement mercuriel devra-t-il donc être poursuivi? J'ai parlé tout à l'heure d'un minimum de deux ans, car il est des cas où j'ai dû le continuer pendant trois et quatre ans même. Mais nous avons aussi le traitement ioduré qui convient surtout à la période tertiaire, et que l'on doit prescrire aussi par cures espacées pour éviter l'accoutumance. Ordinairement, je le commence dès la troisième année, et, pendant un an, je prescris quatre cures, pour l'année suivante trois cures, puis encore l'année d'après trois autres cures. Quelques-uns de mes confrères, allant plus loin que moi dans cette voie, le donnent pendant de longues années, à la suite de la syphilis, au printemps et à l'automne. Faut-il agir ainsi, faut-il contin er l'iodure de potassium pendant quatre, cinq, six ans et plus, de peur que la syphilis sommeille toujours? La question n'est pas jugée, les expériences étant encore insuffisantes pour cela.

Ce qu'il faut, en résumé, c'est un traitement intermittent et chronique. Mais comment doit-on le diriger, quel est son dispositif? Je ne saurais mieux faire à cet égard que de vous faire connaître maintenant la méthode que j'emploie.

Un individu, à la suite d'un chancre récent, est atteint d'accidents secondaires, je prescris de 5 à 10 centigrammes de proto-iodure, par jour, pendant six semaines ou deux mois et même un peu plus, si le malade le tolère bien, car un premier bon traitement est des plus favorables, au point de vue de l'avenir; puis, je le suspends pendant six semaines, après lesquelles, *quoi qu'il soit arrivé*, que le malade ait eu ou non quelque manifestation nouvelle, je recommence le traitement pour m'attaquer non plus aux accidents, s'ils ont disparu, mais à la maladie elle-même, pendant six nouvelles semaines. Celles-ci sont suivies d'un nouveau repos d'égale durée, après quoi je reprends une nouvelle cure de même longueur, et ainsi de suite, toujours avec cette précaution d'observer un stade de repos après chaque stade de thérapeutique.

Bref, pour conserver au traitement mercuriel toute son intensité d'action, je prescris la première année quatre cures, la seconde trois et la troisième deux; après quoi, je commence l'iodure de potassium à la dose de 3 grammes pendant 6 semaines, trois ou quatre cures dès la troisième année terminée, trois cures l'année suivante et deux cures de même durée pendant la dernière année.

Voici le programme du traitement que j'emploie, programme, je m'empresse d'ajouter, qui n'a rien de fixe, d'invariable, mais qui est modifiable selon les incidents qui pourraient survenir. Ce qui est absolu, par contre, c'est ce principe en vertu duquel les stades de traitement doivent être rapprochés au début, dans les premiers temps de la maladie, et être distancés, au contraire, au delà de la troisième année : ainsi, six semaines de repos pendant les premières cures, trois et quatre mois entre les dernières.

Ce programme a été modifié aussi par quelques médecins : ainsi M. Martineau, ainsi M. Hallopeau associent immédiatement, dès la première ou la deuxième année, l'iodure au mercure, en intercalant une cure iodurée à la suite de chaque cure mercurielle.

Quoi qu'il en soit, la méthode que je préconise me paraît présenter les quatre avantages : 1° d'être bien vue des

malades; 2° d'être facilement tolérée par l'organisme; 3° de conserver aux deux médicaments l'intégralité de leurs effets utiles, en évitant toute accoutumance; 4° de pouvoir, si cela est nécessaire, prolonger indéfiniment le traitement.

Voilà pour le traitement spécifique de la syphilis, traitement qui doit se compléter par une médication auxiliaire ayant en vue la santé générale. Cette médication consiste à régler l'hygiène, la vie habituelle, le régime, les occupations des malades, à exiger une vie régulière, une alimentation tonique, un exercice quotidien, à éviter les excès de tous genres, de plaisir et de travail, à prescrire un traitement tonique, reconstituant (fer, huile de fer, de morue, amers, quinquina, et surtout le grand air; eaux sulfureuses, eaux chlorurées, séjour à la campagne, au bord de la mer, si possible, l'hydrothérapie).

DES PRODUITS MICROBIENS

QUI FAVORISENT LE DÉVELOPPEMENT DES INFECTIONS.

Par M. G.-H. Roger.

Parmi les substances que secrètent les bactéries, on en connaît qui déterminent des phénomènes d'intoxication, on en connaît d'autres qui possèdent des propriétés vaccinantes. Les recherches que j'ai poursuivies au laboratoire de M. le professeur Bouchard me semblent démontrer que les matières élaborées par les bactéries peuvent avoir encore une autre propriété; elles sont capables de favoriser le développement de certains états pathogènes; c'est du moins ce que j'ai observé avec le charbon symptomatique.

On sait que l'agent de cette maladie peut être impunément inoculé au lapin; il ne détermine chez cet animal aucun accident morbide. Or, j'ai reconnu que le bacille charbonneux peut se développer et amener rapidement la mort du lapin, lorsqu'on l'associe à un autre microbe et qu'on les injecte tous deux dans les muscles de la cuisse : le *Staphylococcus pyogenes aureus*, le *Proteus vulgaris* et surtout le *B. prodigiosus* m'ont donné des résultats extrêmement concluants. Le fait est surtout curieux pour le *prodigiosus* qui n'est pas un agent pathogène et peut être inoculé au lapin, même à fortes doses, sans amener de troubles notables; voilà donc deux microbes qui, pris isolément, sont inoffensifs et qui amènent la mort quand on les inocule simultanément.

J'ai essayé ensuite de déterminer quel est le mécanisme mis en œuvre par le *prodigiosus*, pour favoriser le développement du charbon symptomatique. J'ai reconu d'abord que ce microbe agit par ses produits de sécrétion; car le charbon se développe quand on injecte, en même temps que ce virus, une certaine quantité d'une culture stérilisée de *prodigiosus*, ou même lorsqu'on emploie l'extrait aqueux des cultures, c'est-à-dire les matières insolubles dans l'alcool. Il était tout naturel de supposer que ces substances chimiques exerçaient une action nocive locale, et, en altérant le muscle, favorisaient le développement de l'infection. Cette hypothèse ne me semble pas conforme à la réalité, car le charbon symptomatique se développe très bien lorsqu'on l'injecte en un point de l'organisme, par exemple dans les muscles de la cuisse, et qu'on introduit le *prodigiosus* en un endroit éloigné, comme l'épaule du côté opposé. En séparant ainsi les deux microbes qu'on inocule au même animal, on obtient des résultats plus sûrs et plus rapides qu'en introduisant les deux agents au même point.

Mais les expériences les plus démonstratives sont celles où l'on inocule le virus charbonneux dans un muscle et où l'on injecte en même temps le *prodigiosus* dans une veine; qu'il s'agisse d'une culture vivante ou stérilisée ou d'un extrait aqueux, l'animal succombe en vingt-quatre heures avec une énorme tumeur charbonneuse. Ce résultat s'obtient avec des doses de *prodigiosus* tout à fait minimes; ainsi, tandis qu'il faut environ 1 centimètre cube d'une culture vivante de *prodigiosus*, quand on l'injecte au même point que le charbon, il suffit d'introduire dans le sang une seule goutte de la même culture pour voir se développer le charbon symptomatique; cette maladie se développe également quand on injecte dans une veine l'extrait aqueux d'une goutte de *prodigiosus*, tandis que si l'introduction est faite dans un muscle, il faut mélanger le virus charbonneux avec l'extrait de 2 centimètres cubes de culture.

Ces expériences me semblent démontrer que le *prodigiosus* favorise le développement de l'infection charbonneuse en sécrétant des substances nocives qui, une fois introduites dans la circulation, altèrent l'état général de l'animal et diminuent sa résistance aux agents infectieux.

Ce que fait le *prodigiosus*, le bacille du charbon symptomatique peut le faire lui-même; il élabore des matières solubles qui favorisent son propre développement. Si l'on recueille la sérosité charbonneuse d'un animal qui vient de succomber, qu'on la filtre sur une bougie de porcelaine de façon à la débarrasser de tout élément figuré, on obtiendra un liquide fort peu toxique : on pourra en injecter dans les veines d'un lapin 4 ou 5 centimètres cubes par kilogramme, sans amener de troubles notables; or, si l'on introduit 1 centimètre cube ou 1 1/2 et qu'en même temps on inocule le charbon symptomatique dans un muscle, l'animal succombera avec une énorme tumeur charbonneuse.

Les résultats semblent calqués sur ceux qu'on obtient en associant le charbon symptomatique aux cultures stérilisées du *prodigiosus*. L'analogie se poursuit plus loin encore : dans les deux cas, la prédisposition morbide, créée par les produits microbiens, n'est que de courte durée; si l'on attend vingt-quatre heures pour inoculer le virus charbonneux, on n'obtient qu'un résultat négatif; l'animal est de nouveau devenu réfractaire.

L'action de la sérosité charbonneuse soulève un problème assez curieux : on sait, en effet, par les travaux de M. Roux, que ce liquide possède des propriétés vaccinantes; il peut donc tantôt favoriser, tantôt entraver l'infection. La contradiction n'est qu'apparente : l'immunité conférée par les vaccins n'existe pas aussitôt après l'introduction de la matière vaccinante; ce n'est qu'au bout d'un temps variable, souvent après plusieurs jours, que l'animal est devenu réfractaire; au contraire, la prédisposition créée par les matières solubles est passagère et ne dure même pas vingt-quatre heures. On est donc conduit à l'une des deux hypothèses suivantes : ou bien la sérosité charbonneuse contient plusieurs substances chimiquement et physiologiquement distinctes, et l'action du vaccin ne se manifeste qu'après l'élimination des substances nocives; ou bien l'immunité artificielle étant due à un changement dans la nutrition des cellules de l'organisme (Bouchard), la matière vaccinante pourra tout d'abord amener des troubles qui diminuent la résistance de l'animal.

La production par le bacille charbonneux de substances qui favorisent son développement explique encore un résultat que j'ai obtenu au cours de mes recherches. Le lapin, qui supporte si bien l'inoculation du charbon symptomatique dans les muscles, succombe quand on introduit le virus dans la chambre antérieure de l'œil; or, si l'on fait une injection simultanément dans la chambre antérieure et dans les muscles de la cuisse, on verra apparaître en ce dernier point une tumeur charbonneuse; ainsi un foyer microbien peut favoriser ou permettre la production d'un autre foyer en un point éloigné de la lésion primitive. Dans le cas actuel, le charbon symptomatique ne se serait pas développé dans les muscles si, en même temps, on n'avait pas déterminé une lésion charbonneuse au niveau de l'œil; les produits sécrétés en ce point ont dû être absorbés et abolir l'immunité du lapin, comme dans l'expérience où l'on injecte directement ces produits solubles dans le système circulatoire.

Les faits que j'ai rapportés dans cette note me semblent donc démontrer que, parmi les produits microbiens, il en est qui diminuent la résistance des animaux aux maladies infectieuses;

tantôt c'est une bactérie, en apparence inoffensive, qui élabore des matières solubles mettant l'animal hors d'état de lutter contre les agents infectieux, tantôt c'est un microbe pathogène qui sécrète des substances favorisant son propre développement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 septembre 1889. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

COMMUNICATIONS

Vaccine ulcéreuse. — M. HERVIEUX. Le 14 août dernier, M. le docteur Decouvelaere, médecin à Hazebrouck, écrivait à l'Académie qu'il avait été appelé à donner ses soins à un certain nombre d'enfants de la Motte-aux-Bois, qui présentaient des accidents à la suite de la vaccination faite sur eux par le médecin du bureau de bienfaisance. Après avoir, dans une première lettre, contesté le caractère syphilitique des accidents, M. le docteur Decouvelaere, dans une seconde lettre, pensait qu'il n'y avait pas à se tromper maintenant et qu'on se trouvait nettement en présence de 37 cas de syphilis vaccinale.

M. Hervieux se transporta à la Motte-aux-Bois et examina les enfants. Voici d'ailleurs, textuellement, la partie importante de son rapport :

« Chez tous les enfants, le vaccin avait été inoculé par trois piqûres à un seul bras. Les boutons vaccinaux se sont montrés du deuxième au troisième jour; ils ont été de très bonne heure le siège d'une violente inflammation et ont rapidement augmenté de volume. Dans presque tous les cas, au bout de dix jours, les trois boutons étaient transformés en une plaie suppurante de mauvais aspect.

M. le docteur Decouvelaere, qui a examiné les enfants le treizième jour après la vaccination, s'exprime ainsi : « Les moins malades présentent trois ulcérations herpétiques, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Le fond est grisâtre, les bords durs, surélevés, réguliers et entourés d'une auréole inflammatoire.

D'autres, plus atteints, présentent des ulcérations plus vastes, suppurant beaucoup, à bords taillés à pic et irréguliers, avec de l'induration périphérique plus profonde, d'une étendue plus considérable, œdème de tout le membre.

D'autres sont plus malades encore : les ulcérations se sont réunies pour n'en former qu'une seule, occupant la région externe du bras. Suppuration abondante et œdème considérable. Chez quelques sujets, l'érythème, produit par le contact de l'écoulement, semble recouvert de fausses membranes. Chez l'un de ces enfants, les ulcérations sont réunies et atteignent la dimension d'une pièce de cinq francs. »

J'ai tenu à reproduire ici cette première impression de notre honorable confrère, non seulement parce qu'elle donne une idée très exacte de l'apparence que présentaient les lésions, mais parce que, à cette époque, n'ayant encore aucun parti pris, il inclinait plutôt à croire qu'il ne s'agissait pas de syphilis.

Le 25 août, lorsque j'arrivai à la Motte-aux-Bois, l'épidémie était déjà en voie d'apaisement. Les familles, voyant les accidents se calmer sous l'influence des soins et de la sollicitude dont on les entourait, se rassurèrent un peu, et cependant je pus constater à quel degré d'intensité était encore porté le caractère inflammatoire des lésions.

Ce qui me frappa tout d'abord, ce fut le fait signalé par M. Decouvelaere de la pluralité des ulcérations; autant de piqûres, autant d'ulcérations.

En second lieu, l'étendue considérable des ulcérations. A cette époque, il est vrai, un certain nombre d'entre elles étaient en voie de cicatrisation. Mais sur ces dernières, comme sur celles qui ne se cicatrisaient pas, on pouvait constater que les dimensions avaient souvent dépassé celles d'une pièce de 50 centimes ou même de 1 franc.

Leur surface était généralement lisse, bourgeonnante, d'un rouge vif, comme celle d'un vésicatoire, quelquefois inégale, grisâtre et de mauvais aspect.

Les bords, qui semblaient affaissés et comme arrondis quand l'ulcère marchait vers la cicatrisation, étaient, au contraire, surélevés et taillés à pic chez les sujets dont les plaies vaccinales n'avaient pas encore été modifiées par le traitement.

Une circonstance digne de remarque, et qui a été comme la caractéristique de cette épidémie, c'est l'abondance extrême et, dans quelques cas, la fétidité de la suppuration. Les pièces de pansement en étaient toujours plus ou moins imprégnées.

Sur un certain nombre d'enfants, j'ai reconnu, par la pression de l'ulcération saisie au niveau de ses bords, entre l'index et le pouce, l'existence d'un cercle induré en forme de rondelle de cuir, mais plus souvent encore, du moins à la période où avait lieu mon examen, la résistance de ce cercle me paraissait empâtée et comme œdémateuse.

Dans trois ou quatre cas seulement, j'ai noté la formation d'une croûte épaisse, jaunâtre, recouvrant l'ulcère sous-jacent, et l'enchâssant à la façon d'un verre de montre.

Les adénopathies n'ont pas fait défaut, les ganglions étaient généralement petits, durs et indolents. Ils ont atteint plusieurs fois le volume d'un haricot et même d'une noisette, mais c'était dans les cas où les accidents inflammatoires avaient acquis un degré exceptionnel d'intensité.

La plupart des complications observées étaient dues également à la violence de l'inflammation.

Telles ont été la tuméfaction et la rougeur des parties avoisinant les grandes ulcérations, tel a été l'œdème de la totalité du membre supérieur, œdème dont j'ai retrouvé les traces.

Telles ont été encore les éruptions diverses, érythémateuses, papuleuses, ecthymateuses, les unes spontanées, d'autres produites par le liquide purulent.

Tels ont été, enfin, les phénomènes généraux suivants : fièvre, diarrhée, délire, signalés par les familles, dans quelques cas. »

Un des nourrissons avait contaminé sa mère. Celle-ci, les doigts souillés encore du pansement qu'elle venait de faire à son enfant, se frotta les yeux. Rapidement, à l'angle externe de l'œil droit, se développa une ulcération qui atteignit en quelques jours les dimensions d'une pièce de 20 centimes. M. le docteur Decouvelaere, qui vit l'ulcération palpébrale de la mère, constata son identité avec les trois ulcérations non encore cicatrisées que la petite fille de dix mois portait encore à l'un des bras.

M. Hervieux se fit présenter l'enfant vaccinifère. C'était un garçon de neuf ans, de superbe apparence. Nulle part trace de maladie vénérienne antérieure. On constatait des cicatrices d'apparence légitime. Mais la persistance de ganglions axillaires, sus-claviculaires et cervicaux, suffisait pour témoigner d'une évolution anomale de la vaccine. Les parents ont déclaré qu'ils étaient absolument sains et se sont opiniâtrement refusés à tout examen. Il est bon de noter cette résistance suspecte des parents. Mais c'est cependant un fait négatif qui ne peut entrer en ligne de compte que pour une part minime.

Est-ce en présence d'une syphilis vaccinale que l'on se trouve aujourd'hui? M. Hervieux, tout en se tenant sur la réserve, ne le croit pas. En reprenant attentivement les dates, on voit en effet que la vaccination a eu lieu le 31 juillet et que, le 13 août, le médecin constatait des ulcérations manifestes sur 37 enfants. Un seul des 38 vaccinés avait échappé à l'inoculation.

Il ne se serait donc écoulé que treize jours entre l'inoculation et l'ulcération. Or, cette ulcération, déjà grande lorsqu'elle a été vue le treizième jour, datait au moins de trois ou quatre jours déjà. Il faudrait donc admettre que le virus introduit par la lancette a demandé une période de huit à neuf jours pour son incubation. Or, pareil fait est inconnu dans l'histoire de la syphilis. L'observation clinique des malades, aussi bien que tous les traités de syphiliographie, sont d'accord sur ce point. Une ulcération qui survient huit à dix jours après l'inoculation n'est pas syphilitique.

La vaccine ulcéreuse est connue, elle a l'aspect chancriforme,

elle ressemble parfois à s'y méprendre à l'accident primitif de la syphilis. Mais il faut, pour que les lésions soient comparables, que le chancre soit à son trentième ou quarantième jour d'évolution. On voit qu'il est loin d'en être ainsi dans le cas actuel.

D'ailleurs la multiplicité des lésions, si rare dans l'accident primitif de la syphilis, les caractères inflammatoires qui accompagnèrent l'ulcération, cette suppuration abondante et même fétide qui est signalée dans l'observation, cette fièvre si élevée, cet état général, grave jusqu'au délire, cet œdème de tout le membre : tout cela est chose rare, dans l'évolution de lésions syphilitiques.

Mais de quelle nature est donc cette épidémie vaccinale? Malgré tous ces signes, qui vont à l'encontre du diagnostic de syphilis, il est prudent de ne pas se prononcer et d'attendre encore quelques semaines. Une surveillance attentive des jeunes malades ne tardera pas, en cas de syphilis, à amener la découverte de lésions secondaires qui rendront le diagnostic indiscutable. Aujourd'hui, plus d'un mois s'est écoulé depuis la constatation de ces ulcérations, elles sont toutes ou presque toutes complètement cicatrisées et aucun enfant n'a présenté de manifestations nouvelles. Tout porte donc encore à croire que la syphilis n'a rien à voir dans cette épidémie.

M. FOURNIER appuie de son autorité les paroles de M. Hervieux. Pour lui, cette incubation écourtée ne s'observe jamais dans la syphilis, dont l'accident primitif se développe vingt-cinq jours en moyenne après la contagion; ce que prouvent les inoculations expérimentales. Il sait cependant combien en pareille matière le diagnostic est délicat; il fait appel aux souvenirs de M. Roger, qui, lors d'une épidémie de ce genre dans le Morbihan, se trouva autrefois aux prises avec les mêmes difficultés. Mais en pesant bien tous les signes qu'a mentionnés M. Hervieux, il ne peut s'empêcher de contester le caractère syphilitique de ces lésions. Chez des nouveau-nés débilités, séjournant à l'hôpital, déjà maladifs, on a pu quelquefois observer des symptômes fébriles et même du délire, mais jamais pareil fait n'a été relaté chez des enfants de huit à dix ans, tels que les enfants de l'école de la Motte-sous-Bois. L'accident d'inoculation, signalé chez la mère, non seulement ne prouve pas la nature syphilitique de la lésion, mais doit au contraire être considéré comme un fait opposé à l'établissement d'un tel diagnostic. En effet, c'est le 25 août que l'accident a été observé chez la mère, l'ulcération avait déjà à cette époque les dimensions d'une pièce de quatre sous, c'est-à-dire quatre jours de date au moins. Dans ce cas, si la lésion était syphilitique, l'inoculation aurait eu lieu avant la vaccination des enfants, ce qui est contraire aux faits observés.

Comme M. Hervieux, M. Fournier ne croit pas que la lésion observée à la Motte-sous-Bois soit de nature syphilitique; de même aussi que M. Hervieux, il demande que l'Académie fasse encore crédit de quelques semaines et propose une enquête ultérieure.

Sur la proposition de **M. BERGERON**, secrétaire perpétuel, l'Académie vote des remerciements à M. Hervieux, pour le zèle qu'il déploie à l'occasion de tout ce qui intéresse la vaccine.

Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. — **M. GUÉNIOT** étudie la pathogénie et le traitement des vomissements opiniâtres qu'on observe parfois chez les femmes enceintes. Il établit combien sont graves les vomissements lorsqu'ils deviennent incoercibles; il rappelle que bien des femmes et surtout bien des enfants ont succombé à la suite de ces accidents.

Pour lui l'étiologie de ces vomissements peut reconnaître une triple origine.

C'est l'appareil utérin, le système nerveux, l'estomac qu'on peut incriminer, associés ou isolément.

Sans aucun doute c'est la grossesse qui est la cause première de ces vomissements; mais cet état de grossesse ne suffit pas pour expliquer la pathogénie de ces accidents. La plupart des femmes ne vomissent pas ou vomissent peu; chez quelques-unes seulement le vomissement résiste avec opiniâtreté. Pourquoi? Parce que, dit M. Guéniot, il y a presque toujours une lésion de l'appareil utérin et surtout du col de l'utérus, et il a observé des flexions, athrésie, déviations, ulcérations, des kystes du col, d'autres fois des abaissements de l'utérus en entier. Plus rarement les lésions siègent dans les annexes, exceptionnellement elles s'adressent à l'œuf lui-même.

Un système nerveux, impressionnable à l'excès, excitable sous la moindre influence; un estomac, déjà capricieux, intolérant ou malade : voilà les conditions dans lesquelles se voient les vomissements incoercibles.

Comment s'enchaînent les trois facteurs, quel est le mécanisme intime qui, par l'intermédiaire du système nerveux, réunit l'utérus à l'estomac? Le fait est encore obscur, mais la thérapeutique peut néanmoins être établie d'une façon rationnelle.

Il importe, avant d'entrer dans le détail, d'établir qu'au point de vue de l'étiologie, les vomissements bénins et les vomissements incoercibles ne sont que des différents degrés du même mal, et que la thérapeutique, avec une énergie moindre, doit être la même dans les deux cas.

Avant de commencer le traitement, il faut rechercher la cause principale ou les causes secondaires de cet accident de la grossesse. Ici la thérapeutique doit être étiologique. Quelle qu'elle soit, elle doit ménager l'estomac, et si l'on ne peut éviter l'ingestion des aliments, il convient d'épargner à la muqueuse gastrique le contact des médicaments, qu'on administre par la voie cutanée en frictions, sous-cutanée en injections, par la voie rectale en lavements. Il convient de se garder aussi de céder trop aux malades, toutes tourmentées d'une soif intense, et qui réclament constamment des boissons abondantes. Les liquides doivent être à peu près supprimés et permis seulement par petites cuillerées à café.

Ces données étant acquises, il convient de dire que, dès leur début, les vomissements doivent être traités par les moyens ordinaires : potion de Rivière, eau de seltz, champagne glacé, etc. Mais si ces tentatives ne réussissent pas, il faut de suite rechercher la cause, que l'on trouvera presque toujours du côté du col utérin, dévié, abaissé ou fléchi. Dans ce cas, il faudra recommander aux malades le décubitus dorsal avec surélévation du bassin. C'est là un procédé excellent qui a maintes fois réussi à l'auteur. On peut, mais avec prudence, car il y a la crainte de l'avortement, employer le pessaire Gariel, dont la distension élastique soutient et élève la matrice. Le traitement doit d'ailleurs se faire par intermittence, pour être bien supporté.

Dans d'autres cas, il y a des ulcérations du col, des polypes insérés sur le museau de tanche, du vaginisme, de l'hyperesthésie génitale, il y a là autant d'indications thérapeutiques particulières. C'est en triomphant de ces lésions qu'on triomphera de ces vomissements qui n'en sont que la conséquence éloignée. Les interventions sur le col, les cautérisations pendant la grossesse, ont été souvent pratiquées sans inconvénient et sans interrompre le cours de la grossesse.

Quelquefois le col est trop rejeté, son tissu trop dur : dans ce cas il convient d'user de pommade de belladone à la cocaïne, à la morphine, d'injections chaudes convenablement faites.

Si le système nerveux est incriminé, c'est à la médication antispasmodique qu'il faudra avoir recours : révulsion sur la colonne vertébrale, réfrigération par pulvérisation d'éther, par décubitus sur un sac de glace, s'étendant sur toute la région dorso-lombaire — voilà pour la médication locale. Bromures associés au chloral, — voilà pour la médication interne. On peut encore recommander les inhalations d'oxygène, l'hydrothérapie, l'électricité, etc.

Si l'estomac est malade préalablement, c'est sur lui qu'il conviendra de diriger tous les efforts de la thérapeutique. Mais dans tous les cas, une diète presque absolue est de rigueur au début. Les aliments liquides ne seront permis même qu'en petite quantité, malgré les désirs de la malade, torturée par la soif.

Si tous ces moyens n'ont pas réussi, on doit alors recourir à un moyen qui a été mis en pratique, il y a longtemps, par Paul Dubois : la dilatation du col de l'utérus. Cette dilatation doit se faire peu à peu, doucement et sans brusquerie, autant que possible, par crainte de l'avortement ; il convient de ne pas dilater l'orifice interne et de limiter son action à la cavité et à l'orifice externe du col. Pour pratiquer cette dilatation, le doigt est de beaucoup préférable à tous les instruments.

LECTURES

Hypertrophie congénitale du membre inférieur droit. — **M. MARC SÉE** lit un rapport sur le travail présenté par M. Duplouy à l'Académie sur un cas d'hypertrophie congénitale observé sur un jeune sujet de dix-sept ans.

M. Duplouy reconnaissait dans ce cas une forme particulière d'éléphantiasis, sorte de dermite à début intra-utérin avec ectasie vasculaire, veineuse ou lymphatique ; M. Sée croit plutôt que l'on se trouve en présence d'un œdème chronique, dû à l'existence d'un obstacle mécanique sur le cours des vaisseaux veineux. Le rapporteur pense que, si le mal s'aggravait, il conviendrait dès maintenant de recourir à la compression élastique et, en cas d'insuccès, on serait peut-être obligé de recourir à la ligature de l'artère principale du membre.

Traitement de certaines affections cutanées par l'association des laxatifs, des alcalins et des sudorifiques. — **M. GOMBAULT** donne la relation d'un certain nombre de faits où il a pu guérir rapidement quelques affections dartreuses, comme le psoriasis, le pityriasis, l'eczéma, par la méthode thérapeutique suivante :

Chaque jour, il prescrit à ses malades 50 à 100 grammes d'un sirop renfermant du bicarbonate et du lactate de soude, dans la proportion de 8 grammes par 500 de sirop composé d'extraits concentrés, de sudorifiques (salsepareille, gentiane, sassafras), de purgatif (jalap), de laxatifs (rhubarbe et séné) : il y a 1/6e de rhubarbe et 1/12e de jalap dans la composition du sirop.

Comme topique local, il a fait usage de la pommade suivante :

Axonge	30 grammes
Ergotine.	3 —
Protochlorure d'hydrargyre . . .	3 —

Ce topique doit être appliqué deux fois par vingt-quatre heures.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1888-1889.

Première série. — 279. M. Célestin RIBOULOT. Contribution à l'étude chimique de quelques liquides de ponction au point de vue du diagnostic. — 280. M. FISTIÉ. De la cure radicale du varicocèle. — 281. M. VATÉ. De la pleurésie purulente latente. — 282. M. LEGRAIN. Les microbes des écoulements de l'urèthre. — 283. M. Jules SIZARET. Étude sur la simulation de la folie. — 284. M. RICHARD. De l'extirpation des ganglions tuberculeux non suppurés du cou. — 285. M. KERMAREC. De quelques traitements récents en ophthalmologie. — 286. M. FAYOL. Étude sur quelques antiseptiques. — 287. M. Ernest GEORGE. Contribution à l'étude de la saccharine. — 288. M. SPECKER. Contribution à l'étude de la phénacétine (variété *Para*). — 289. M. VIGNERON. Traitement de la phthisie par les injections intra-pulmonaires antiseptiques. — 290. M. VUILLAUME. Contribution à l'étude de l'anévrysme superficiel de la tête. — 291. M. SALADIN. Étude sur les polypes intra-utérins considérés avant, pendant et après la grossesse. — 292. M. FRIANT. Quelques considérations sur la cheiloplastie consécutive à l'ablation du cancer des lèvres. — 293. M. Henri-Charles MARTIN. De la pneumonie abortive. — 294. M. ZUMBIEHL. De la névrite traumatique chronique. — 295. M. LECLERCQ. De l'incision en deux temps des kystes hydatiques du foie. — 296. M. STUDER, docteur en médecine de la Faculté du Missouri Medical College (États-Unis d'Amérique). Étude sur la fièvre jaune.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire abrégé des sciences médicales, par le docteur L. THOMAS. 1 vol. in-18. — Prix : 7 francs, cartonné 7 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Les maisons d'habitation, leur construction et leur aménagement selon les règles de l'hygiène, par le docteur W.-E. CORFIELD, traduit et annoté par le docteur P. JARDET, médecin à Vichy. 1 vol. in-16 de 160 pages avec 54 figures. — Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la tuberculose des gaines synoviales tendineuses.

Par M. Victor WALLICH, interne des hôpitaux.

I

L'histoire de la tuberculose des gaines tendineuses est de date toute récente. Jusqu'à ces dernières années, on connaissait bien ces synovites à évolution lente, à symptômes mal définis, de cause inconnue, que l'on n'osait attaquer que par une médication externe, après les formidables accidents survenus chaque fois que l'on en avait tenté la cure opératoire. Le diagnostic de synovite fongueuse, que l'on posait pour ces affections, indiquait une médication révulsive et, somme toute, expectante. On avait noté la ressemblance de marche, l'analogie des lésions entre ces synovites fongueuses tendineuses et les synovites fongueuses articulaires, les tumeurs blanches.

En 1866, M. Cazanou intitulait sa thèse : « Des tumeurs blanches des synoviales tendineuses ou tumeurs fongueuses de ces synoviales. » Déjà M. Bidard (1) avait étudié les symptômes et les lésions macroscopiques des synovites tendineuses fongueuses. Mais on ignorait alors la nature tuberculeuse des fongosités que l'on trouvait dans les synoviales articulaires et tendineuses. Les travaux de Köster, Friedlander, M. Cornil, vinrent établir la nature tuberculeuse des tumeurs blanches articulaires. Mais il fallait encore plusieurs années avant que l'on vît certaines synovites tendineuses classées parmi les tuberculoses locales.

Des observations de synovite tuberculeuse furent présentées à la Société anatomique, en 1873, par MM. Debove (2), Lancereaux (3), Labbé et Coyne (4). Ce n'est qu'en 1882, qu'on trouva une nouvelle observation de MM. Trélat et Jamin (5). Enfin, en 1883, MM. Terrier et Verchère (6), ajoutant deux cas personnels aux observations précédentes, écrivent un mémoire sur la synovite tendineuse tuberculeuse ; en même temps, paraissait la thèse de M. Raynier sur le même sujet (1).

A en juger par le petit nombre d'observations réunies par ces auteurs, l'affection est des plus rares. MM. Terrier et Verchère ont deux observations personnelles ; ils citent celle de M. Lancereaux, le cas de M. le professeur Trélat, ainsi qu'une observation de synovite fongueuse de M. Bouilly, non suivie d'examen histologique, et c'est tout. M. Chandelux, dans sa thèse d'agrégation (2), parue la même année, joint aux observations précédentes deux nouvelles observations communiquées l'une par M. le professeur Poncet, l'autre, par M. le docteur Augagneur. Il faut citer aussi la thèse de M. Poupelle (Paris 1883).

On pouvait alors croire que la localisation de la tuberculose, si fréquente sur les synoviales articulaires, attaquait rarement les gaines synoviales tendineuses.

Mais la question subit une nouvelle phase : en 1885, MM. Nicaise, Poulet et Vaillard (3) viennent démontrer que des synovites de nature inconnue jusqu'à ce jour, désignées sous le nom de synovites à grains riziformes, peuvent être des synovites tuberculeuses. Dans la paroi des kystes qu'ils ont observés, ces auteurs ont trouvé des follicules tuberculeux et ils ont rencontré des bacilles de Koch.

Le cadre des synovites tuberculeuses se trouve considérablement agrandi, par ce fait que certaines synovites à grains riziformes sont des synovites tuberculeuses. Cela est démontré anatomiquement par la forme des lésions, les follicules tuberculeux et la présence de bacilles. Il restait à faire la démonstration expérimentale du fait ; l'inoculation, aux animaux, des produits de ces synovites engendrait-elle la tuberculose ? Dans leurs inoculations, MM. Nicaise, Poulet et Vaillard n'avaient obtenu aucun résultat positif. MM. Terrillon et Martin, en 1886, inoculèrent des grains riziformes à un lapin qui mourut présentant les lésions anatomiques d'une tuberculose généralisée (4).

Dans une communication à la Société de biologie (5),

(1) BIDARD. Thèse de Paris, 1858.
(2) DEBOVE. *Bulletin de la Société anatomique*, 1873.
(3) LANCEREAUX. *Id.*, 1873, p. 617.
(4) LABBÉ et COYNE. *Id.*, 1873, p. 618.
(5) TRÉLAT et JAMIN. *Progrès médical*, 1882, p. 359.
(6) TERRIER et VERCHÈRE. *Revue de chirurgie*, 1882, p. 543.

(1) RAYNIER. *Essai sur les localisations tuberculeuses dans les synoviales tendineuses*, Thèse de Montpellier, 1882.
(2) CHANDELUX. *Des synovites fongueuses articulaires*, Th. d'agr., 1883.
(3) NICAISE, POULET et VAILLARD. Nature tuberculeuse des hygromas et des synovites tendineuses à grains riziformes, *Revue de chirurgie*, août 1885, p. 609.
(4) TERRILLON. *Bulletins de la Société de chirurgie*, novembre 1886.
(5) WALLICH. Société de biologie, séance du 17 novembre 1888.

nous avons fait connaître le résultat d'inoculations faites avec des grains riziformes. Nous avions pu constater, à l'autopsie d'un premier animal, mort trois mois après l'inoculation, des lésions tuberculeuses dans les viscères thoraciques et abdominaux, *avec des bacilles de Koch en grand nombre* dans les poumons, la rate.

Notre observation fut bientôt confirmée par un fait analogue de MM. Reynier et Wurtz (1) et un autre cas de M. Jalaguier (2). Enfin, tout récemment, M. Daban, dans sa thèse (Paris 1889), vient d'apporter un fait nouveau de synovite à grains riziformes, avec follicules tuberculeux et bacilles de Koch, dans la paroi du kyste.

II

Ces synovites débutent sourdement, lentement, et se manifestent d'abord au malade par une gêne dans certains mouvements, puis il constate une tuméfaction dans la région où se trouve la gaine synoviale atteinte. Ce sont ces deux phénomènes : gêne dans les mouvements et tuméfaction, qui amènent le malade auprès du chirurgien. La gêne dans les mouvements se présente avec une intensité très variable, depuis le cas où elle est à peine sensible, jusqu'au cas où elle annihile presque complètement le mouvement. Cette gêne n'arrive généralement pas jusqu'à la douleur, l'indolence de ces affections a pu être considérée comme un de leurs caractères. Elles diffèrent en cela, profondément, des synovites articulaires tuberculeuses, dans lesquelles la douleur est un caractère fréquent ; toutefois, la douleur a été signalée, mais coïncidant alors avec un traumatisme ou une poussée inflammatoire.

On a aussi observé des douleurs irradiées, mais au lieu de se montrer comme dans les tumeurs blanches, au-dessous du point malade, elles se sont localisées au-dessus de ce point, dans l'épaule, pour la synovite des gaines du poignet, au genou, dans la synovite de la gaine des péroniers.

La tuméfaction est le principal signe objectif ; comme forme, elle représente le trajet de la gaine synoviale atteinte. Quelquefois un ligament bride la tumeur et celle-ci prend une forme en bissac. La consistance de la tumeur est variable, suivant que son contenu est fongueux ou liquide, ou fongueux et liquide à la fois. Du reste, ces aspects varient selon l'époque de la maladie, peuvent varier aussi suivant les différents points de la tumeur que l'on examine : tantôt, c'est la consistance fournie par les fongosités, sensation demi-molle, irrégulière, bosselée ; tantôt, c'est la fluctuation bien nette, produite par un liquide séreux, d'autres fois purulent ; tantôt, dans les cas de grains riziformes, on trouve, fuyant sous le doigt et se pressant les uns contre les autres, une quantité de petits grains fournissant, au doigt qui comprime, une sensation spéciale de crépitation.

La tuméfaction, mobile dans ses débuts par rapport à la peau et aux muscles sous-jacents, peut, par la suite, s'immobiliser par propagation des lésions aux tissus voisins. Cette propagation se fait tantôt dans la profondeur, vers les os ; on a alors des ostéites ou des ostéo-arthrites de voisinage. D'autres fois, les lésions se propagent vers la peau qui devient adhérente, s'amincit, et, finalement, s'ulcère pour livrer passage au contenu purulent et aux débris fongueux de la tumeur.

Comme marche, ces synovites ont un début lent, inaperçu, une marche sourde mettant des années à évoluer. Enfin, ces synovites sont susceptibles de poussées aiguës, mais ce ne sont pas ces dernières formes que l'on peut considérer comme des synovites tuberculeuses aiguës. Celles-ci sont peu connues, point décrites. M. Raynier, dans sa thèse, en fournit un exemple dû à M. le professeur Tédenat (de Montpellier), nous ne saurions mieux faire que d'en rapporter l'observation résumée :

X..., boulanger, vingt-sept ans. Sa mère est morte tuberculeuse. Il a joui d'une très bonne santé jusqu'en 1871. Il reçoit, à cette époque, une violente contusion dans la région thoracique droite, il a une hémoptysie violente, et il est renvoyé du régiment pour tuberculose. Un an après, il ne toussait plus, la santé était complètement revenue, et dura jusqu'au mois de juillet 1877. Il est alors reçu dans le service de M. le docteur Tripier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Depuis quinze jours, il a des douleurs dans les genoux et à la partie inférieure de la face externe des deux jambes, au voisinage de la malléole péronière. Ces douleurs étaient très intenses, exaspérées par la pression ou le moindre mouvement ; il entre à l'hôpital le 15 juillet, ayant une forte fièvre et une violente céphalée. On porte le diagnostic de tuberculose aiguë, avec lésion prédominante des méninges.

Les gaines péronières présentent un certain degré de tuméfaction, mais on ne constate, à leur niveau, ni rougeur de la peau, ni fluctuation.

Le malade meurt le 23 juillet. A son autopsie, on constate l'absence de lésions tuberculeuses dans les viscères (poumons, foie, reins), mais toutes les séreuses (méninges, plèvres, péritoine, tunique vaginale) présentent un semis abondant de granulations tuberculeuses.

« Les gaines synoviales des péroniers présentent, sur leur face interne, une couleur rosée, parsemée de points ecchymotiques. Cette face interne est recouverte d'une mince couche de synovie jaune, très visqueuse. Elle présente un grand nombre de granulations tuberculeuses, semblables à celles des plèvres, un peu aplaties ; quelques-unes, plus volumineuses, sont jaunes. Çà et là, on rencontre quelques grains rosés, du volume d'une tête d'épingle, d'autres, au nombre de cinq ou six, ont le volume d'un grain de maïs, et présentent, à leur surface, une ou deux granulations jaunes.

L'examen microscopique des granulations tuberculeuses n'a pas été fait. Les bourgeons écrasés entre deux lames de verre et soumis à l'action du picro-carmin, montrent de nombreuses cellules embryonnaires groupées autour de cellules géantes (1). »

III

Au point de vue anatomique, la gaine synoviale atteinte de tuberculose se présente sous l'aspect d'une poche offrant à étudier une paroi et un contenu.

La paroi de la poche est constituée par la synoviale épaissie pouvant atteindre 1 centimètre d'épaisseur (Terrier et Verchère) et former un véritable manchon autour des tendons qui peuvent rester sains. Ils peuvent aussi être atteints légèrement, offrir une surface dépolie, ou même porter des fongosités qui détruisent leur continuité et rendent impossibles leurs fonctions.

Cet épaississement n'est pas régulier, il est variable suivant les divers points de la tumeur, variant entre 1 et 8 millimètres dans les observations de MM. Nicaise, Poulet et

(1) Reynier et Wurtz. *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 12 décembre 1888.

(2) Jalaguier. *Id.*, séance du 26 décembre 1888.

(1) Raynier. Loc. cit.

Vaillard. Il présente, à l'œil nu, l'aspect ordinaire des fongosités, dont nous n'avons pas à rappeler ici les caractères macroscopiques.

Dans les cas où les téguments et la synoviale sont ulcérés, on trouve, disent MM. Terrier et Verchère, les téguments adhérents aux parties profondes. Ils font corps avec la gaine malade, celle-ci est épaissie et forme un véritable manchon autour des tendons intacts. Ces derniers peuvent être adhérents, ou bien ils glissent dans les canaux étroits, creusés par la néoformation tuberculeuse. Suivant ces mêmes auteurs, la tumeur tuberculeuse ne s'étend pas au delà de 3 ou 4 centimètres, offre le volume d'une noix ou d'une noisette, présentant sur la coupe une paroi épaissie et, au centre, une cavité remplie d'un pus séreux et granuleux. Sur le reste de la séreuse, on trouve d'autres petites productions semblables à celle-ci, mais, en dehors de ces tumeurs, la séreuse est intacte, non épaissie.

Le contenu du kyste est très variable, c'est tantôt un liquide jaunâtre, limpide, visqueux, tantôt du pus ressemblant au pus d'abcès froids. Ce contenu liquide est parfois assez abondant pour donner la sensation de fluctuation ; d'autres fois, il manque et l'on ne rencontre que des fongosités. Mais qu'il y ait ou non liquide, on trouve, dans certains cas, des grains blanchâtres rappelant la forme et l'aspect du riz cuit, qui ne sont autres que les corps décrits sous le nom de grains riziformes. Ils ont une couleur blanchâtre, une consistance demi-molle. Ils sont en nombre variable, jusqu'à cent et au delà. On voit sur la coupe suinter, à leur surface, un liquide séreux peu abondant. Leur volume varie depuis celui d'un grain de mil, un grain de riz, jusqu'à celui d'un haricot (Nicaise). Ils sont libres dans la synoviale, serrés les uns contre les autres. Les caractères histologiques des fongosités, dans les synovites sans grains, ne diffèrent pas de ceux que l'on observe dans les synovites fongueuses articulaires ; on y a noté la présence de follicules tuberculeux.

La paroi des tumeurs synoviales, observées par MM. Terrier et Verchère, est infiltrée de cellules embryonnaires qui, en certains points, sont groupées en nodules, au centre desquels on rencontre une ou plusieurs cellules géantes. Ces cellules embryonnaires seraient plus nombreuses le long des vaisseaux dont elles envahiraient la paroi, puis la lumière, et celui-ci deviendrait le centre d'un nodule.

L'étude histologique des lésions de la synoviale, dans la synovite à grains riziformes, date du mémoire de MM. Nicaise, Poulet et Vaillard. Ils ont noté que la paroi est essentiellement constituée par du tissu conjonctif dense, mais qui présente des aspects bien différents, suivant l'épaisseur de la néoformation. Les coupes des parois, colorées au picro-carmin, offrent à considérer une couche externe formée par du tissu conjonctif fibreux et très serré. Puis se trouve une couche moyenne « vaguement fibrillaire, à peine teintée en rose pâle, parsemée de très nombreuses cellules plates ou fusiformes. Puis, à mesure qu'on se rapproche de la limite interne, les cellules embryonnaires prédominent et donnent, à cette partie, l'aspect d'un véritable tissu de granulation. » Dans le tissu conjonctif qui constitue la paroi, sont épars des follicules tuberculeux. Les follicules sont plus confluents et plus gros vers la couche externe, ils ont à leur centre une cellule géante, puis une zone de cellules épithélioïdes. Cette dernière est en rapport soit avec une zone de cellules embryonnaires, soit avec le tissu fibreux. Mais la couche interne surtout a présenté à ces auteurs des particularités intéressantes : elle présente, sur une épaisseur de un dixième à un quart de millimètre, une teinte rouge uniforme, d'apparence homogène, vitreuse, paraissant constituée par une agglomération d'éléments nécrosés ou en voie de nécrose. Cette couche amorphe ne serait que le résultat de la fusion des éléments embryonnaires qui, graduellement, prennent une coloration diffuse, d'un rouge intense, et un éclat réfringent, presque vitreux (nécrose de coagulation), puis perdraient leur contour pour en arriver à constituer ces lames amorphes, où l'on ne reconnaît plus le tissu primitif, mais bien celui dont sont constitués les grains riziformes. L'examen histologique des grains riziformes fait, dans plusieurs cas, par MM. Nicaise, Poulet et Vaillard, leur a permis de constater que ces grains étaient dépourvus d'enveloppe, et formés par un tissu amorphe ressemblant à celui que l'on trouve sur la couche interne de la paroi. Mais ce tissu ne présente pas toujours la même disposition. Tantôt, on constate une disposition en couches concentriques stratifiées, et, entre ces diverses lames, on trouve des petites lacunes étoilées, contenant soit des grains hématiques, soit des corpuscules réfringents, rappelant certains aspects de la graisse, des corps arrondis du volume des leucocytes, insensibles aux réactifs colorants, peut-être des débris de faisceaux conjonctifs un peu teintés en rose, soit enfin des éléments cellulaires arrondis, à noyaux encore colorables.

D'autres fois, le tissu amorphe qui constitue les grains n'est plus disposé par lames, par écailles superposées, mais il est formé par une agglomération de fragments du même tissu, accolés ou enroulés, laissant aussi entre eux des lacunes où l'on peut rencontrer les mêmes éléments que plus haut. Dans ces lacunes, MM. Nicaise, Poulet et Vaillard ont trouvé, en outre, une sorte de matière mucoïde très granuleuse, ou encore une substance finement réticulée, à peine teintée par le picro-carmin. Enfin MM. Nicaise et Mayor avaient constaté, dans un cas, sur les coupes de grains, des amas de granulations graisseuses qui, à mesure qu'on approchait de la périphérie, présentaient, au centre de chacun d'eux, un noyau allongé. Ces granulations étaient contenues dans des corps cellulaires allongés aussi et affectant une direction parallèle à celles des couches concentriques. En approchant de la périphérie, ces cellules n'avaient aucune direction déterminée et paraissaient, comme les précédentes, être de véritables cellules conjonctives qui subiraient, de la périphérie au centre de la tumeur, la dégénérescence granulo-graisseuse.

IV

D'après les caractères que nous venons d'énumérer, les synovites à grains rappelaient bien les lésions de la tuberculose. Il restait à confirmer ces observations par la recherche du bacille de Koch, et savoir si, par la méthode expérimentale, les produits de ces synovites, inoculés, provoquaient la tuberculose bacillaire.

Dans leurs observations, MM. Nicaise, Poulet et Vaillard notèrent la présence du bacille de Koch dans le tissu de la paroi et dans les grains riziformes. Dans une de leurs observations, ils inoculèrent deux lapins avec des grains et des débris de la paroi aussitôt après l'opération. De ces deux animaux, l'un est mort accidentellement vingt jours après l'inoculation : on ne constata aucune lésion chez cet animal, mais il présentait un petit foyer caséeux au niveau du point

de l'opération. Ce pus fut inoculé à un cobaye qui vivait encore, ainsi que l'autre lapin, en expérience lors de la publication du mémoire de ces auteurs.

On était donc, au point de vue expérimental, peu renseigné sur la nature tuberculeuse des synovites à grains. En 1886, M. Terrillon annonça à la Société de chirurgie que des animaux inoculés avec des grains riziformes, extraits d'un kyste qu'il venait d'opérer, étaient morts tuberculeux.

Sous l'inspiration de notre maître, M. Lucas-Championnière, nous avons, l'année dernière, dans le laboratoire de M. le professeur Cornil, pratiqué des inoculations de grains riziformes. Ces grains étaient extraits d'un kyste synovial palmaire, chez une jeune fille déjà atteinte d'une tumeur blanche du genou.

Ces grains furent recueillis pendant l'opération dans un tube flambé. Sur de nombreuses coupes de grains traitées par la méthode d'Ehrlich, nous n'avons jamais rencontré de bacille de Koch. L'inoculation des grains ou de leur contenu, faite dans des bouillons de culture, nous a fourni des colonies de microcoques, sans groupement bien déterminé, parmi lesquels nous n'avons pas rencontré de bacilles de Koch. Deux cobayes, le jour même de l'opération, furent inoculés avec huit à dix grains, les uns entiers, les autres sectionnés. L'inoculation fut faite chez l'un de ces animaux dans le péritoine, chez l'autre dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale. Le 3 août, trois mois après l'inoculation, le cobaye qui avait reçu les grains dans le péritoine succombait.

A l'autopsie, nous avons pu constater de nombreux tubercules sur le péritoine pariétal, dans les poumons, la rate et à la surface du foie. Nous avons noté la présence d'un grand nombre de bacilles de Koch sur les coupes de poumons et de rate traitées par la méthode d'Ehrlich. Le deuxième animal, envahi dans le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale, le même jour que le précédent, ne présenta immédiatement aucun accident, ni local, ni général. Mais, au bout de trois mois, une ulcération d'aspect tuberculeux se développa, au niveau du point d'inoculation, et prit assez rapidement les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Six mois après l'inoculation, l'ulcération avait l'étendue d'une pièce de deux francs, offrait des bords décollés, et était recouverte d'un pus sanieux, grisâtre, dans lequel nous n'avons pas rencontré de bacilles de Koch. L'animal succomba le 27 novembre (l'inoculation avait été faite le 24 avril de la même année). A l'autopsie, on trouve dans les aines des ganglions indurés. L'un d'eux, à droite, offre le volume d'un pois, il est ramolli à son centre et contient du pus. Le péritoine et l'intestin paraissent sains. On remarque sur la surface du foie un certain nombre de points gris jaunâtres, aplatis, et ayant le volume de têtes d'épingles. La rate, les reins n'offrent pas d'altérations macroscopiques. Les plèvres n'ont aucune lésion, mais les poumons sont criblés de tubercules, et on peut constater la présence des bacilles de Koch sur les coupes de ces organes, traitées par la méthode d'Ehrlich.

M. Reynier et Wurtz ont inoculé des grains riziformes à un cobaye. Comme nous, ils n'ont pas rencontré de bacilles de la tuberculose sur les coupes de grains, mais le résultat de l'inoculation a été des plus positifs, ils ont même rencontré quelques bacilles dans le pus d'un abcès développé au point d'inoculation, avant que l'animal succombât à une tuberculose généralisée.

De même, dans le cas de M. Jalaguier, l'inoculation de grains riziformes à un animal a provoqué une tuberculose généralisée.

Les faits que nous venons de relater viennent confirmer la nature tuberculeuse des synovites à grains. Les cas, suivis d'une observation complète, au point de vue histologique et expérimental, sont encore peu nombreux, ils ne suffisent peut-être pas pour permettre de faire rentrer, dans la catégorie des tuberculoses locales, toutes les synovites à grains riziformes. Mais on peut tout au moins affirmer que certaines de ces synovites sont de nature tuberculeuse. Si l'on réunit alors les cas de synovites fongueuses, on verra que la tuberculose des synoviales n'est plus un fait rare, comme on aurait pu le croire au début de l'histoire de cette affection.

V

Les causes de la synovite tuberculeuse sont assez obscures. Les conditions d'âge, de constitution, d'hérédité, ne sauraient, dans le cas particulier, présenter des considérations nouvelles sur les tuberculoses locales. L'influence occasionnelle du traumatisme serait très importante, non seulement parce qu'elle est invoquée la plupart du temps par les malades, mais aussi parce qu'elle répond bien aux faits démontrés par Schüller, pour les tuberculoses articulaires, à savoir le développement de la tuberculose sur l'articulation blessée, chez un animal inoculé de produits tuberculeux. Et même, en dehors de tout traumatisme, pourrait-on invoquer comme cause, ainsi que le proposent MM. Terrier et Verchère, l'activité excessive de certaines gaines tendineuses comme celles du poignet et des muscles péroniens, les plus fréquemment atteintes. Ce qui, par suite, paraîtrait indiquer une prédisposition chez l'homme qui mène une vie musculaire plus active.

Un point, intéressant à étudier, est celui de la pathogénie de ces synovites. En effet, nous avons vu que le processus tuberculeux peut amener les lésions ordinairement observées sur toutes les synoviales : les fongosités. Mais aussi nous avons vu que ces synovites pouvaient prendre une certaine forme, s'accompagner de la présence de petits corps libres dans les synoviales. Nous venons d'étudier la texture des grains riziformes, voyons ce qu'on a dit sur leur nature, sur leur pathogénie. Les grains riziformes présentent-ils, dans tous les cas, une constitution identique? Velpeau les considérait comme formés par des masses fibrineuses, provenant d'une effusion sanguine dans le kyste. Virchow avait rencontré, dans certains de ces corps, toutes les apparences du tissu conjonctif. Il les considérait comme un produit du bourgeonnement de la paroi. MM. Nicaise, Poulet et Vaillard, en étudiant la constitution de la couche la plus interne de la paroi, homogène, amorphe, réfringente, vivement colorée par le picro-carmin, virent que les grains riziformes offraient les mêmes caractères, semblaient faits des débris de ces parois. Or, cette modification histologique de la paroi interne du kyste est une des variétés de la mortification des tissus décrits par Weigert sous le nom de nécrose, de coagulation. D'après ces auteurs, les bandes nécrosées pourraient être soit décollées par fragments, à la faveur d'une hémorrhagie sous-jacente, soit arrachées dans les mouvements nombreux qui s'exécutent dans la synoviale. Ces parcelles de tissus nécrosées, devenues libres, seraient arrondies par les frottements qu'elles exercent les unes sur les autres, et contre la paroi de la synoviale. Enfin, MM. Nicaise, Poulet et Vaillard expliquent la

présence d'amas cellulaires et de débris de faisceaux conjonctifs au milieu de ces grains, par ce fait que le décollement ou l'arrachement de la paroi peut dépasser la limite de la zone nécrosée, intéresser les tissus de granulations voisins, qui seraient englobés plus tard dans la masse du grain.

Ce n'est pas tout, dans ces grains riziformes, MM. Nicaise, Poulet et Vaillard ont trouvé des bacilles de Koch. Nous n'avons pas obtenu dans nos recherches le même résultat, car, sur les nombreuses coupes que nous avons faites dans le cas cité plus haut, nous n'avons point rencontré de bacilles. Mais nous sommes loin d'en conclure à leur absence, surtout si nous rappelons que l'inoculation de ces grains seuls amena chez des animaux le développement d'une tuberculose bacillaire très intense. Quand MM. Nicaise, Poulet et Vaillard publièrent leur mémoire pour établir la nature tuberculeuse des synovites ou des hygromas à grains riziformes, ils avaient réuni cinq observations auxquelles nous devons joindre aujourd'hui celle de MM. Terrillon et Martin, la nôtre, celle de M. Reynier et Wurtz, le cas de M. Jalaguier.

VI

Le traitement chirurgical des synovites tuberculeuses ne date que de quelques années. Les observations de synovites fongueuses, assez rares, comme nous l'avons établi, n'avaient pas provoqué de méthodes spéciales de traitement. Elles étaient généralement respectées, on ne trouvait à leur opposer que l'application de topiques divers, et des révulsifs cutanés. Les synoviales, comme le péritoine, étaient considérées, par expérience, comme un terrain opératoire dangereux. Les synovites tuberculeuses à grains riziformes, plus nombreuses que les précédentes, n'étaient pas l'objet d'un traitement plus actif. M. Weiss(1), auquel nous faisons ici de nombreux emprunts, rappelle dans son mémoire sur le traitement de ces synovites, que la compression, la ponction, l'injection iodée avaient fourni quelques résultats entre les mains de Gerdy, Boyer, Jobert, Velpeau, Michon, Boinet, etc. Mais ces méthodes avaient aussi fourni de nombreux revers, des récidives et des cas de mort. Dupuytren avait, à la suite d'un succès, recommandé l'incision de ces kystes, mais cette pratique fut bientôt rejetée pour les accidents qu'elle provoqua. En 1874, MM. Demarquay et Schwartz obtinrent un meilleur résultat par le drainage, et, l année suivante, M. Duplouy venait conseiller l'ignipuncture. En 1875, il y eut une discussion à la Société de chirurgie, sur la méthode de traitement à employer, et Alphonse Guérin vint préconiser la large incision de ces kystes, qui n'était suivie d'aucun accident, si l'on recourait à son pansement ouaté.

D'autre part, en Allemagne, la question du traitement de ces synovites avait été l'objet de recherches. Lücke recommanda, en 1872, la large incision de ces kystes, comme utile et non dangereuse, si elle est suivie de l'application rigoureuse des procédés de Lister. En 1875, Volkmann confirma la pratique conseillée par Lücke, et conseilla d'introduire dans la poche un gros drain et de lui imprimer un mouvement de va et vient pour détacher les grains encore adhérents. Ranke, en 1878, conseilla d'inciser le kyste et de gratter son contenu avec la curette.

(1) Weiss. De l'incision antiseptique des kystes à grains riziformes, *Revue de chirurgie*, 1885, p. 449.

La même année, M. le professeur Verneuil pratiquait avec succès l'incision d'un kyste synovial et faisait faire à un de ses élèves une thèse sur ce sujet (1).

Bientôt suivirent les observations analogues de MM. Nicaise, Notta, Faucon, Polaillon, Humbert et Schwartz, communiquées à la Société de chirurgie. Les discussions qui suivirent ces communications tendirent à établir le traitement des synovites à grains. Nous allons le rappeler tel qu'on le pratique aujourd'hui, tel que nous l'avons vu employer avec succès dans le service de notre maître, M. le docteur Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

La région étant soigneusement lavée au savon, puis avec la solution phéniquée, forte, de Lister, au 1/20e. L'incision, dont la longueur est variable suivant l'étendue de la poche, doit être suffisante pour le large écoulement du contenu de la poche, et pour son nettoyage parfait. Aussi, lorsque la tumeur est bridée par un ligament comme au carpe, qu'elle affecte une forme en bissac, est-il préférable de faire deux incisions, une sur chaque poche. On évacue le contenu de la tumeur. Puis, avec la curette de Volkmann, on procède au raclage de toutes les fongosités qui tapissent la poche. Ceci fait, on injecte dans la cavité une solution de chlorure de zinc au 1/10e. On place un drain dans chaque orifice, suivant l'étendue de l'incision, la plaie est réunie ou non à l'aide de crins de Florence, le pansement fait avec de la gaze iodoformée, les sachets antiseptiques, recouverts d'ouate de tourbe. Au premier pansement, le sixième ou le septième jour, on enlève les fils de suture, les drains. Les suites sont des plus simples. Les parties sont mobilisées, on provoque une gymnastique des muscles. Il peut rester un trajet fistuleux au niveau des incisions assez lent à se fermer, et dans lequel nous avons vu faire des injections de chlorure de zinc au 1/10e. Quelles que soient les difficultés de la cure prompte de ces synovites, pour laquelle le nettoyage parfait de la synoviale malade doit tenir une grande place, l'incision et le grattage, entourés de grands soins antiseptiques, sont considérés comme la méthode de choix. Si ce mode de traitement ne donne pas toujours les résultats brillants, à réunion rapide, que la chirurgie moderne obtient si souvent, il procure au moins au malade un soulagement immédiat, par le fait d'une intervention utile, et qui n'a plus le droit d'être dangereuse.

UN CAS DE CÉCITÉ ABSOLUE ET SOUDAINE

SURVENUE CHEZ UNE HYSTÉRIQUE PENDANT LA GROSSESSE

Par MM. les docteurs Hamon du Fougeray (du Mans)
et Fouchard (du Mans), médecin oculiste.

Mme X..., qui fait l'objet de cette observation, est âgée de vingt et un ans, fortement constituée en apparence. Son père est arthritique ; sa mère est morte subitement de la rupture d'un anévrysme (?). Elle a deux frères qui sont soldats dans la cavalerie et en bonne santé. Jamais elle n'a eu de maladies graves. Vers quinze ans, elle a commencé à souffrir de dyspepsie et de gastralgie.

C'est surtout quand elle était au bord de la mer, que les douleurs gastralgiques étaient intenses. Elle a ainsi souffert de l'estomac jusqu'à dix-huit ans.

Sous l'influence d'un régime approprié et de la suppression du

(1) Godemel. Thèse de Paris, 1878.

vin rouge, remplacé par une bière légère, il y a eu une grande amélioration.

Elle a été réglée à treize ans facilement. Jamais elle n'a eu d'attaques de nerfs. Depuis l'époque où elle a souffert de l'estomac, elle a vu survenir des migraines assez intenses, que l'antipyrine fait disparaître. Elle en souffre encore de temps en temps. Elle est mariée depuis dix-huit mois.

En résumé, c'est une dyspeptique migraineuse et quelquefois, mais non toujours, à migraine ophthalmique. En dehors de ces seuls symptômes, elle ne présente rien de plus à noter, si ce n'est encore une impressionnabilité spéciale pour certaines choses, telles que la musique, par exemple. Elle est enceinte depuis six mois et demi.

Dans la nuit du 15 au 16 juin 1889, je fus appelé en toute hâte auprès d'elle et, à mon arrivée, je la trouvai en proie à des douleurs gastralgiques extrêmement violentes et à des vomissements incoercibles.

Voici ce qui s'était passé.

Le 14 juin, elle avait mangé, aux deux repas, du homard et surtout un plat de champignons *de couche*, fort appétissant, mais sommairement préparé. Les champignons coupés avaient été sautés au vin blanc, sans avoir été blanchis au préalable ; ils étaient donc peu cuits. Dans la soirée du 14, elle fut légèrement indisposée, ainsi que son mari et la cuisinière.

Le lendemain, l'indisposition persista chez elle, tandis qu'elle disparaissait chez le mari et que la cuisinière s'en débarrassait par une purgation.

Le soir seulement, des accidents graves éclatèrent chez ma malade et, toute la nuit, elle fut en proie à des douleurs extrêmement violentes, avec vomissements incessants.

Cet état continua le 16 et le 17, tout en s'améliorant sensiblement sous l'influence de la potion de Rivière.

Le 18, se trouvant un peu mieux, elle mange *une seule* fraise, immédiatement les accidents recommencent comme le premier jour.

A ma visite du 19, au matin, je trouve ma malade assez calme ; les vomissements ont cessé, mais dans la nuit, vers deux heures du matin, des accidents bizarres de la vue sont apparus. La vision a diminué progressivement pour disparaître *entièrement*, et, quand je l'examine, Mme X... est entièrement aveugle. Une lampe, approchée de ses yeux, ne donne aucune sensation.

En présence d'une cécité aussi subite, je priai mon excellent confrère, M. le docteur Fouchard, médecin oculiste au Mans, de bien vouloir s'adjoindre à moi pour rechercher les causes de ces accidents. Voici ce que nous constatâmes :

Les pupilles sont moyennement dilatées et réagissent à la lumière. Aucune douleur oculaire ou péri-orbitaire, mais des douleurs frontales et occipito-pariétales très violentes. La lumière d'une forte lampe Carcel ne donne aucune sensation.

Examen ophthalmoscopique. — Les milieux réfringents sont transparents. Large staphylome postérieur de chaque œil, lié à une myopie de 4,50 D.

Il n'existe aucune autre lésion.

La cécité étant absolue, un examen, même sommaire, du champ visuel, de la chromatopsie et du champ visuel chromatique, est impossible.

Les urines analysées ne décèlent aucune trace d'albumine, ni de fièvre.

Nous portons ce diagnostic : amaurose totale, sans lésions ophthalmoscopiques, chez une hystérique, pendant la grossesse, à l'occasion d'accès de migraine ophthalmique, réveillée par des troubles gastro-intestinaux.

Nous portons un pronostic favorable, mais réservé quant à la durée.

Le soir du même jour, nouvel examen ; pas de changements dans l'état de la malade.

La sensibilité générale n'a subi aucune altération. Des phénomènes amnésiques très marqués se sont manifestés pendant quelques heures la nuit.

La nuit suivante, Mme X... voit indistinctement des ombres, puis les formes se dessinent.

Le lendemain matin, soit trente-six heures après l'apparition de la cécité, la vision était revenue par moitié. Il existait une hémiopie homonyme latérale droite. Les couleurs étaient perçues, quoique faiblement : le *bleu* causait à la malade une impression fort douloureuse. Il n'existait aucun scotome.

En deux jours, l'hémiopie disparut ; la vision revint intégralement ; la sensibilité au bleu persista pendant cinq à six jours.

Huit jours après le début des accidents oculaires, Mme X..., complètement rétablie, reprenait ses occupations habituelles.

Jusqu'au 9 juillet, l'état de Mme X... était redevenu excellent ; la grossesse, en apparence du moins, poursuivait sa marche normale et, à mon dernier examen, les bruits du cœur du fœtus étaient parfaitement distincts.

Dans la nuit du 9 au 10 juillet, je fus soudainement appelé. A mon arrivée, je trouvai Mme X... sur le point d'achever une fausse couche. Me trouvant seul, je fis prier mon excellent confrère, M. le docteur Mélisson, de venir m'aider dans cette circonstance, ne sachant pas si quelque accident, d'un nouveau genre, pouvait se présenter. L'expulsion d'un fœtus de sept mois se fit sans encombres et, une heure après mon arrivée, la fausse couche était terminée. Il était quatre heures et demie du matin et les douleurs avaient commencé le soir à 10 heures.

Tout fut normal, pas d'hémorrhagie. Le fœtus mort, bien conformé, du sexe féminin, commençait à être macéré ; l'épiderme se détachait au ventre et aux épaules. La mort paraissait donc remonter à quelques jours. La malade n'avait rien ressenti de particulier les jours précédents. Mais le fait le plus intéressant se remarquait à l'examen du placenta.

Celui-ci, de volume normal pour l'âge de la grossesse, présentait, en un point, une tumeur grosse comme un œuf qui, après ouverture, laissa voir dans son intérieur un énorme caillot sanguin noir ; les parois de la poche étaient lisses et comparables à celles de certains kystes. Cette hémorrhagie placentaire considérable devait donc remonter à plusieurs jours. Enfin, à côté de cette sorte de kyste sanguin, se trouvaient d'autres petits foyers hémorrhagiques.

Il est à regretter que le placenta n'ait pas été conservé et examiné au microscope, pour se rendre compte de l'état des vaisseaux et de la source de l'hémorrhagie, par rapport aux vaisseaux du cordon.

Les suites de cette fausse couche ont été absolument normales. Le troisième jour, une montée de lait assez abondante eut lieu. Mme X..., par précaution, resta près d'un mois couchée et, aujourd'hui, sa santé générale ainsi que la vision sont en parfait état.

Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre. Le diagnostic ne nous semble pas douteux dans ce cas. Nous voyons :

1° Un terrain arthritique et dyspeptique, cause des phénomènes migraineux, doublé d'un tempérament extrêmement nerveux. sans que l'hystérie se soit antérieurement manifestée ;

2° Une première grossesse normale ;

3° Des troubles gastro-intestinaux causés par l'ingestion de champignons de couche, mais mal cuits ; sous cette influence, vomissements incoercibles, migraine ophthalmique très violente. Légère amélioration, puis rechute après ingestion d'une fraise ;

4° Cécité absolue durant trente-six heures. Hémiopie homonyme consécutive. Rétrécissement léger du champ visuel. Pas de scotome. Perception douloureuse du bleu, ne disparaissant qu'après cinq à six jours, suivant la loi établie, d'ailleurs, par l'école de la Salpêtrière ;

5° Pendant douze jours, santé parfaite. Au bout de ce

temps, sans aucune cause, fausse couche normale. Expulsion d'un fœtus de sept mois, bien conformé, mort depuis deux jours environ. Apoplexie placentaire énorme ;

6° Rétablissement complet de la malade au bout d'un mois. Tel est l'enchaînement des faits.

Les cas d'amblyopie hystérique ne sont pas très rares. Mais les cas d'amaurose totale, sans aucune lésion ophthalmoscopique avec retour rapide de la vision, ont été très rarement signalés. Les observations se comptent et nous pouvons rapprocher la nôtre d'un cas presque semblable, cité par M. le docteur Galezowski, dans son traité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Très souvent les médecins des grandes villes sont appelés à donner des certificats médicaux à des personnes dont ils ne connaissent nullement l'état civil. Il en peut résulter certains inconvénients qui sont bien mis en relief par le fait suivant :

Le tribunal correctionnel de la Seine vient de juger une affaire qui mérite d'attirer l'attention du corps médical, car elle montre le soin que doit apporter le médecin dans la rédaction et la délivrance d'un certificat médical. Voici les faits :

Une femme F..., accompagnée d'une autre femme, se présenta, il y a quelque temps, à la consultation gratuite de M. le docteur Bouchereau. Notre confrère, sur la demande qui lui en était faite, examina cette dernière et rédigea ensuite un certificat. Ne connaissant pas ces femmes, il demanda le nom de la malade et la femme F... lui fournit des renseignements que M. Bouchereau consigna dans son certificat. Au point de vue médical, le certificat s'appliquait à la personne qui accompagnait la femme F...; mais, sur les indications de cette dernière, M. Bouchereau inséra dans ledit certificat les indications d'état civil de la femme F...

C'était là un guet-apens dans lequel les époux F... ont fait tomber notre confrère, pour arriver ensuite à le citer directement en police correctionnelle. Ils reprochaient à M. le docteur Bouchereau d'avoir délivré à un sieur B..., employé de commerce, un certificat constatant que Mme F... se livrait à des scènes scandaleuses et était sujette à certains accès nerveux ne permettant pas de lui confier la garde d'un enfant. Ce certificat, erroné au dire de la plaignante, lui aurait fait perdre deux procès la privant de la garde de sa petite fille, laquelle aurait été confiée à des mains étrangères. C'est pourquoi les époux F... réclamaient 10 000 francs de dommages et intérêts à M. le docteur Bouchereau.

Notre confrère n'a eu qu'à rétablir les faits pour que les juges fussent complètement éclairés sur la machination ourdie contre M. Bouchereau. MM. Brouardel et Motet ont apporté leur appui à notre confrère et ont déclaré que, dans la circonstance, ils estimaient que M. Bouchereau avait agi comme tout médecin l'aurait fait. Après de pareils témoignages, les époux F... se sont désistés de leur plainte, mais M. Bouchereau n'a pas cru devoir accepter ce désistement, estimant que, n'ayant rien à se reprocher, il fallait un jugement déclarant que c'était abusivement qu'il avait été traduit à la barre. Dans ce but, il a fait déposer, par son avoué, des conclusions reconventionnelles par lesquelles il réclamait une somme de 6 000 francs de dommages-intérêts pour abus de citation directe.

Le tribunal, après avoir délibéré, a renvoyé M. le docteur Bouchereau des frais de citation et a condamné les époux F... à 1 500 francs de dommages-intérêts.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

26

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour **les adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

67

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

S[t] dép. dét. à Paris, Ph[ie] LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

41

Véritable ferrugineux assimilable

PEPTONATE DE FER ROBIN

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARI

Présenté à l'Académie par BERTHELOT.

Chloro-anémie, dyspepsie, lymphatisme, affections utérines, Diabète. — 10 à 20 **gouttes** p[r] repas.

VIN ROBIN, 1 cuillerée par repas.

DRAGÉES, 2 à 3 par repas.

Ph[ie] ROBIN, Bourges, et t[tes] ph[ies]. — Echant. f[o].

69

Gouttes, Gravelles, Coliques hépatiques, néphrétiques, Cystite, etc.

CONTREXÉVILLE

SOURCE DU PAVILLON

seule décrétée d'intérêt public.

CONNUE ET RECOMMANDÉE DEPUIS 150 ANS.

Exiger la source du **Pavillon.**

50

LANOLINE LIEBREICH

La seule absolument libre d'acide, sans odeur, ne rancissant pas. Seul excipient absorbant son poids d'eau et se mêlant avec toutes les autres graissse.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline, USINE DU TREMBLAY, à CREIL (Oise).

PARIS, 31, rue des Petites-Ecuries, PARIS.

42

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est d'après les plus illustres médecins un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysentéries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

51

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

(Quinquina, pyrophosphate de fer écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*. Trousseau et Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : J.-B. BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

94

MIGRAINE NÉVRALGIQUE, VERTIGE STOMACAL

et toutes névralgies se rattachant à un trouble du système nerveux général.

Effets rapides et constants par

LA CÉRÉBRINE (VOIR « PARIS-MÉDICAL » DU 8 JUIN)

La **Cérébrine**, à base d'analgésine, de caféine et de cocaïne, ne se délivre que sous la forme de liqueur, dont la dose est d'*une mesure* ou cuillerée à bouche, au moment et de préférence au début des accès.

Chaque flacon porte la signature *Pausodun* et est accompagné d'une petite mesure en verre. — Flacon de **3** et de **5** francs.

Gros : Eug. FOURNIER, pharmacien, *Issy-Paris*; Détail : 31, rue de Cléry, et dans t[tes] les ph[ies].

33

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas.**

MARIANI, ph[ien], 41, Boul. Haussmann, et t[tes] ph[ies].

79

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS.	LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES.	GASTRALGIE.
DYSPEPSIE.	GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES :

Pancréatine Defresne :	en poudre, 4 gr. 2 à 4 cuillerées.
Pilules digestives Defresne	3 à 5 pilules

Élixir et Sirop.

DÉPÔT : 2, rue des Lombards et t[tes] pharmacies.

DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

60

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

17

PEPTONE DENAEYER

Éléments de la viande digérés et diffusibles, en solution concentrée à 20 p. 100, **limpide et stérilisée;** saveur et arôme de fort bouillon de bœuf.

Analyses de MM. les professeurs Violette, Frésénius, Krukenberg, etc.

Rapport à l'Académie royale de médecine de Belgique.

BROCHURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

PEPTONATE DE FER DENAEYER

ferrugineux neutre, non astringent, complètement assimilable.

Dépôt central : MICHELAT *et* LESUEUR, *9, rue des Guillemites, Paris. — Pour le Nord, Pharmacie* GOBERT, *à Lille.*

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, Place Vendôme, PARIS.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

38

VIN E. GRIMAUD FERRO-ERGOTÉ

3 récompenses obtenues en 1888

BARCELONNE	PARIS	BRUXELLES
méd[lle] d'arg[t]	diplôme d'honneur	méd[lle] d'arg[t]

Le **VIN GRIMAUD** ferro-ergoté, préparé avec un vin d'Espagne de 1[re] qualité, est le meilleur des toniques et reconstituants. Il est d'un goût très agréable, d'une composition irréprochable.

— Le **Vin ferro-ergoté** est employé avec un succès constant dans les **Chloroses, Pâles couleurs, Convalescences longues** et **Anémies** de toute sorte.

DOSE : *Un petit verre à liqueur après chaque repas, chaque verre contient exactement : Citrate de fer ammoniacal, 20 cent.; seigle ergoté, 10 cent.*

PRIX DU FLACON : **4** FRANCS

Se trouve dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : E. GRIMAUD fils, 3, r. Ribera, Paris.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

N° 109. — MARDI 24 SEPTEMBRE 1889. 62e ANNÉE. MARDI 24 SEPTEMBRE 1889. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

I. Ostéomyélite du fémur. — II. Epithélioma du rectum.

I. Il y a aujourd'hui huit jours, j'ai pratiqué, chez un de mes jeunes malades de la salle des hommes, la désarticulation de la cuisse, pour une ostéomyélite du fémur. Mon opéré ayant succombé depuis lors, je désire, en commençant cette leçon, appeler votre attention sur les lésions anatomo-pathologiques que l'examen des pièces permet de reconnaître avec la plus grande netteté, et sur le mécanisme de la mort.

Tout d'abord, on constate les lésions de l'ostéomyélite, remontant à une très grande hauteur dans le fémur, de telle sorte que l'opération que j'ai faite, c'est-à-dire la désarticulation de la cuisse, était la seule praticable. Puis on constate : un emphysème pulmonaire et un œdème du poumon, prononcés surtout du côté droit ; un cœur gras, augmenté de volume avec rétrécissement mitral ; une rate doublée de volume, renfermant des infarctus ; un foie lobulé, plus gros, cirrhotique, pesant 1700 grammes et en voie de dégénérescence graisseuse parfaitement nette ; enfin, des reins énormes pesant, celui du côté gauche, 450 grammes, celui du côté droit 420 grammes. Ces reins sont le siège d'une néphrite mixte, avec dégénérescence graisseuse également.

Les accidents d'ostéomyélite remontaient, comme début, à plus de trois ans, puis étaient survenues, comme phénomènes secondaires, les lésions viscérales, enfin la maladie avait retenti sur le cœur et les poumons.

En présence d'un ensemble aussi grave et aussi étendu, pourquoi, direz-vous, avoir fait la désarticulation ? La vérité est que, au lieu de pratiquer une opération partielle, comme nous l'avons fait au mois de décembre dernier, il eût mieux valu faire d'emblée la désarticulation. Mais, à cette époque, nous n'eussions pas eu le droit d'y songer, notre jeune garçon avait bonne mine, ses fistules se fermaient les unes après les autres, bref notre malade semblait devoir guérir, par suite, aucune autre opération que la résection de l'os, sur une longueur de 7 à 8 centimètres, n'était indiquée.

Du reste, l'amélioration, qui suivit cette opération partielle, fut notable ; malheureusement elle ne fut aussi que passagère, et quelque temps après, la suppuration recommençait et la maladie osseuse continuait ses progrès. Puis, il y a un mois, sont apparus des accidents graves, lymphangite et œdème, en même temps que survenaient des complications du côté du cœur, des reins, etc. Cependant, sous l'influence du traitement, la lymphangite et l'œdème ayant disparu et l'albuminurie ayant notablement diminué, l'état général lui-même s'étant très sensiblement amélioré, je crus pouvoir, vu l'état local du membre inférieur, tenter la désarticulation de la cuisse.

Mais deux jours plus tard, bien que la plaie fût dans un état relativement satisfaisant, les phénomènes généraux reprenaient leur marche ascendante et le malade succombait aux lésions que je vous ai indiquées en commençant.

La morale à tirer de ce fait c'est que la gravité de ces sortes d'affections est telle parfois que, sans vouloir intervenir trop tôt, le mal s'arrêtant parfois spontanément, il faut bien se garder d'attendre les manifestations générales pour intervenir chirurgicalement par une opération complète et radicale.

La véritable époque à laquelle, chez ce malade, il eût fallu réellement pratiquer la désarticulation de la cuisse, est il y a trois mois, lorsque les accidents d'ostéomyélite ont recommencé et que la suppuration a reparu.

II. Le fait, dont je vais vous parler maintenant, n'appartient plus à la clientèle hospitalière, mais à celle de la ville.

Une femme de quarante-cinq ans, dans son complet développement physique, éprouvait, depuis quelque temps, des phénomènes qu'elle croyait devoir attribuer à des hémorrhoïdes, mais qui la tourmentaient vivement ; elle se décida à consulter son médecin, M. le docteur Hutinel.

Celui-ci, examinant sa malade avec soin, pratiqua immédiatement le toucher rectal et sentit, très haut dans le rectum, en un point qu'il ne put que difficilement atteindre avec l'extrémité du doigt, une production ressemblant à une tumeur. Il pria aussitôt M. Bouilly d'examiner à son tour la malade, puis tous deux me demandèrent à leur tour en consultation, il y a quinze jours.

Ce que MM. Hutinel et Bouilly avaient constaté, je le sentis à mon tour, c'est-à-dire en un point encore accessible, mais très élevé, quelque chose de dur et comme ulcéré.

La malade était une femme grande, forte, aux apparences

superbes, d'une santé robuste, cependant, ce quelque chose qu'elle portait dans son rectum était un épithélioma. Fallait-il conclure de notre examen à laisser la malade tranquille, jusqu'au moment où la nécessité de créer un anus artificiel s'imposerait? Nullement. Mais avant d'en arriver à une opération, je fus d'avis, et mon avis a été partagé par mes deux confrères, de vider tout d'abord complètement l'intestin, de chloroformiser la malade, de pratiquer une dilatation anale suffisante pour pouvoir faire pénétrer, dans le rectum, notre main de façon à obtenir un examen complet des parties. C'est ce que nous avons fait, il y a deux jours. Nous avons ainsi reconnu l'existence, à la partie supérieure du rectum, soit à 10 ou 12 centimètres de hauteur, d'un foyer épithéliomateux, ayant de 2 à 2 centimètres et demi de largeur, superficiel encore, que nous avons pu saisir avec les doigts et ramener au dehors ; ce noyau cancéreux, mobilisable même, n'avait pas dépassé en profondeur les limites du rectum. De plus, la paroi recto-vaginale était absolument indemne.

J'ai donc conclu à l'opportunité d'une opération consistant à étreindre la base de la tumeur dans deux ou trois anneaux de ligature de soie, sectionner en avant desdites ligatures les portions étreintes, puis cautériser avec le fer rouge, opération, en somme, parfaitement exécutable et nullement dangereuse.

Et j'ai conclu ainsi, à cause de la mobilisation facile de la tumeur, de sa faible étendue, et de l'intégrité des parties profondes de la paroi rectale.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Méningo-myélite tuberculeuse.

(Leçon clinique recueillie par M. le docteur Leflaive, ancien interne des hôpitaux.)

Le malade dont je veux vous entretenir aujourd'hui est un homme de trente-cinq ans, atteint d'une paraplégie toute récente. Il y a huit jours, lorsqu'il a été admis à l'hôpital, il a pu encore gagner à pied la salle et son lit ; mais actuellement, il présente une paralysie complète des membres inférieurs et de la parésie des membres supérieurs.

Les paraplégies à marche rapide ont presque toujours une étiologie facile à saisir : un traumatisme, le froid humide, des excès génitaux, l'alcoolisme, la syphilis. Ici nous ne trouvons pas autre chose qu'une maladie chronique, la tuberculose. Il ne s'agit pas d'une tuberculose héréditaire, car les parents de notre malade sont encore vivants et ont plus de soixante-dix ans, mais d'une diathèse acquise, dont la première manifestation fut une pleurésie gauche à début latent ; elle dura trois mois, mais ne nécessita aucune ponction. Dix-huit mois plus tard survint une laryngite ; la voix devint couverte et l'est encore. En décembre 1888, ce fut une otite droite, sans cause locale, sans fièvre ni douleur. Aujourd'hui les lésions pulmonaires sont assez accentuées pour ne laisser aucun doute : râles cavernuleux et respiration rude et soufflante au sommet droit ; quelques râles fins à la base ; signes de même ordre, mais moins prononcés, à gauche. Je vous rappellerai qu'au moment de l'entrée, la toux était fréquente, l'expectoration purulente et abondante ; il n'y avait pas de fièvre, bien que le pouls fût un peu rapide ; enfin les voies digestives étaient en bon état. Nous étions donc en face d'une tuberculose pulmonaire qui se disséminait à d'autres organes. C'est sur ce terrain que sont apparus des accidents nerveux à début insidieux et récent.

Depuis sept à huit mois, cet homme avait éprouvé une perte graduelle de ses facultés génésiques. Ce n'est pas un symptôme de grande valeur dans le cours d'une maladie chronique, et je n'oserais pas y voir la preuve d'une lésion médullaire aussi ancienne, d'autant plus que le malade n'a pas noté la période d'excitation qui, en pareil cas, précède la suppression de cette fonction. Jusqu'à la fin de décembre il avait pu vaquer à ses occupations. Il avait déjà ressenti de l'engourdissement, quelques fourmillements et de l'obtusion sensitive des extrémités inférieures, surtout à droite, mais sans douleurs, lorsque, un jour, en montant un escalier, sa jambe droite lui manqua tout à coup ; on dut le porter chez lui. Le lendemain, il pouvait marcher, mais tout effort, course, ascension, lui était impossible et développait une sorte de claudication intermittente. Les jours suivants, les troubles moteurs consistaient à la fois en symptômes de paralysie : lourdeur, fatigue rapide, incertitude de la marche ; et en symptômes d'excitation ; fourmillements, crampes, contractions spasmodiques ; il existait un tremblement exagéré par les mouvements.

Cet état durait depuis plus de trois semaines, quand il vint à l'hôpital, le 28 janvier. Sa démarche était hésitante, titubante ; il clochait du pied droit et il rappelait les allures un peu d'un ataxique, mais surtout d'un hémiplégique : il fauchait de la jambe droite et sa gauche ne semblait pas solide. La marche était possible, puisqu'il gagna à pied la salle Chauffard, qui est au second étage.

Le lendemain, nous trouvions les mouvements conservés à la jambe gauche ; mais, à droite, il existait de la parésie : le pied était en équinisme ; il ne pouvait plus être soulevé, mais seulement être promené latéralement sur le lit. Il y avait aussi un certain degré de contracture de la cuisse droite qu'exagéraient les mouvements communiqués de flexion et d'extension ; en outre, le malade accusait quelques crampes dans le mollet. C'était donc un mélange d'excitation et de paralysie. La sensibilité était intacte ; le réflexe cutané (chatouillement de la plante) était un peu accru ; mais le réflexe rotulien et le phénomène de la trépidation épileptoïde étaient très augmentés. Il n'y avait aucun trouble fonctionnel du rectum ni de la vessie ; l'intelligence était conservée, et la force des membres supérieurs se mesurait par 25 kilogrammes au dynamomètre.

Dès ce jour, on pouvait soupçonner là une complication spinale, car la monoplégie n'était pas pure. On ne pouvait en chercher la cause dans une complication cérébrale de l'otite, puisque la paralysie siégeait du même côté que la lésion auriculaire. On ne pouvait pas supposer un noyau tuberculeux logé vers le lobule paracentral, car l'absence de symptômes céphaliques était trop complète. On ne pouvait pas davantage penser à une névrite, puisqu'il n'existait ni troubles sensitifs, ni élancements douloureux, ni troubles trophiques du côté des ongles.

Sept jours plus tard, la lésion spinale est maintenant incontestable : la paraplégie est complète et s'accompagne de paralysie vésicale et rectale ; les besoins d'uriner sont devenus plus fréquents et ont été suivis d'incontinence. Les membres supérieurs se sont affaiblis, et le malade ne marque plus que 4 à 5 kilogrammes au dynamomètre ; il y a de la contracture dans les mouvements d'extension et de flexion, et quelques douleurs d'épaule représentent les douleurs en

ceinture de ces jours derniers. De plus, le malade a le cou raide ; il ne peut tourner la tête et il s'aide de la main pour abaisser le menton.

D'autres signes nous annoncent une prochaine participation du bulbe à la maladie : cet homme toussait beaucoup au moment de son entrée ; il ne tousse plus, il ne crache plus, et les phénomènes thoraciques semblent même disparus. J'ai déjà eu l'occasion de vous montrer que les symptômes fonctionnels de la tuberculose pulmonaire semblaient disparaître quand les méninges spinales et surtout cérébrales se prennent ; non seulement les bronches sont moins sensibles et la toux plus rare, mais encore la sécrétion est moindre. En second lieu, le pouls se ralentit, et de 100 pulsations par minute, il est descendu à 72 ou 80 ; cela indique une excitation du pneumogastrique. Enfin, depuis hier, je lui trouve moins d'acuité intellectuelle ; il est lent dans ses réponses et il s'inquiète bien moins de son état qui, ces jours derniers, le préoccupait beaucoup.

Quelle est la nature de cette affection spinale ? Elle est tuberculeuse, cela est certain ; mais quelles sont les relations de la tuberculose et de la moelle ? Peut-on supposer une localisation aux vertèbres lombaires et consécutivement une pachyméningite envahissante ? Non, car nous n'avons constaté aucun symptôme de mal de Pott lombaire, ni douleur à la pression, ni gonflement, et de plus ce n'est pas là le tableau de la pachyméningite, qui donne lieu d'abord à des douleurs fulgurantes, puis bientôt à de la paralysie avec atrophie musculaire.

L'hypothèse d'un tubercule caséeux de la moelle et d'une myélite diffuse consécutive expliquerait bien le début des accidents ; mais si un tubercule se logeait ainsi dans une moitié de la moelle, on aurait une paralysie motrice avec hyperesthésie d'un côté et une anesthésie de l'autre (Brown-Séquard). Je crois qu'il s'agit d'une méningo-myélite tuberculeuse diffuse.

Rappelez-vous la disposition des artères qui se rendent à la moelle ; elles forment un système antérieur qui est simple et un second postérieur double. Les parties antérieures sont donc moins largement irriguées que les postérieures. Comme au cerveau, la tuberculose se localise sur les petits vaisseaux, causant une endo et une péri-artérite, infiltre ensuite leurs gaines lymphatiques, et enfin donne lieu aux exsudats. Ces lésions vasculaires gênent la circulation, troublent la nutrition de la moelle et y déterminent un processus à la fois inflammatoire et nécrobiotique. Chez notre malade, les troubles prodromiques ont été l'indice de la gêne de la circulation ; l'oblitération brusque de vaisseaux a supprimé les fonctions médullaires de la partie antérieure, dont l'irrigation est moins bien assurée. Le centre gris s'est trouvé ainsi anomalement excité, mais non supprimé ; de là les crampes, l'exagération des réflexes, la trépidation épileptoïde qui se sont ajoutées à la parésie.

La marche a été ensuite rapide, et les progrès de la maladie ont été de deux sortes : d'une part de la contracture, de la raideur par méningite ; d'autre part de la paralysie par myélite. On peut donc décrire ici trois périodes : 1° prodromique ou de pénétration des bacilles dans la paroi artérielle ; 2° inflammatoire ou d'oblitération vasculaire ; 3° d'extension par méningite et myélite. La mort survient d'une manière inexorable et à bref délai par accidents bulbaires.

C'est en 1869 que Hayem signala les accidents médullaires de la tuberculose et qu'il en rapporta deux exemples ; ils furent étudiés ensuite par Magnan (1869-1870) ; par Liouville qui en présenta deux cas à la Société anatomique (1873). Ce fut le sujet de la thèse de Lebouteillier (1872). J'en ai moi-même publié deux observations en 1883 et 1884. D'autres faits ont encore été signalés et cependant il n'en est pas encore question dans les auteurs classiques.

J'ai fait quelques recherches sur la fréquence de la tuberculose médullaire ; on la rencontre une fois sur 15 ou 20 cas de méningite tuberculeuse, maladie déjà assez rare. Le plus souvent, il ne s'agit que de granulations disséminées sur la pie-mère et ne s'accompagnant pas d'inflammation ; c'est alors une simple curiosité anatomique qui se rencontre dans les granulies à marche rapide et qui explique peut-être le symptôme hyperesthésie. Ces lésions tuberculeuses peuvent être parfois prédominantes, et alors la maladie prend les allures : 1° soit d'une méningite rachidienne aiguë ou subaiguë ; 2° soit d'une myélite ascendante aiguë ; 3° soit enfin d'une myélite diffuse subaiguë, apyrétique.

Un exemple du premier type est le fait suivant que j'ai observé à l'hôpital des Enfants. Un jeune garçon surmené arrive, à la suite d'un refroidissement brusque, avec de la rachialgie, de la contracture en opisthotonos et des secousses musculaires. On pose le diagnostic : congestion des méninges par refroidissement ; les révulsifs déterminent une amélioration passagère ; puis aux accidents aigus succède une marche lente qui permet aux symptômes cérébraux de devenir prédominants.

Dans le second type se range ce garçon de seize ans que j'ai vu à l'hôpital Tenon ; il présentait tous les symptômes d'une maladie générale : langue sèche, abattement, etc., et on pouvait croire à une fièvre typhoïde sans signes abdominaux. Quelques jours après, il était paralysé de la vessie ; l'urine s'écoulait sans le moindre jet, ce qui serait surprenant chez un typhique ; le lendemain, nous constations une paraplégie qui se généralisa en trois jours, et la mort survint par symptômes cérébraux.

Le cas que je vous ai exposé tout à l'heure appartient au troisième type. Tandis que les deux premiers s'accompagnent de fièvre assez vive, ici il y a apyrexie. Dans cet exemple, il y a intégrité complète du cerveau, et nous serions dans l'embarras le plus grand, si les autres lésions tuberculeuses ne nous indiquaient pas le diagnostic. En somme, c'est une granulie qui s'étend peu à peu.

Est-on autorisé à préciser la localisation des lésions tuberculeuses de la moelle ? Ici on pourrait les croire situées en avant. Mais c'est une idée toute théorique, car on les a toujours vues plus prononcées en arrière. Il se peut qu'il en soit encore ainsi et que les troubles dominent dans la zone du système antérieur, le plus pauvre comme irrigation, bien que les lésions y soient moins accentuées.

Le degré d'envahissement de la moelle se mesure aux progrès de l'anesthésie et de la suppression des réflexes. L'extension au cerveau est annoncée par l'affaiblissement intellectuel, les troubles du pouls et de la respiration, la suppression de la toux, la dysphagie et les modifications pupillaires. La température s'élève au moment de la mort qui survient par le poumon.

Le pronostic étant absolument fatal, le traitement est donc nul ; pour soulager la douleur des contractures, on peut employer les révulsifs locaux et les calmants tels que le bromure de potassium à haute dose et le chloral. On a vanté l'emploi du calomel à doses réfractées, mais je juge inutile d'imposer, à ces pauvres malades, le supplice d'une telle purgation.

DEUX OBSERVATIONS DE HERNIES ÉTRANGLÉES

Par M. le docteur Garrigue (de Saint-Paterne).

L'exercice de la médecine au fond des campagnes a bien son charme, mais il a aussi son côté triste à cause de l'isolement où se trouve le médecin.

Au nombre des affections qui se dressent brusquement menaçantes aux yeux du praticien éloigné de tout confrère se trouve souvent la hernie étranglée.

Observation I. — Le 9 juillet 1881, je suis appelé auprès d'un meunier de Saint-Christophe qui, vers six heures du matin, labourant son champ, fut pris de violentes coliques suivies de garde-robes abondantes, mais les douleurs de ventre persistant, il se mit au lit.

Vers dix heures, en examinant le malade, je constate une hernie sus-ombilicale faisant saillie sous la peau, et ayant le volume d'une moitié de pomme.

Le palper de cette tumeur est douloureux; il y a quatre heures environ que l'étranglement s'est manifesté et pourtant le malade a déjà éprouvé plusieurs vomissements.

Avec le concours de mon confrère M. le docteur Moisant (de Neuvy-Roi) on essaie immédiatement le taxis, mais sans succès.

Le sieur D..., quarante-cinq ans, homme très fort et d'un embonpoint respectable, raconte que, depuis cinq ou six ans, il avait constaté à cet endroit une petite tumeur indolore; mais en ce moment, dit-il, son volume a triplé. Cette tumeur siège à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'ombilic, et s'est produite à travers les interstices de la ligne blanche; par la palpation on peut se rendre compte que cette tumeur est formée par de l'épiploon, et que le sac qui le renferme ne contient presque pas de liquide. Un premier repli épiploïque formait antérieurement la petite tumeur dont parle le malade, tandis qu'en ce moment une autre portion s'est engagée dans le sac, et c'est elle qui détermine les phénomènes d'étranglement.

Après nos tentatives infructueuses de réduction immédiate par le taxis, nous couvrons la hernie de pommade mercurielle belladonée avec cataplasmes; on donne l'huile de ricin à doses fractionnées et un lavement salé.

Le 10 juillet, je revois le malade avec M. le docteur Moisant; la tumeur a un peu augmenté de volume; l'huile de ricin a été rejetée par les vomissements qui sont très fréquents; par en bas il ne sort ni gaz ni matières. Nous pratiquons tour à tour le taxis et, après une longue et pénible séance, nous n'obtenons rien. Le malade souffre, est très affecté; il se croit perdu.

Le 11 juillet, on a continué l'application d'onguent napolitain belladoné, cataplasmes, bains et lavements, sans aucun résultat; le malade a le pouls filiforme, des vomissements bilieux et fécaloïdes.

En attendant un troisième confrère, pour procéder à la kélotomie qui devient indispensable, nous essayons, M. le docteur Moisant et moi, une laborieuse séance de taxis, et, au bout de trois quarts d'heure environ de taxis continu, la hernie rentre brusquement; le sac herniaire est vide et le malade se sent mieux. On applique un bandage solide; puis on donne un purgatif qui produit plusieurs selles, le malade boit et ne vomit plus; il dort toute la nuit.

Le 12, je visite le malade vers dix heures du matin, et, après avoir enlevé notre bandage de la veille, je suis fort surpris de retrouver la hernie aussi grosse que la veille; mais, après dix minutes de taxis léger, je parviens à la réduire; cette fois je serre mieux le bandage et, depuis un an, le malade n'a pas eu d'autres accidents.

Obs. II. — Le 1er juin 1882, je suis appelé dans un village lointain, pour visiter le sieur M..., âgé de cinquante-quatre ans, porteur, depuis quinze ans, d'une hernie inguinale droite descendue peu à peu dans la bourse; elle était maintenue par un bandage, et, si elle descendait, le malade la remontait lui-même.

Mais le 1er juin, en se levant, il tenta vainement de la faire rentrer pour placer le bandage; il alla aux champs, mais des douleurs insupportables, avec vomissements, le firent revenir au logis pour se mettre au lit.

Je le visite vers quatre heures du soir et je reconnais une hernie volumineuse, dure au toucher, ressemblant à une hydrocèle, mais à côté je trouve le testicule libre dans sa tunique. Au toucher, on sentait que le contenu de la tumeur était surtout liquide.

Habitué à faire rentrer sa hernie, le malade avait déjà fait plusieurs tentatives; j'essayai moi-même le taxis, et mes efforts furent inutiles.

Je fis prendre trois bains chauds, et, après chaque bain, on couvrait la tumeur et la région inguinale d'onguent napolitain belladoné; mais tout cela fut inutile, car il passa une nuit affreuse avec coliques et vomissements.

Le 2 juin, je le trouve très affecté; une nouvelle séance de taxis ne produit pas la moindre réduction de la tumeur, qui semble augmenter et dépasse le volume d'un œuf d'oie.

En manipulant cette tumeur, je prends la certitude qu'il y a dans ce sac une grande quantité de sérosité qui ne me permet pas d'agir sur la partie d'intestin ou de péritoine engagée dans le sac.

Cette sérosité ne diminuant pas par le taxis, il est certain qu'il y a étranglement du collet du sac, et alors par la thérapeutique on ne saurait jamais relâcher l'orifice du canal inguinal pour me permettre de réduire en bloc la hernie.

Comme on vient de préconiser les injections de morphine pour la réduction des hernies étranglées, j'injecte deux fois plein ma seringue de Pravaz au niveau de l'orifice inguinal, espérant que cette dose de morphine servira d'adjuvant à la belladone, laquelle, à son tour, sera antidote de la morphine.

J'attends trente minutes et je procède au taxis, croyant avoir obtenu un relâchement du collet du sac ou bien de l'orifice inguinal. Je n'obtiens rien.

Ma tumeur étant trop volumineuse pour la réduction, j'enfonce mon trocart explorateur dans le sac et retirant le mandrin je tiens la canule d'une main et je comprime la tumeur avec l'autre. La sérosité sort et coule sur la cuisse du malade, entremêlée de bulles de gaz; en même temps la tumeur devient flasque et disparaît peu à peu sous mes doigts qui ne rencontrent plus qu'une petite masse irrégulière, que je crois être une masse épiploïque et que je refoule dans le canal inguinal avec mon doigt. Après quoi je retire ma canule et j'applique le bandage herniaire. Je lui administre un purgatif qui produit le soir plusieurs selles; après mon départ il s'endort et passe une bonne nuit.

Le 3 juin, j'examine la région inguinale qui n'offre aucune trace de désordre, ni d'inflammation, ni de douleur au palper.

Le 4 juin, il entre dans mon cabinet au retour d'une fête chez des amis et prétend ne rien éprouver depuis notre petite opération.

Dans la première observation, une hernie sus-ombilicale a pu être réduite par le taxis, mais le sac renfermait peu de sérosité; alors la pression s'exerçait en quelque sorte sur le corps hernié.

Dans la seconde observation, une hernie inguinale avec un sac renfermant une grande quantité de sérosité est irréductible, car le taxis pratiqué sur la tumeur n'intéresse que bien incomplètement les organes étranglés; il faut traiter et vider ce sac comme un kyste, après quoi on arrive à faire le taxis directement sur le corps hernié.

Cette pratique de ponctionner le sac dans la hernie étranglée, alors qu'il y a une certaine quantité de liquide gênant le taxis direct, me semble bien inoffensive, surtout dans la clientèle des campagnes.

Elle offrirait aux praticiens isolés l'avantage de se rendre

maîtres seuls d'accidents qui, pour être arrêtés par une opération, nécessitent la présence d'autres médecins.

VARIÉTÉS

Des moyens les plus propres à garantir dans les expertises médico-légales les intérêts de la société et des inculpés (1).

Par M. Adolphe GUILLOT, juge d'instruction au tribunal de la Seine et M. DEMANGE, avocat à la cour d'appel de Paris.

I

Dans l'œuvre difficile de la recherche des preuves judiciaires, les hommes de loi ont, dans tous les temps, cherché des auxiliaires chez les hommes de science ; le corps médical, répondant à l'appel de la justice, lui a toujours fourni, avec générosité et dévouement, un concours accueilli avec reconnaissance.

Guidés les uns et les autres par le sentiment de leurs devoirs respectifs, ils s'efforcent d'assurer la juste et légitime répression des crimes, en même temps qu'ils protègent, par l'impartialité de leurs investigations, les intérêts non moins sacrés de ceux qui se trouvent placés sous le coup d'une prévention.

Soumis aux conditions ordinaires des institutions humaines, ils ont connu les tâtonnements de toute science à ses débuts, les erreurs, les fausses doctrines ; mais, même dans les temps passés, où la procédure inquisitoriale reposait sur cette idée, que la nécessité de punir les coupables justifie l'emploi des moyens les plus cruels, leurs intentions étaient dictées par l'austère sentiment du devoir (2).

Depuis le temps où Henri IV disait, dans ses lettres patentes du 14 mars 1601, « que les chirurgiens du collège de Saint-Côme, auxquels étaient particulièrement réservées les places d'expert au Châtelet, devaient être des personnes capables, n'ayant pas seulement une légère expérience, mais savantes en bonnes lettres et ayant l'expérience requise pour que les juges puissent fonder, sur leurs rapports, l'équité de leurs jugements », jusqu'à notre siècle où chaque peuple s'efforce de porter à sa plus grande perfection l'organisation de la médecine légale, un effort constant vers le progrès s'est toujours manifesté, un même souffle de justice a passé sur l'Europe entière ; en 1878, M. le docteur Brouardel, chargé par le gouvernement d'étudier à l'étranger l'organisation de la médecine légale, se croisait à Vienne avec M. le professeur Brunetti (de Rome), accomplissant une mission analogue ; il se rencontrait avec le docteur Hardwick (de Londres), le docteur Gosse (de Genève), faisant, comme lui, un voyage d'exploration scientifique ; il voyait à Berlin le professeur Liman, à Vienne le professeur von Hofmann, s'occupant l'un et l'autre d'assurer, à la médecine légale, la place qui appartient à une science qui touche aux plus grands problèmes de la biologie, en même temps que le professeur Ajtai (de Buda-Pesth), après avoir parcouru l'Europe pour y chercher des modèles, dotait son pays d'un établissement que M. le docteur Paul Loye (3), préparateur du cours de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, représente, dans un intéressant rapport, sur une mission officielle qui vient de lui être confiée, comme le plus complet et le plus parfait qui existe à l'heure actuelle.

Ce fut au retour du voyage, pendant lequel M. le docteur Brouardel (1) put étudier les divers systèmes de l'enseignement médico-légal à l'étranger, que Paris vit enfin se poser dans une morgue, encore bien imparfaite, mais en progrès sensible sur le passé, les bases de cet institut médico-légal, que depuis si longtemps savants et magistrats appelaient de tous leurs vœux (2).

C'est ainsi que, par l'échange des idées, par de mutuels emprunts et la plus cordiale des consultations, les peuples s'entr'aident, s'honorent les uns les autres en réalisant, au profit de la justice et de la science, de pacifiques conquêtes, où chacun a sa part de profit et de mérite.

Les destinées de la médecine légale et de la procédure criminelle ont toujours été étroitement mêlées ; l'une et l'autre ont marché d'un pas à peu près égal, s'avançant tantôt avec lenteur, plus rarement par de brusques enjambées, vers un régime meilleur. Les succès obtenus ne dispensent pas de nouveaux efforts ; dans le domaine de la science surtout, on a toujours des espaces à parcourir et on est sûr de ne jamais atteindre les limites extrêmes du progrès.

La France, malgré les efforts qu'elle a faits et les résultats qu'elle a obtenus, n'a pas la prétention de n'avoir plus rien à faire pour porter à la plus grande perfection possible l'organisation des expertises médico-légales ; elle est convaincue, par les souvenirs que lui ont laissés sur ce point spécial les communications faites au Congrès de 1878 par M. le docteur de Groz, professeur de médecine légale à la faculté de Buda-Pesth, et M. Vleminckx, de l'Académie royale de Bruxelles, que les législations étrangères peuvent lui fournir de précieuses indications pour améliorer ses propres lois.

A cette époque déjà lointaine, certains projets de réforme n'avaient pas encore vu le jour ; si le Code d'instruction criminelle n'était pas à l'abri des critiques, il paraissait avoir encore une longue et utile carrière à parcourir ; le président du Congrès, l'honorable docteur Devergie, se contentait de dire au début de son mémoire sur les experts en justice : « Il est question, d'après certains journaux, d'introduire dans l'instruction des droits que ne posséderaient pas aujourd'hui les inculpés et, notamment, celui de demander une contre-expertise (3). »

Ces rumeurs, qu'il traitait peut-être un peu dédaigneusement, allaient bientôt devenir des réalités ; trois mois après le Congrès, le ministre de la justice, M. Le Royer, qui, sans doute, en avait lu les instructifs comptes rendus, déposait, au nom du Gouvernement, sur le bureau du Sénat, un projet tendant à réformer de fond en comble le Code d'instruction criminelle, en y introduisant ce qu'on appelle la *méthode contradictoire* (4). « La question des expertises, disait l'exposé des motifs, est une de celles qui ont donné lieu aux plus vives réclamations... Dans le système actuel, l'erreur une fois commise est presque toujours irréparable ; c'est longtemps après l'expertise que le rapport est connu de la défense et peut être discuté ; les objets expertisés ont disparu ou se sont altérés.

« Les moyens de contrôle n'existent plus ; nulle mesure ne doit être cependant entourée de plus de précautions, car elle

(1) Rapport présenté au Congrès international de médecine légale.

(2) Les textes encore en vigueur sur les expertises médico-légales sont l'article 81 du Code civil ; les articles 43 et 44 du Code d'instruction criminelle, l'article 27 de la loi du 19 ventôse an XI sur la médecine ; les décrets des 18 juin 1811 et 7 avril 1813 sur les frais d'expertise.

(3) *L'enseignement de la médecine légale en Allemagne et en Autriche-Hongrie*, par le docteur Paul Loye, préparateur du cours de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, avec plans ; 1889. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) *Organisation du service des autopsies à la Morgue*, rapports adressés à M. le garde des sceaux par M. le docteur Brouardel, 1878. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) *De la réforme des expertises médico-légales*, par M. le docteur Brouardel, 1884. — Paris, J.-B. Baillière et fils. Voir sur la Morgue de Paris et son organisation : *Recherches historiques sur la Morgue*, par Firmin Maillart, 1860 ; — *Notions générales sur la Morgue*, par le docteur Devergie. Paris, 1877, extrait de l'*Union médicale* ; — *Étude sur la Morgue au point de vue médical et administratif*, par le docteur Gavimet. — Paris, J.-B. Baillière et fils ; — *Histoire de la Morgue et sa réforme* (*Paris qui souffre*), par Adolphe Guillot, 1888. — Paris, Rouquette.

(3) Compte rendu sténographique du Congrès international de médecine légale tenu aux Tuileries les 12, 13 et 14 août 1878. Imprimerie nationale.

(4) Projet de loi tendant à réformer le Code d'instruction criminelle, présenté par M. Le Royer, garde des sceaux, le 27 novembre 1879.

forme souvent, et dans les crimes les plus graves, la base même de l'accusation.

Sans doute, la procédure des expertises avait besoin d'être complétée, mais comme l'écrivait en 1886 un magistrat distingué dans le *Bulletin de législation comparée* : « A tout prendre, les abus du régime actuel sont des moins certains, et il ne faudrait pas conclure de leur prétendue existence à la nécessité d'une réforme (1). »

Pour donner satisfaction au vœu des réformateurs, les mesures suivantes étaient proposées dans quelques articles dont la brièveté laissait de côté une foule de points importants prévus par d'autres législations.

Lorsque l'inculpé sera prévenu, il pourra désigner un expert qui assistera aux opérations dirigées par l'expert désigné par le juge ; il signalera ce qui lui paraîtra être des erreurs ou des omissions ; il requerra les constatations qui lui sembleront nécessaires et consignera ses observations à la suite du rapport ; si l'inculpé fait défaut, il pourra, dès qu'il se présentera, prendre communication du rapport et choisir un expert qui examinera le travail et présentera ses observations (2).

Le problème formulé, plutôt que la solution fournie par un projet qui a soulevé des approbations et des critiques et qui semble condamné à d'interminables ajournemenls, est de faire une part égale à la société qui accuse et à l'individu qui se défend, de mettre la justice à l'abri des embûches de la mauvaise foi, et de garantir la défense contre les erreurs du médecin ou du magistrat instructeur.

C'est cet heureux et difficile accord que, dès avant ce siècle, les criminalistes et les philanthropes, précurseurs des principes qui régissent aujourd'hui les législations pénales des peuples civilisés, ont cherché à établir ; grâce à leurs efforts et sous l'action des mœurs, la procédure criminelle faisait une part de plus en plus large à la défense ; l'abbé Fleury, traçant pour son élève, le duc de Bourgogne, un plan de gouvernement, lui enseignait que les lois criminelles doivent tendre à justifier autant qu'à punir, et lorsque la nation fut interrogée, le clergé, la noblesse et le tiers-état furent unanimes pour recommander par leurs cahiers de créer en faveur des inculpés des garanties plus sérieuses (3).

Les auteurs du projet de 1878 ont obéi à la même pensée ; mais, moins soutenus que leurs devanciers par le sentiment public, ils ont eu à subir l'épreuve de longues discussions devant les deux Chambres ; plus de dix années se sont déjà écoulées, et le Parlenent vient de se séparer sans que la discussion ait été épuisée et qu'un vote définitif ait pu être obtenu.

La pratique sait heureusement tempérer ce que les lois ont de trop absolu et devancer sans bruit l'œuvre lente du législateur, souvent injuste vis-à-vis d'elle ; — si l'on peut dire, le texte à la main, que les inculpés n'ont pas encore requis le droit d'intervenir dans les expertises où se décide leur sort, il faut reconnaître que, dans l'usage, comme le rappelait en 1878 M. le docteur Devergie en citant l'exemple d'un procès alors récent, les magistrats se montrent disposés, soit lorsque le prévenu le demande, soit lorsque les difficultés de l'affaire l'exigent, à désigner plusieurs experts et à constituer une expertise contradictoire.

Cette tendance de la pratique est-elle bonne ; dans quelles limites faut-il la contenir pour qu'elle puisse donner d'heureux résultats, au lieu d'être une source de désordres et de conduire à ce qu'un membre de l'Académie royale de Bruxelles qualifiait justement, dans l'une des séances du précédent Congrès, de « gâchis épouvantable » ?

C'est une question que certaines législations ont déjà résolue, que d'autres étudient, et sur laquelle il n'est pas sans intérêt de provoquer la discussion.

Le principe même de la représentation de l'inculpé dans l'expertise ne rencontre guère d'objections, mais, où les meilleurs experts se divisent et hésitent, c'est quand il s'agit de fixer les droits de l'expert de la défense et de déterminer les conditions de sa désignation (1).

Il semble d'abord que ces mots « experts de la défense » devraient être rayés des codes ; ils sont aussi contraires à la dignité de la science et à l'esprit de nos lois que les mots « experts de l'accusation » ; le médecin pourrait s'en offenser, comme le juge d'instruction se sentirait outragé si on faisait de lui l'homme du ministère public ; l'un et l'autre ne connaissent d'autre maître que leur conscience et ne doivent que la vérité à ceux qui, dans un intérêt quelconque, font appel à leurs lumières.

Mais quelle est la meilleure procédure à suivre pour que l'expert auquel l'inculpé aura accordé sa confiance ait la même autorité, la même situation que son collègue dont le magistrat aura requis officiellement le concours ?

Le magistrat choisit ses experts sur des listes soigneusement préparées où les hommes de science les plus éminents se font un honneur de figurer et sur lesquelles les chefs des tribunaux n'inscrivent que ceux qui se recommandent par leur caractère et par leur talent ; l'inculpé pourra-t-il demander au premier venu, au praticien le plus discrédité, le moins digne, sous tous les rapports, de figurer en son nom dans l'expertise ? Faudra-t-il, sous le prétexte spécieux de ne pas gêner la liberté de sa défense et de son choix, exposer les savants les plus honorables au contact d'hommes sans valeur qui se feront comme un plaisir de les gêner dans leurs recherches, de soulever des incidents et de faire naître devant la Cour d'assises de scandaleuses discussions, aussi contraires au respect de la science qu'au respect de la justice (2) ?

S'il devait en être ainsi, la réforme ne serait plus un progrès, et les légères imperfections de la législation actuelle, si faciles, d'ailleurs, à corriger par l'usage, ne seraient rien à côté des inextricables confusions qui se produiraient de toute part.

Les privilèges de la défense, dans ce qu'ils ont de sérieux, ne seraient-ils pas très largement assurés si la loi, plus prudente, se contentait de donner à l'inculpé la faculté de choisir son expert dans des catégories déterminées à l'avance ?

Sans doute, elles devront être suffisamment étendues pour qu'il puisse y exercer facilement son choix, et c'est un des points les plus essentiels du système des expertises contradictoires et les plus dignes d'examen que de rechercher le mode tout à la fois le plus libéral et le plus sage de constituer les listes sur lesquelles les magistrats et les inculpés auront à faire leur option.

Ces listes seront-elles dressées par les corps savants, par les compagnies judiciaires ou par un commun accord entre eux ; chaque année, les Cours d'appel par exemple, comme le propose le projet actuellement soumis aux Chambres, établiront-elles des listes sur l'avis des Facultés, des tribunaux civils, des chambres et des tribunaux de commerce ; ou plutôt, ne conviendrait-il pas de ne reconnaître le titre de médecin ou de chimiste expert qu'à celui qui aurait d'abord obtenu un diplôme à la suite d'un concours passé devant un jury spécial où l'élément judiciaire serait représenté ?

(1) *Étude sur les expertises médico-légales et l'instruction criminelle, d'après les projets du Code d'instruction criminelle et les législations étrangères*, par M. J. Drioux, juge d'instruction à Pithiviers, 1886. — Paris, Pichon. (Ce travail est assurément le plus complet qui ait été publié sur la question.)

(2) Rapport de la commission de réforme du Code d'instruction criminelle, par M. Goblet, du 15 novembre 1881, et par M. Bovier-Lapierre, du 20 janvier 1887.

(3) *De la réforme du Code d'instruction criminelle*, par Jules Léveillé, professeur à la Faculté de droit de Paris, 1882. — Paris, Catillon. — *Les cahiers des États-Généraux et l'instruction criminelle*, par Albert Desjardins, professeur à la Faculté de droit de Paris, 1884, *id.*

(1) *Des principes du nouveau Code d'instruction criminelle, — des expertises*, p. 197, par M. Adolphe Guillot, juge d'instruction à Paris, 1884. — Paris, Laroze.

(2) Discussion du projet à la Chambre des députés, Séance du 25 mai 1882.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 septembre 1889, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Tricard, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs J.-B. Martinelli (de Paris); Hiriart, ancien chirurgien de la marine (de Toulon); Lalanne père (de La Teste).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Bibliothèque anthropologique (tome X), **pathologie comparée de l'homme et des êtres organisés**, par le docteur A. Bordier. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

De l'hémoglobinurie, par le docteur Delabrosse. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 110. — JEUDI 26 SEPTEMBRE 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 26 SEPTEMBRE 1889. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Parmi les différentes communications faites hier à l'Académie, il nous faut signaler celle de M. Guéniot sur un cas d'ostéomalacie observé en son service, à la Maternité. C'est chose rare actuellement que cette affection, relativement commune autrefois, mais qu'on observe encore en certains pays pauvres et malsains. De l'observation de M. Guéniot, il faut retenir deux choses : c'est que le meilleur moyen prophylactique pour prévenir l'ostéomalacie, c'est de remédier à la mauvaise hygiène et à la misère qui suivent si souvent les accouchements. L'ostéomalacie ne serait le plus souvent qu'un trouble dans l'évolution du bassin, lorsqu'après l'accouchement tous les organes pelviens tendent à reprendre leur circulation et leur volume habituels. Le deuxième point à mettre en relief, c'est qu'il ne convient pas, dans des cas de bassin aussi manifestement rétréci, de laisser les malades pendant deux jours avant de réclamer les soins d'un homme compétent, car alors l'intervention tardive ne saurait prévenir le dénouement fatal.

M. Baudon a lu, à l'Académie, une observation, fort bien prise, d'une affection qu'il a désignée sous le nom de « périostose généralisée des os de la face et du crâne ». Nous publierons en entier cette intéressante observation d'une lésion rare. Cette « léontiasis osseuse », comme on l'a encore appelée, est aujourd'hui mal connue. Aussi est-il important de bien mettre en lumière tous les cas qui viennent à notre connaissance.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Arthrite purulente du genou, amputation de la cuisse.

Le malade que je vais opérer aujourd'hui est entré dans mon service il y a près de deux mois et demi, mais l'affection dont il est atteint remonte à une époque beaucoup plus ancienne.

C'est un garçon de vingt-trois ans, aide de cuisine, qui, dans son enfance, n'a eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de trois ans, et s'est toujours très bien porté jusqu'en 1885. A cette époque, il s'est aperçu, pour la première fois, d'une certaine tuméfaction du genou gauche, survenue, dit-il, sans cause appréciable, tuméfaction notable, qui fut traitée, par le médecin qu'il consulta, par l'application de cinq ou six vésicatoires successifs. Sous leur influence, le gonflement diminua, mais pas assez, cependant, pour lui permettre de travailler facilement, de sorte que l'année suivante il consulta M. Trélat et entra dans son service à la Charité. Là, son membre inférieur gauche fut placé dans un appareil silicaté, inamovible, et y resta pendant quatre mois, au bout desquels, son genou étant en très bon état, il fut renvoyé chez lui.

Il resta ainsi pendant dix-huit mois, pendant lesquels il put travailler sans souffrir de rien autre que d'un peu de fatigue; mais au bout de ce temps le gonflement reparut, les douleurs revinrent, et c'est alors qu'il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu, dans mon service, il y a deux mois et demi. A ce moment j'étais en congé, et M. Picqué, qui me remplaçait, constata l'existence d'une tuméfaction fluctuante, chaude et douloureuse, siégeant dans le voisinage de la tête du péroné; il l'ouvrit afin de donner écoulement au pus. Un pansement antiseptique fut appliqué, et les choses marchèrent régulièrement jusque dans la deuxième quinzaine du mois dernier, où, à mon retour à Paris, je trouvai grave l'état de ce malade. L'articulation me paraissait solidaire de l'abcès qui avait été ouvert, car la compression du genou, faite avec la main, faisait sourdre une certaine quantité de pus par la plaie. Conclusion : l'abcès ouvert pendant mon absence, à la partie externe du creux poplité, provenait de l'articulation péronéo-tibiale, en communication avec celle du genou. Ce diagnostic fut confirmé un peu plus tard.

En présence de la suppuration articulaire, j'engageai mon malade à se laisser opérer, mais non pas seulement à laisser drainer, mais encore à laisser faire la résection de son articulation fémoro-tibiale. Toutes mes instances restèrent inutiles, et pendant ce temps l'articulation tout entière du genou se trouvait envahie par la suppuration. Ce n'est que vaincu par les douleurs excessives qu'il éprouvait, douleurs qui allaient jusqu'à amener des convulsions, que cet homme s'est, il y a trois jours, décidé à une intervention chirurgicale. Mais déjà il était trop tard pour une simple résection et il devenait nécessaire de songer à une autre opération.

Actuellement, l'état général est devenu très mauvais, par suite de l'affaissement dans lequel ce malade est tombé. Ce garçon n'est pas phthisique : l'auscultation ne nous révèle aucun signe. De plus, pas de sueurs nocturnes, pas de diarrhée, mais une constipation assez opiniâtre; le malade pâlit et s'affaiblit de plus en plus, il est sujet aux hémorrhagies, son sang est très liquide, peu coloré; depuis un mois il ne dort plus et le moindre mouvement donne lieu à des crises douloureuses très vives.

Quant à l'état local, j'ai dû, depuis peu, ouvrir deux nouveaux et vastes abcès : l'un était situé à la partie supérieure et externe de la rotule, et à travers l'orifice de l'incision le doigt sent des cloisonnements formés dans l'articulation par des fausses membranes, par des adhérences formées dans la synoviale, à la suite de l'immobilisation du membre, maintenue en 1886 pendant quatre mois; l'autre situé à la partie supérieure et interne de la rotule, contourne le fémur et remonte dans la partie postérieure de la cuisse.

Nous étions donc en présence d'une arthrite purulente des plus graves.

Le pronostic est fort sérieux, mais pas autant peut-être qu'on le penserait au premier abord, cet homme n'étant pas phthisique, mais seulement très pâle, très amaigri et très affaibli par la douleur, l'insomnie et la suppuration.

Mais y aurait-il déjà un commencement d'infection purulente? Je ne le pense pas, car il n'a pas eu, jusqu'ici, le moindre frisson et sa température est toujours aux environs de 37 degrés à 37°4, un seul jour excepté où nous l'avons vu monter à 39 degrés; enfin, le pus n'a aucune odeur.

Cependant, il n'est que temps d'intervenir, et l'opération à laquelle nous devons actuellement songer n'est plus, comme il y a trois ou quatre semaines, la résection de l'articulation; les lésions sont trop avancées aujourd'hui, le fémur est malade dans une étendue trop grande et l'amputation de la cuisse est le seul mode auquel nous puissions recourir.

Le malade sera chloroformé avec la plus grande prudence, avec beaucoup de réserves et d'une façon intermittente, en raison de l'anémie du malade et de son système nerveux très surexcité. Nous ferons l'hémostase la plus complète possible, avec la bande d'Esmarch placée à la partie supérieure de la cuisse, afin d'éviter toute perte de sang qui tendrait à affaiblir encore le malade, et pour faire refluer dans la circulation générale le sang qui se trouve dans le membre malade. De plus, nous n'aurons pas recours au sublimé, mais à une solution phéniquée très forte afin de faciliter la prompte coagulation du sang. Donc, pansement phéniqué et iodoformé, drain à la base du lambeau après un nettoyage parfait de la plaie opératoire.

L'amputation à deux lambeaux latéraux est très bonne, elle permet de placer un drain perpendiculairement, ce qui facilite l'écoulement des produits sanieux, mais elle offre l'inconvénient de ne pas s'opposer à l'issue du fémur entre les deux lambeaux, sous l'influence de la contraction musculaire. D'où il convient de lui préférer la méthode à deux lambeaux : l'un antérieur plus long, chargé de coiffer le fémur, et, par suite de s'opposer à son issue au dehors; l'autre plus court.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Pneumonie adynamique.

Au n° 40 de la salle Jenner est entré, il y a trois jours, un homme âgé de cinquante et un ans, exerçant la profession de terrassier, et atteint d'une pneumonie grave. Il est entré, comme le plus grand nombre des malades atteints de pneumonie, non pas au début de l'affection, mais à une période déjà avancée, au septième jour. Ce n'est pas que, chez lui, les premières manifestations morbides aient été faibles, loin de là, au contraire, le mal avait débuté soudain, cet homme avait été pris tout à coup, en travaillant, d'un frisson violent, puis de fièvre et d'un point de côté, dès le premier jour, et il avait dû prendre immédiatement le lit. Mais au lieu de se faire conduire aussitôt à l'hôpital, ou de faire appeler auprès de lui un médecin, il s'était borné à garder le lit et se condamnant, pour tout traitement, au repos.

Cependant, se sentant plus mal le sixième jour, éprouvant, avec une grande faiblesse, une gêne respiratoire prononcée, il s'était décidé, le lendemain, à se faire transporter à la Pitié. Ce soir-là même, la température était 40°4; sa pneumonie très franche, très nette comme invasion, ne présentait pas néanmoins le type complet de la pneumonie dite franche, car elle se compliquait d'une bronchite généralisée, non pas seulement au côté gauche, côté correspondant à l'inflammation du poumon, mais encore à la totalité du côté droit.

S'agissait-il donc alors d'une bronchopneumonie? Nullement, car le mot de bronchopneumonie ne signifie pas l'association de la bronchite et de la pneumonie lobaire, mais il répond à une pneumonie particulière, c'est-à-dire à une pneumonie rationnelle, avec tous ses phénomènes bronchiques.

Donc, nous nous trouvions ici en face, non pas d'une bronchopneumonie, mais d'une pneumonie lobaire, survenue chez un individu porteur, depuis longtemps, d'une bronchite chronique. Le lobe inférieur du poumon gauche et la moitié supérieure de ce même poumon étaient absolument solidifiés, à l'état compact, et, comme signes caractéristiques, on constatait une matité complète, du souffle tubaire, de la bronchophonie et de la pectoriloquie aphone, de haut en bas, dans tout le côté gauche, tous signes qui sont le propre de la pneumonie et non de la bronchopneumonie. Les crachats étaient, les uns ceux de la bronchite, les autres ceux de la pneumonie, crachats visqueux, crachats sucre d'orge.

C'étaient là des phénomènes remarquables par leur netteté, mais inquiétants vu la date de la pneumonie, puisque, au moment où j'examinais le malade pour la première fois, il en était au huitième jour de son affection. L'état inquiétait aussi, parce que nous avions affaire à un sujet foncièrement alcoolique. Et de fait, ce matin même, nous l'avons trouvé avec tous les caractères de l'adynamie complète : sécheresse de la langue, faiblesse du pouls et des battements du cœur, absence totale de récurrence palmaire.

La gravité de l'état de cet homme était d'autant plus grande, que, la maladie parvenue au huitième jour, il n'y avait aucun indice de résolution. Cependant, d'autre part, le cœur ne présentait aucune altération réelle, la rate n'était pas augmentée de volume, il n'y avait ni diarrhée, ni épistaxis, tous phénomènes présentant une grande im-

portance au point de vue du pronostic. Il existait un léger degré d'albumine dans les urines.

Dans ces conditions, et vu les caractères adynamiques de la pneumonie et les habitudes alcooliques invétérées du malade, un traitement stimulant nous était imposé; aussi avons-nous prescrit, le premier jour, 60 grammes de rhum et 120 grammes de vin de quinquina, et le lendemain, avec cette même dose de vin de quinquina, 80 grammes de rhum.

Le huitième jour au soir, la température était encore à 40 degrés, l'anxiété était vive, l'adynamie plus profonde. Aucune amélioration ne s'était produite; hier matin, neuvième jour, le même état persistait, la température était 39°6. J'ai continué le même traitement, en y ajoutant des applications de ventouses sèches, en grand nombre; espérant que la défervescence était peu éloignée, je donnai une petite dose d'acide salicylique, afin de la favoriser; malheureusement il n'en a rien été et aujourd'hui, dixième jour, nous ne constatons aucun changement, aucune tendance à l'amélioration. Sans être absolument désespérée, la situation, cependant, est fort grave; il n'y a aucun vestige de défervescence de la fièvre, ce que voyant, j'ai supprimé, ce matin, l'acide salicylique, en raison de la gêne de la circulation cardio-pulmonaire et comme pouvant favoriser l'asphyxie du poumon. Par contre, j'ai pu constater, ce matin, un commencement de résolution lente. On a dit que la défervescence de la fièvre précédait le commencement de la résolution locale, c'est la règle, en effet, mais chez cet homme, c'est l'inverse que nous observons, puisque le souffle et les râles sont moins prononcés, tandis que la défervescence fébrile fait complètement défaut.

Ce sont là des conditions d'un pronostic très mauvais et, je le répète, sans considérer encore cet homme comme perdu, nous devons le regarder comme étant dans une situation extrêmement grave. Le collapsus, dans lequel il est tombé à plusieurs reprises dans la journée, a été même tel, qu'il a nécessité des injections sous-cutanées d'éther.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une pneumonie adynamique, sans pouvoir dire si la maladie a été adynamique d'emblée ou secondairement.

La pneumonie est toujours une affection grave; or, si tous les phénomènes morbides sont très accusés et que le malade ne soit pas d'habitude un sujet robuste, mais que, dès avant les premiers accidents, il soit déjà déprimé, il s'ensuit que, quatre ou cinq jours après l'assaut morbide qu'il a eu à soutenir, il tombe dans un état adynamique. Si le mal arrive au huitième, au neuvième jour, alors l'adynamie est proportionnelle à l'intensité des symptômes et à la durée de la maladie. Voilà pour l'adynamie secondaire, qu'il faut d'autant plus combattre énergiquement, qu'ici le pronostic n'est pas fatal et que les malades peuvent très bien s'en tirer.

Au contraire, si l'adynamie survient d'emblée, vous la voyez se montrer dès le début, dès les premiers symptômes de la pneumonie; l'état alors est tout à fait grave, mais non absolument, car j'ai vu encore un ou deux malades guérir. Cependant, il faut savoir que les sujets sont en danger dès la première heure, et, jusqu'à la fin de la pneumonie, il n'est pas possible de se prononcer sur son issue. Aussi un traitement porté au maximum de dose et de puissance doit-il être fait.

Chez le malade actuellement à la salle Jenner, je suis très porté à considérer son adynamie comme secondaire, sans pouvoir néanmoins l'affirmer. Je me base, pour émettre cette opinion, sur ce fait que si elle était survenue d'emblée, cet homme ne serait pas resté chez lui jusqu'au septième jour, sans recevoir aucun soin, sans qu'aucun médecin ait été appelé. De plus, la sécheresse de la langue n'existait pas à son entrée à l'hôpital, elle n'est apparue que depuis hier. D'où je crois que les phénomènes adynamiques sont ici secondaires et que leur développement a été favorisé, d'une part, par le manque de soins et, d'autre part, par un alcoolisme invétéré. C'est même là une des causes qui me font émettre quelques réserves encore sur le pronostic, si grave soit-il.

Dans ces pneumonies, il ne faut jamais oublier, que l'adynamie soit primitive ou secondaire, il ne faut, dis-je, jamais oublier que tout ce qui peut débiliter l'organisme, est dangereux et doit être absolument proscrit. C'est ainsi que je n'ordonne pas de vésicatoires, en raison même de la moindre vitalité de la peau et, par suite, des accidents cutanés (sphacèle et autres), qu'ils peuvent déterminer; c'est ainsi que je prescris, de préférence, des ventouses sèches qui n'offrent pas les mêmes dangers. Par contre, j'ordonne l'alcool, le vin, les injections d'éther contre le collapsus, et le lait pour favoriser une bonne diurèse.

RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM

TRAITÉ ET GUÉRI PAR L'ÉLECTROLYSE LINÉAIRE,

Par M. J.-A. FORT, ancien professeur d'anatomie.

M. L..., 54 ans, employé, habitant le Vésinet, nous est adressé par notre excellent confrère, le docteur Gromolard, pour être traité d'un rétrécissement du rectum.

Antécédents. — La maladie a débuté lentement et d'une manière insidieuse. Le malade, qui avait depuis quelque temps des évacuations pénibles, fut pris tout à coup, il y a quatre ans, d'accidents formidables d'occlusion intestinale. Les symptômes, éprouvés par le malade, furent d'une violence telle qu'un médecin appelé fut sur le point de pratiquer l'opération de la laparotomie.

Le malade n'a jamais eu la syphilis. Toutes les investigations, dirigées dans le but de connaître la cause de ce rétrécissement, sont restées sans résultat. Cependant, on peut presque affirmer qu'il ne s'agit pas d'un rétrécissement cancéreux. Le malade est maigre, il est vrai, mais il n'offre pas la teinte jaune-paille des cancéreux. Son poids actuel est de 64 kilos. Il ne rend pas de sang. Du reste, la longue durée de la maladie et l'absence de tout antécédent fâcheux du côté des ascendants et des collatéraux, autorise à repousser l'idée d'un rétrécissement cancéreux. De sorte que nous sommes probablement en présence d'un rétrécissement fibreux ou cicatriciel, dont la cause nous échappe.

Examen. — La santé générale est bonne. L'état local n'exerce aucune influence sur les organes du voisinage.

Il existe des douleurs supportables pendant la défécation. Il y a évidemment un peu de rectite, produite par la présence du rétrécissement, inflammation comparable à l'uréthrite et à l'œsophagite, qui accompagnent les rétrécissements de l'urèthre et de l'œsophage. Cette rectite se manifeste, en outre de la douleur, par un écoulement muqueux qui tache le linge et qui oblige le malade à des soins de propreté minutieux, et par des envies fréquentes d'aller à la selle.

Localement, on constate la présence d'un rétrécissement à 3 centimètres au-dessus de l'anus, rétrécissement annulaire assez court, et admettant avec difficulté une sonde de 8 millimètres de diamètre. L'extrémité d'un index de petit volume ne peut pas y pénétrer. Il existe quelques bourrelets hémorrhoïdaux au-dessous du point rétréci.

Les matières fécales sont fines et aplaties, comme si elles pas-

saient à travers une filière. Le malade est obligé de prendre fréquemment des lavements pour faciliter les évacuations.

Nous avons soumis le malade au traitement de l'électrolyse linéaire pendant cinq semaines, et nous avons eu la satisfaction d'obtenir la guérison du rétrécissement en cinq séances, et de le dilater suffisamment pour y introduire avec facilité une grosse bougie rectale de 20 millimètres de diamètre.

Ce qu'il y a eu de remarquable dans ce traitement, c'est l'absence de douleur. Le malade n'a pas subi la plus petite réaction ; en un mot, les séances de l'électrolyse linéaire ont été faites, pour ainsi dire, sans que le malade en ait eu conscience.

Voici comment nous avons procédé : nous avons construit un instrument analogue à l'électrolyseur, que nous employons dans le traitement des rétrécissements de l'œsophage et de l'urèthre. Cet instrument, *recto-électrolyseur*, est composé d'une sonde d'où émerge une lame de platine, dont la hauteur est graduée selon les dimensions du rétrécissement.

Nous nous sommes servis de la pile à courant continu de Chardin, et nous avons fait communiquer le recto-électrolyseur avec le *pôle négatif* de la pile. Nous avons fermé le circuit, par une large plaque métallique, recouverte de peau de chamois, *pôle positif*.

La première séance d'électrolyse linéaire a eu lieu le samedi 11 mai 1889. Nous avons pris onze éléments, qui nous ont donné vingt milliampères. Pendant l'opération, qui a duré dix minutes, la lame du recto-électrolyseur était placée sur le côté gauche du point rétréci, et la plaque du pôle positif sur la fesse du même côté. Après cette première séance, nous avons gagné 2 millimètres.

Le samedi suivant, 18 mai, deuxième séance : douze éléments donnant trente-deux milliampères ; la séance a duré un quart d'heure. Les pôles ont été placés comme dans la première séance. Une bougie de 12 millimètres de diamètre a pu être introduite sans difficulté. Cette séance a été indolore comme la première.

Huit jours après, le 25 mai, troisième séance avec la pile de Chardin. Nous avons augmenté la force du courant. Prenant dix-sept éléments, qui nous ont fourni trente-huit milliampères, nous avons prolongé l'application de l'électrolyseur pendant vingt minutes, la lame de platine, pôle négatif, étant placée sur le côté droit du rétrécissement, et la plaque, pôle positif, sur la fesse droite. Nous avons introduit ensuite une bougie rectale de 14 millimètres.

Le samedi 1er juin, a eu lieu la quatrième séance, la lame de platine étant placée, cette fois, sur la partie antérieure du rétrécissement, et la plaque sur la région lombaire. Pile de Chardin, dix-huit éléments, trente-deux milliampères, vingt minutes de durée, et introduction d'une bougie rectale de 18 millimètres.

Huit jours après, 8 juin, cinquième et dernière séance. Pile de Chardin, dix-neuf éléments, quarante milliampères, durée vingt minutes. Écoulement d'un liquide muqueux pendant l'opération. Introduction d'une bougie rectale de 20 millimètres de diamètre.

Nous avons cessé tout traitement à partir du 8 juin. La santé générale ne laisse rien à désirer, le malade a bonne mine, et il a pris de l'embonpoint. Les évacuations ont lieu naturellement. Le malade n'a plus de douleur, et il ne rend plus de mucosités. Il se considère comme absolument guéri.

Le traitement a été si simple, et, on peut le dire, si inoffensif, qu'il n'y aurait qu'à répéter quelques séances d'électrolyse linéaire, si le rétrécissement avait quelque tendance à récidiver.

THÉRAPEUTIQUE

De l'iodoforme.

Dans un dernier article (*Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 862), nous préconisions la poudre de café, comme jouissant d'un pouvoir remarquable de désodorisation à l'égard de l'iodoforme. D'après un article récent, paru dans le *Lyon médical* et dans le répertoire de pharmacie, ce ne serait pas là le seul moyen que le praticien aurait à sa disposition pour priver l'iodoforme de son insupportable odeur.

C'est Ehrmann (de Vienne) qui, le premier, aurait remarqué qu'une pommade d'iodoforme, additionnée de goudron, n'avait plus l'odeur de l'iodoforme. Cette propriété particulière du goudron a été depuis reconnue par plusieurs autres thérapeutes.

En mélangeant à l'iodoforme 10 p. 100 de goudron, on obtient une pâte n'exhalant plus que l'odeur du goudron. Le mélange de 5 p. 100 donne un composé pulvérulent également sans odeur iodoformée. C'est ce qui a donné l'idée à M. Nigel (de Jassy) de formuler les pilules d'iodoforme de la façon suivante :

Iodoforme	3 grammes.
Goudron	15 —
Extrait thébaïque	60 centigrammes.

pour 120 pilules.

On peut donner 2 à 8 pilules par jour aux tuberculeux, et le goudron, dans ce cas, associe son action anti-tuberculeuse à celle de l'iodoforme. C'est là une heureuse association thérapeutique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 septembre 1889. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté contenant le résultat des recherches de MM. Winter et Lesage (de Paris), sur le poison cholérique ;

2° Un pli cacheté sur le microbe du choléra infantile et du choléra nostras, par M. Lesage (de Paris).

COMMUNICATIONS

Accouchement dans un cas d'ostéomalacie, présentation des pièces. — M. Guéniot a reçu dernièrement dans ses salles de la Maternité, une femme atteinte d'ostéomalacie, et qui était arrivée au terme de sa grossesse. Quand elle est entrée à l'hôpital, elle était depuis deux jours en travail, et des tentatives de toutes sortes avaient été faites, en ville, pour hâter l'accouchement. Rien n'avait réussi, le médecin qui assistait la malade l'envoya à la Maternité avec une note relatant ce qu'il avait fait, et mentionnant qu'il avait constaté un rétrécissement fort étroit du bassin. Quand M. Guéniot vit la malade, il put vérifier facilement l'existence du rétrécissement pelvien. Il nous restait à déterminer la nature de cette étroitesse du bassin. Les membres inférieurs de la malade étaient absolument rectilignes, et, de plus, elle avait pu mener à bien cinq grossesses, dont la dernière remontait à cinq ans.

Il ne pouvait pas s'agir de rachitisme dans ces conditions, et il était évident que l'on devait songer à l'ostéomalacie. La malade, en effet, après sa dernière couche, était restée alitée une année, de plus, la forme et l'étroitesse du rétrécissement, tout rappelait le type du bassin décrit sous le nom de « bassin ostéomalacique ». Au moment de l'accouchement, les os étaient encore malléables, et on pouvait corriger fort légèrement la déformation par des pressions exercées sur le squelette.

L'enfant était mort, il y avait de la procidence du cordon, la femme était moribonde, il n'y avait pas à songer un instant à faire l'opération césarienne. Les tentatives d'extraction par les voies naturelles furent couronnées de succès, grâce à l'application du basiotribe de M. Tarnier, qui permit, avec une prise extrêmement puissante, de dilater pour ainsi dire le bassin, en faisant cheminer le fœtus à travers le rétrécissement.

Malheureusement la femme ne se releva pas de l'épuisement extrême dans lequel l'avaient mise ces deux jours de travail et les tentatives opératoires qu'elle avait subies. A l'autopsie on

constata la déchirure de l'utérus, mais une déchirure incomplète, sans épanchement de sang dans le péritoine.

Ces cas d'ostéomalacie sont rares, ils ne surviennent guère que dans des conditions de misère intense et prolongée. Il y a quelques années, M. Tissier, chef de clinique d'accouchement de la Faculté, en a observé un remarquable exemple chez une concierge, qui traînait une existence misérable. Un de nos confrères de Belgique, M. Sola, a communiqué, à l'Académie de Bruxelles, la relation de 17 cas d'ostéomalacie observés en l'espace de dix ans dans un village où il pratiquait. Ces 17 femmes subirent l'opération césarienne. Onze guérirent, 6 moururent. Or, ce village où les femmes exerçaient la profession de « tricoteuses » était un pays pauvre, malsain et humide. Il faut attribuer à l'hygiène, aujourd'hui mieux comprise, la rareté de cette maladie en France.

LECTURES

Un cas de périostose généralisée des os de la face et du crâne. — M. BAUDON (de Nice) fait une lecture sur ce sujet. (Sera publiée.)

M. CORLIEU lit une note sur un point de l'histoire médicale. M. le docteur Pagel a publié dernièrement un mémoire dans lequel il dit avoir découvert à la Bibliothèque de Berlin un ouvrage sur l'anatomie de Henri de Mondeville, chirurgien de Philippe le Bel. M. Corlieu fait remarquer que notre Bibliothèque nationale possède huit manuscrits de cet auteur, dont plusieurs sur l'anatomie.

M. COSTOMIRIS (d'Athènes) lit une note sur un « procédé hippocratique pour le trichiasis ».

M. FÉRÉOL lit un rapport sur le prix Louis.

M. MOISSAN lit un rapport sur les remèdes secrets.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Des moyens les plus propres à garantir dans les expertises médico-légales les intérêts de la société et des inculpés (1).

Par M. Adolphe GUILLOT, juge d'instruction au tribunal de la Seine, et M. DEMANGE, avocat à la cour d'appel de Paris.

II

Il ne faut pas oublier que certaines notions communes sont nécessaires au médecin et aux magistrats pour qu'ils puissent s'entendre lorsqu'ils collaborent à la même œuvre. Au Congrès de 1878, le professeur de médecine légale à la Faculté de droit de Buda-Pesth rappelait que le médecin légiste doit étudier des questions n'ayant aucun rapport avec l'exercice de la médecine pour rédiger les consultations demandées par les tribunaux; qu'il doit connaître l'esprit du Code criminel pour comprendre les intentions du juge, de même qu'il est indispensable que les magistrats n'ignorent pas les éléments de la médecine légale, pour qu'ils soient capables de libeller une ordonnance précisant les points à examiner, de questionner avec prudence et d'apprécier les éclaircissements donnés par le médecin légiste.

Ces observations étaient pleines de justesse, et leur auteur, en les présentant, citait des exemples bien faits pour justifier la création, dans les Facultés de droit, d'une chaire analogue à celle qui existe en Autriche et en Allemagne, où les jeunes gens, qui se destinent à la médecine légale ou qui aspirent aux emplois judiciaires, peuvent acquérir certaines connaissances spéciales qui les initient, autrement que par des expériences, parfois dangereuses pour ceux qui les subissent, aux difficultés de leur ministère.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 989.

Mais quel sera exactement le rôle de l'expert désigné par l'inculpé? Devra-t-on ou lui faire une situation à part, ou le mettre absolument sur la même ligne que l'expert officiel? Supposons, par exemple, qu'on laisse s'établir entre eux une différence au point de vue des honoraires, et qu'à côté de l'expert qui reçoit de l'État une taxe qui à coup sûr ne permet pas de suspecter son désintéressement, on place un expert qui pourra recevoir de l'inculpé des émoluments considérables; est-ce que son impartialité ne sera pas exposée à des insinuations assurément injustes, mais qui, aux yeux du jury, ne le placeront pas moins dans un état d'infériorité relative? Ne convient-il pas, dès lors, de laisser à la charge de l'État le règlement des honoraires de l'expert choisi par l'inculpé, ainsi que le propose, d'ailleurs, la commission de la Chambre des députés chargée d'examiner le projet de revision? C'est dans une idée supérieure de justice et non pour favoriser des intérêts privés que la loi réserve une place à la défense dans l'expertise. La société doit mettre autant de soin et employer autant d'efforts à favoriser la justification des innocents qu'à assurer le châtiment des criminels (1).

Une situation égale étant faite à ce point de vue aux deux experts, auront-ils les mêmes droits dans les opérations de l'expertise?

Le projet de réforme dont il a déjà été parlé n'admet pas cette égalité : « Ce n'est pas, dit l'exposé des motifs, une expertise commune qui se poursuit avec mission d'aboutir à une conclusion et de formuler une opinion définitive unique; c'est une série de contre-expertises simultanées et parallèles à l'expertise principale et pouvant aboutir à des conclusions différentes; les hommes de l'art agissent non pas *ut plures*, mais *ut singuli*. »

On peut se demander si la simple juxtaposition de ces deux expertises, en quelque sorte rivales, mais dont l'une, mise comme en tutelle, n'aurait pas les mêmes moyens d'action, servira bien utilement un accusé ayant intérêt, si on le suppose innocent, à faire la lumière au lieu de l'obscurcir.

Ce qui, à vrai dire, diminue le plus les chances d'erreur, ce n'est pas que l'inculpé ait dans l'expertise un homme à lui, c'est la pluralité des experts.

Peu importe que le savant tienne son mandat de l'accusé ou de l'accusation; il n'écoutera jamais que les inspirations de sa conscience; quelle que soit sa valeur et précisément parce qu'elle sera très grande, il ne se prétendra pas infaillible, il sentira sa responsabilité moins lourde, en la partageant avec un autre, en rencontrant dans l'expert qui lui sera adjoint non pas cet esprit d'hostilité et de jalousie, qui serait à redouter, si on plaçait l'un des deux dans une situation inférieure, mais le bon vouloir et l'assistance loyale.

Dès lors le mieux ne serait-il pas encore de se borner à dire que, dans toute expertise, il y aura deux experts au moins, dont l'un sera choisi par l'inculpé, ou lui sera donné d'office, soit en cas d'urgence, soit s'il est absent ou s'il refuse de le désigner lui-même?

Pour donner une garantie de plus aux intérêts de chacun, on pourrait aussi donner à l'inculpé le droit de se faire représenter par son avocat aux autopsies et examens, sauf les cas que les convenances obligent à réserver, et rendre obligatoire, sous les mêmes réserves, la présence du juge d'instruction qui aujourd'hui est purement facultative (2).

Ne serait-ce pas là, si l'on croit devoir changer une législation qui, jusqu'à ce jour, avait permis à la justice et à la science de remplir de la façon la plus loyale et la plus éclairée leur œuvre commune, un des plus sûrs moyens de prévenir les moindres omissions? Si l'entrée de l'avocat dans le cabinet du juge soulève de graves objections, qu'il ne convient pas d'examiner ici, il ne saurait en être de même de sa présence dans une salle d'auto-

(1) Discours de M. le docteur Brouardel à la séance d'ouverture de son cours. *Revue scientifique des cours*, 10 mai 1879.

(2) Dans certains pays : Autriche, Italie, canton de Vaud, il est même dressé par le greffier du juge un procès-verbal de l'autopsie.

psie; elle n'aurait pas les inconvénients que pourrait présenter son intervention dans un interrogatoire ou au milieu d'une déposition; de même les observations du juge auraient l'avantage d'ouvrir parfois des horizons nouveaux, d'appeler l'attention de l'expert sur des faits qui lui auraient paru sans importance. sur des circonstances révélées par l'enquête de nature à exiger de nouvelles constatations; mais alors il serait nécessaire, et on devrait considérer comme une garantie de la bonne administration de la justice, que l'expertise ne se fasse jamais préalablement à l'instruction, comme l'usage paraît vouloir s'en établir, et qu'on laisse au juge seul le soin de la prescrire et d'en déterminer soigneusement la portée.

Si un éminent professeur, en rappelant cette phrase de M. le docteur Lasègue, qu'à l'hôpital l'élève est la « sauvegarde du malade », a pu dire très justement qu'une autopsie médico-légale pratiquée devant des élèves et des docteurs est nécessairement une autopsie complète et bien faite, à bien plus forte raison, doit-on espérer que rien de ce qui peut contribuer à révéler la vérité n'échappera aux investigations de l'expert, s'il opère sous le double contrôle de la justice et de la défense.

Les constatations que le magistrat demande à l'expert portent, en général, sur des faits matériels qui s'imposent par leur évidence même; cependant, dans certains cas, et surtout dans les difficiles matières de l'empoisonnement, la contradiction ou, si on aime mieux, la délibération provoquée entre deux experts pourra aboutir à des opinions opposées; faut-il laisser au juge fort perplexe le soin d'apprécier de quel côté est la vérité? Ne doit-on pas plutôt considérer que la création d'un conseil supérieur de médecine légale est la conséquence naturelle et forcée du système des expertises multiples ou contradictoires?

Sans entrer dans les nombreuses et délicates questions que soulèverait l'application de ces théories aux réalités de la pratique, il faut tout au moins reconnaître que la base même de la réforme, c'est une forte constitution de l'enseignement de la médecine légale. Le fonctionnement régulier des expertises contradictoires n'est possible qu'avec un corps de médecins légistes assez nombreux pour répondre à tous les besoins; sous ce généreux régime, la consommation, si on peut s'exprimer ainsi, sera singulièrement augmentée. Comment trouver partout, non seulement dans les grands centres, mais surtout dans les petits chefs-lieux, assez de médecins instruits, expérimentés et capables, afin de pourvoir tout à la fois aux demandes du magistrat et de l'inculpé?

A ce point de vue encore, les destinées de la procédure criminelle et de la médecine légale se confondent; c'est une même idée qui les fait avancer dans la voie du progrès; plus le rôle de l'expert sera agrandi, plus il faudra que sa science s'affermisse et s'étende. Il est donc de l'intérêt et du devoir de la magistrature de prêter largement son concours à toutes les mesures qui sont propres à développer l'étude de la médecine légale et à former dans les grands centres judiciaires et universitaires des foyers de cet enseignement trop longtemps négligé. La plupart des nations voisines sont entrées dans cette voie; en même temps à Paris, à Lyon, notamment; les morgues, auxquelles il reste encore leur vilain nom, tendent à devenir des établissements scientifiques, des pépinières de médecins légistes; les magistrats favorisent leurs études en se prêtant le plus possible aux nécessités qu'elles imposent, et en n'opposant leur veto à la publicité de l'autopsie que dans les cas où des raisons de convenance ou d'intérêt supérieur, dont ils doivent rester les souverains appréciateurs, semblent le commander.

Entre autres mesures destinées à accroître, avec le concours de la justice, le patrimoine encore modeste de la médecine légale, ne convient-il pas de signaler celle qui consisterait à établir, soit dans les palais de justice, soit dans les instituts, des archives de médecine légale? On y centraliserait, pour les préserver de la destruction, des documents où magistrats et médecins pourraient puiser de précieuses indications. Que d'œuvres utiles, que de recherches ingénieuses, que d'expériences coûteuses, dont les traces disparaissent, que d'observations pouvant servir dans nombre d'affaires d'éléments de comparaison, restent oubliées et ne profitent à personne! Un établissement de ce genre serait bien facile à organiser.

M. le docteur Lacassagne a déjà obtenu à Lyon les plus heureux résultats; il suffirait de demander à l'expert un double exemplaire de son rapport dans les affaires intéressantes et de s'entendre avec l'administration des domaines pour la remise des pièces à conviction présentant des types intéressants et caractéristiques; ce que de simples particuliers ont pu faire pour le vain plaisir de la curiosité, l'État le ferait plus facilement encore dans un intérêt d'un ordre autrement élevé.

Ces détails ne sauraient être négligés, l'Allemagne et l'Autriche en ont reconnu l'importance en organisant à Berlin, à Vienne, dans des locaux aménagés d'une façon intelligente, d'intéressantes collections.

Que l'on veuille chercher le contrôle des expertises dans une contradiction à outrance, ou simplement dans la pluralité des experts, il faut, avant tout, former, en nombre suffisant, des hommes en état de répondre au vœu de la loi. C'est encore le meilleur moyen de garantir tout à la fois les intérêts de la société et ceux de l'individu.

Le Code d'instruction criminelle, qui date de 1808, a eu l'honneur, surtout pendant ses premières années, de voir plus d'une nation lui emprunter ses plus sages dispositions; aujourd'hui il se rajeunirait en s'inspirant à son tour, de certaines réformes introduites dans les législations étrangères. Les peuples, pour faciliter leurs transactions, tendent à adopter un même type de monnaie; ne doivent-ils pas chercher bien plus encore à adopter un même type de justice? Chaque jour, des étrangers comparaissent devant nos tribunaux; chaque jour, les tribunaux étrangers jugent à leur tour des Français; il faut, au point où en est arrivée l'humanité, que de chaque côté des frontières, certains principes essentiels, dominant toutes les législations pénales, fassent respecter les mêmes règles de morale et entourent de la même garantie de procédure ceux qui sont accusés de les avoir méconnues.

C'est par ces considérations, sommairement exposées, que nous proposons au Congrès l'adoption des propositions suivantes :

1. Pour garantir les intérêts de la société et de l'accusé, il y aura, dans toute expertise médico-légale, deux experts au moins : l'un sera désigné par l'inculpé ou lui sera donné d'office, en cas d'urgence, s'il est absent ou s'il refuse de le désigner lui-même; ils auront les mêmes droits, prêteront le même serment, feront un unique rapport et seront rétribués également par l'État (1).

2. Ces experts seront choisis sur des listes officielles dressées par les pouvoirs publics et les corps scientifiques désignés à cet effet.

3. Les personnes qui, à la suite d'un concours devant un jury composé de professeurs des Facultés et de magistrats, auront obtenu un diplôme spécial, pourront seules être inscrites sur ces listes.

4. Le système de la pluralité des experts impose la constitution, au siège des Facultés de médecine, d'un conseil suprême de médecine légale, qui sera chargé de départager les experts de la région et de statuer en dernier ressort.

5. Le juge d'instruction doit assister aux autopsies et constatations, sauf dans certains cas particuliers, de façon à fournir à l'expert les renseignements de fait pouvant éclairer ses recherches.

7. Un enseignement comprenant les principes généraux de la médecine légale doit compléter dans les Facultés de droit l'étude de la procédure criminelle.

8. Il convient, pour faciliter les études de médecine légale, d'admettre, comme exception au principe du secret de l'instruc-

(1) Congrès international d'anthropologie criminelle, Rome, 1886. Discours de MM. Lacassagne, Zuccarelli, Fioretti, Rousselle, Aguglia, Motet, Buonomo, Bevenini, Precone.

tion, que les autopsies pourront avoir lieu devant les élèves des cours, ainsi que l'usage s'en est établi, sauf le droit de veto du juge.

9. Il y a lieu de constituer, dans les établissements consacrés à la médecine légale ou dans les greffes, des archives et collections de pièces à conviction, sous la direction des magistrats et des experts.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 septembre 1889, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Piéchaud.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Charroppin et Hamonic.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Pitoux.

7e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Ramonat, chef de laboratoire à la clinique chirurgicale de la Faculté de Paris.

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Cuisnier.

12e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Debrousse, Latour et Treille.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Dugau, Feytaud et Gaillardon.

13e corps d'armée. — *Au grade de pharmacien-major de deuxième classe.* — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Lafont, professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Bayart.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Domec.

— *Hospices civils de Rouen.* — Un concours, pour les internes en pharmacie, s'ouvrira le 21 novembre 1889, à trois heures.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'Hospice général, quinze jours avant la date fixée pour le concours.

— La séance d'ouverture du Congrès français de chirurgie aura lieu lundi 7 octobre à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le baron Larrey.

Les séances auront lieu ensuite, du 8 au 13, deux fois par jour, à neuf heures du matin et trois heures de l'après-midi.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Nature et traitement du psoriasis.

Par M. BOULAY, interne des hôpitaux.

I

Il est peu d'affections dont la nature ait été plus souvent mise en discussion que le psoriasis. Confondu avant Willan avec la lèpre, l'éléphantiasis des Grecs, l'ichtyose, il en fut séparé par cet auteur, qui le décrivit le premier comme une maladie spéciale. Si l'on a pu, depuis cette époque, réunir en une seule les affections que Willan et, à sa suite, Biett, Rayer, Cazenave, Devergie, décrivaient sous les noms de psoriasis et de lèpre vulgaire, par contre on a dû en séparer un certain nombre de manifestations cutanées appartenant tantôt à l'eczéma, tantôt au pityriasis rubra, tantôt à la syphilis, et qui ne présentent, avec le psoriasis, d'autre rapport qu'une similitude d'aspect plus ou moins trompeuse. On est arrivé de la sorte à faire du psoriasis une affection bien distincte, une, caractérisée par des amas de squames sèches, blanches, brillantes, formant de petites élevures punctiformes ou des plaques plus grandes, discoïdes, reposant sur une base plus parfaitement circonscrite, rouge et saignant facilement (Kaposi). Ici les dermatologistes s'entendent. Où la division commence, c'est quand on aborde la question de pathogénie.

Du conflit des opinions émises ne jaillit nullement la lumière. Si Rayer faisait du psoriasis une inflammation chronique de la peau qu'il traitait par les saignées et les purgatifs répétés, il subisssait l'entraînement du moment : c'était l'époque où les doctrines de Broussais révolutionnaient la thérapeutique. Supposer avec Cazenave une anomalie congénitale de la peau, une maladie constitutionnelle des téguments innée ou acquise, c'est reculer la difficulté sans la résoudre. Faut-il admettre l'influence d'une cause générale ? Faire jouer un rôle à la tuberculose (Wilson), à la malaria (Poor), supposer qu'il s'agit d'une maladie infectieuse chronique, comme la lèpre, d'une intoxication générale, comme l'est peut être la pellagre, c'est fermer volontairement les yeux sur l'importance des lésions viscérales dans ces maladies et faire bon marché de l'intégrité des organes internes dans le psoriasis. En faveur de la syphilis héréditaire tardive, incriminée par Erasmus Wilson, il n'est pas un argument sérieux, y compris ceux qu'a fournis récemment Taylor (1). Donner pour cause au psoriasis une auto-intoxication d'origine digestive ou bien une irritation locale déterminée par le contact de substances minérales ou animales, c'est accorder à une simple cause occasionnelle la valeur d'une notion pathogénique.

Le psoriasis n'est pas une maladie professionnelle. Si l'on a cru constater sa fréquence chez les boulangers, les serruriers, les cordonniers, les bouchers, les blanchisseuses, la diversité même de ces professions doit éveiller nos soupçons et empêcher que nous y attachions aucune importance. Et d'ailleurs, l'affection n'est pas rare chez les enfants à un âge où ils n'exercent aucun métier, puisqu'elle peut débuter dès la première année de la vie. Souvent aussi elle persiste sans aucune atténuation chez des vieillards qui, depuis longtemps, ont cessé tout travail. Qu'une influence externe, agissant directement sur la peau, produise une exacerbation chez un psoriasique en pleine éruption, ou bien une poussée chez un prédisposé, la chose peut se concevoir. Mais il n'y a là qu'une cause occasionnelle, qui ne nous renseigne en rien sur la nature de la maladie, pas plus que les écarts de régime ou les excès alcooliques qui précèdent parfois la première atteinte ou provoquent de nouvelles poussées.

Aucune de ces hypothèses ne nous semble apte à servir de base solide à une théorie pathogénique du psoriasis. Aussi notre intention n'est-elle pas de les discuter. Nous voulons seulement passer en revue les opinions qui ont cours à l'heure actuelle, en France ou à l'étranger, sur la pathogénie de la dermatose. Le psoriasis est-il une affection diathésique ? Est-il une trophonévrose ? Ou doit-on le faire rentrer dans le cadre déjà si élargi des maladies parasitaires ?

On conçoit l'intérêt qui s'attache à la solution de cette question, et l'on soupçonne quelles conséquences thérapeutiques elle entraînerait. Savoir, c'est pouvoir. Or il faut reconnaître que ce que nous savons du psoriasis donne précisément la mesure de ce que nous pouvons contre lui. On a dit et répété que la guérison durable du psoriasis est l'un des problèmes les plus ardus de la dermatologie. Là où la thérapeutique empirique a échoué, ne peut-on espérer que

(1) TAYLOR. *Journ. of cutan. and vener. diseases*, octobre 1883.

la thérapeutique pathogénique, celle de l'avenir (Bouchard), aurait chance de réussir ?

II

Théorie diathésique. — Il y a longtemps que l'idée est venue aux dermatologistes de rattacher le psoriasis à une cause générale. Alibert le décrivait sous le nom de dartre squameuse centrifuge, et le vice dartreux représenta la cause interne qui tenait le psoriasis sous sa dépendance jusqu'au jour où Biett, Gibert, Devergie, acceptant les idées de Willan, en firent une affection locale. Mais, avec Bazin, la doctrine de l'influence générale reprit le dessus. Aux diathèses syphilitique, scrofuleuse, herpétique, admises avant lui, il en ajouta une quatrième, la diathèse arthritique. De ces deux dernières est susceptible de relever le psoriasis.

Le psoriasis herpétique est celui qui débute par les coudes et les genoux, affectant surtout les régions où la peau est rude et épaisse. Il siège spécialement à la face externe des membres, au tronc, à la face. Les placards, ordinairement peu nombreux, sont de forme assez régulière et affectent souvent une disposition symétrique de chaque côté du corps. Les squames épaisses, imbriquées, offrent l'aspect de taches de bougie; elles sont sèches et adhérentes.

Le psoriasis arthritique respecte les coudes et les genoux et a une prédilection marquée pour les extrémités et la ligne médiane du corps, pour les parties génitales, la paume des mains et la plante des pieds, la face antérieure de la poitrine. Les éléments sont nummulaires et n'ont aucune tendance à la symétrie. De forme irrégulière, ils sont recouverts incomplètement de squames jaunâtres plutôt que nacrées, fines et sans sécheresse. Des élancements douloureux peuvent accompagner l'éruption. Enfin, à une certaine période de l'existence, le psoriasis arthritique peut disparaître définitivement, ce qui n'a jamais lieu pour le psoriasis hérpétique.

Cette division est quelque peu artificielle, et l'auteur le sentait si bien qu'il dut se résoudre à décrire un psoriasis mixte, pseudo-arthritique ou herpético-arthritique, comprenant les formes sur lesquelles les deux diathèses semblent avoir imprimé simultanément leur cachet.

M. Hardy n'accepte pas cette division. Le vice dartreux, l'herpétisme, représente pour lui la seule influence qui préside à l'éclosion et à l'évolution du psoriasis, de l'eczéma, du prurigo, etc. Ce sont des dartres. Le psoriasis est une manifestation chronique de la diathèse. Il possède tous les caractères qu'il assigne aux autres herpétides : ténacité, accroissement progressif, généralisation, symétrie, fixité de forme, diversité de siège, récidivité, hérédité, absence de contagion, guérison sans cicatrice.

Tenace, le psoriasis l'est dans sa continuité et ses récidives; sa durée est presque indéfinie. Il persiste pendant des mois, des années, pendant toute l'existence. En dépit du traitement le plus opiniâtre, il ne disparaît jamais que momentanément et pour renaître avec la même extension, sinon avec une généralisation plus grande. Un trouble permanent le tient sous sa dépendance, et cette persistance est précisément le témoignage de sa nature diathésique. Tandis que les lésions de cause locale restent limitées et circonscrites, sans dépasser la sphère d'action qui les a provoquées, les affections d'origine constitutionnelle, comme le sont les dartres, ont tendance à s'étendre et à se généraliser. Le psoriasis obéit à la règle. Une première poussée, limitée à la région des coudes ou des genoux, au cuir chevelu, se produira sous forme de psoriasis punctata ou guttata; puis ces gouttes s'étendront peu à peu, progressivement, prendront le diamètre d'une pièce de monnaie, et, après une série de rémissions et d'exacerbations, au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, le plus souvent sans cause apparente, elles formeront de vastes placards recouvrant parfois toute la surface du corps. Une autre propriété de l'herpétisme, c'est de se manifester chez un même sujet toujours par les mêmes lésions. Un individu qui a été atteint une première fois d'eczéma, de prurigo, ne verra pas la diathèse se réveiller en lui, quant aux lésions cutanées, sous une autre forme que l'eczéma, le prurigo. Le psoriasis se comporte de même façon ; qu'il disparaisse spontanément ou sous l'influence d'un traitement, chaque fois que les manifestations cutanées reparaîtront, ce sera toujours un psoriasis.

Ce n'est pas que l'existence de la diathèse ne puisse se révéler simultanément par d'autres symptômes. M. Lancereaux, qui rattache aussi le psoriasis à un état diathésique, fait remarquer la fréquence avec laquelle on trouve, chez les psoriasiques, des hémorrhagies, des migraines, des troubles digestifs, toutes manifestations de l'herpétisme. Il est aussi des lésions qui coïncident souvent avec le psoriasis et avec lesquelles nous aurons à revenir, ce sont les lésions articulaires chroniques. Signalées par Bazin comme spéciales au psoriasis arthritique, M. Lancereaux les rattache à l'herpétisme.

Il y aurait plus. Outre ces symptômes, qui relèvent de l'état constitutionnel au même titre que le psoriasis, Bazin, M. Hardy, admettent une sorte de balancement entre les manifestations cutanées et les manifestations viscérales de la diathèse. La rétrocession d'un psoriasis pourrait amener le développement d'une affection chronique du tube digestif, de la tuberculose, du cancer; et, inversement, il serait possible de voir une dyspepsie, une diarrhée incoercible, une bronchite tenace disparaître brusquement, au moment où un psoriasis, qui avait abandonné la peau, s'y manifeste de nouveau. On sait tout ce qu'il faut penser aujourd'hui de la doctrine des métastases.

Un argument plus sérieux, en faveur de la théorie diathésique, est tiré de la fréquence de l'hérédité.

Kaposi, qui rejette l'influence de l'herpétisme, dit qu'il est rare d'observer un psoriasique sans qu'un de ses parents ou un membre de sa famille, en ligne ascendante, ne soit ou n'ait été antérieurement atteint de cette affection. Ainsi formulée, cette règle se trouve bien souvent en défaut, et les traducteurs de Kaposi notent que la fréquence du psoriasis non héréditaire les a tellement surpris qu'il ont cru souvent de leur devoir de contrôler les assertions de leurs malades en en faisant comparaître les parents. Pour les partisans de l'herpétisme, il est un moyen de concilier les deux opinions. L'hérédité comprend la diathèse elle-même avec sa forme primitive ou sous une autre forme : un père atteint d'eczéma transmettra la diathèse herpétique à ses enfants sous la même forme d'eczéma ou sous la forme d'un psoriasis, d'un prurigo. Il y aura transformation de la manifestation diathésique par hérédité. La forme change, le principe morbide reste (Guibout).

Hebra a soumis à une critique sévère toutes les conditions étiologiques invoquées pour expliquer le développe-

ment du psoriasis. « De mon observation prolongée et de ma longue expérience sur le psoriasis, dit-il, il m'a été impossible, jusqu'à présent, de décrire la plus petite conséquence positive sur la cause de cette maladie. » Il ne reconnaît aucune influence ni à l'arthritisme, ni à l'herpétisme, ni à la prétendue diathèse psoriasique, pas plus qu'aux conditions climatériques, aux émotions morales, aux irritations cutanées. La coïncidence, signalée par quelques auteurs, avec la chlorose, le rachitisme, la tuberculose, les troubles menstruels, les affections gastro-intestinales, lui semblent l'effet d'un simple hasard. Cette longue liste de causes si disparates prouve, à elle seule, la profonde ignorance où l'on est de l'étiologie du psoriasis. La dyscrasie herpétique est, selon lui, une pure invention, et les rapports du psoriasis avec l'état général sont si éloignés que les individus atteints sont ordinairement robustes, bien constitués et d'une parfaite santé aux autres points de vue. C'est une exception de le voir se développer sur un individu faible, délicat, chez un cachectique. Quant à l'hérédité, il en fait bon marché et ne voit, dans la transmission du psoriasis, qu'une application de la loi « en vertu de laquelle des enfants nègres, lors même qu'ils sont nés sous des climats tempérés, ont la peau noire comme leurs parents; en vertu de laquelle aussi des individus, ayant les cheveux blonds ou rouges, procréent des enfants qui offrent les mêmes particularités ». Selon Kaposi, qui n'admet pas non plus l'influence d'un état constitutionnel, il ne s'agit pas d'une hérédité proprement dite de la maladie, mais seulement d'une hérédité de la nature de la peau. Le psoriasis serait l'expression d'une disposition individuelle des téguments et non d'un état général de l'individu.

Quelles que soient les opinions professées à l'étranger, la théorie diathésique du psoriasis est celle qui a régné jusqu'ici en maîtresse en France. Si cependant les critiques de Hebra sont justes, si la diathèse herpétique est usée et doit disparaître du cadre nosologique, comme en a déjà disparu la scrofute; si nous sommes amenés à tout éliminer, devons-nous, jetant un voile sur le passé, nous contenter de détruire, à la façon du célèbre dermatologiste, sans chercher à substituer à l'hypothèse ancienne des idées plus en harmonie avec les progrès de la pathologie moderne? Sous l'impulsion donnée aux recherches microbiologiques, dans ces dernières années, s'est fait jour une théorie où l'état général ne joue, pour ainsi dire, aucun rôle, où les lésions locales sont tout : c'est, en quelque sorte, le contre-pied de la précédente.

III

Théorie parasitaire. — A l'état normal, comme à l'état pathologique, la flore cutanée est d'une richesse que l'on n'eût pas soupçonnée jadis. Parmi les parasites susceptibles de vivre sur notre peau, un bon nombre sont inoffensifs et sans intérêt; certains ont une action pathogène manifeste. La connaissance plus imparfaite qu'on a de quelques autres a permis qu'on leur supposât un rôle dans le développement de certaines affections cutanées.

La démonstration de l'origine mycosique du favus, de la trychophytie, du pityriasis versicolor, de l'érythrasma, est faite depuis longtemps; elle le sera pour la pelade, on la tente actuellement pour certains eczémas, pour le pityriasis rosé de Gibert, pour le psoriasis.

Remarquant que le psoriasis est une maladie essentiellement locale, sans rapport connu avec aucune affection organique, qu'il n'atteint jamais que la peau et spécialement certaines régions de la peau sans envahir les muqueuses, Lang (1) eut l'idée, dès 1878, de le rapprocher des dermatomycoses qui ont aussi leur siège d'élection et n'ont également que des rapports lointains avec l'état général de l'individu. C'était un raisonnement par analogie. Bientôt ses recherches microscopiques lui ont paru confirmer son hypothèse. Dans certaines couches des squames psoriasiques, il est habituel de trouver des éléments parasitaires, et particulièrement un champignon qu'il appelle épidermotyphon (2). Il croit trouver à ce dernier des caractères qui le différencient de tous ceux qu'on a trouvés jusqu'ici. Sa présence, dans l'épiderme malade des psoriasiques, serait aussi fréquente que celle du trichophyton dans l'herpès tonsurant. S'il a passé inaperçu jusqu'à présent, ce n'est pas l'exiguïté de ses dimensions qui en est la cause, mais la pâleur de son protoplasma.

Les études de Lang ont attiré, comme elles le méritent, l'attention des dermatologistes. Eklund (3) [de Stockholm] a répété les recherches histologiques de Lang et retrouvé le même champignon auquel il donne le nom de « lepocolla repens » (λεπος, écaille, et κολλα, colle). Il a cru reconnaître que ce sont les parois des capillaires qui représentent le point de départ de la dermatomycose. Pour bien démontrer la nature végétale des filaments et des spores qu'il observait, il les a reproduits par culture. Ce ne sont donc pas des produits accidentels ni des éléments analogues à de la myéline, à des fibres cellulaires, à des fibres élastiques, à des capillaires lymphatiques, comme le croyaient certains auteurs : ce sont bien des champignons.

Au Congrès de Copenhague, Wolff (de Strasbourg) est venu donner à la théorie parasitaire l'appui de ses recherches. Il a trouvé dans tous les cas, et d'une façon constante, l'épidermotyphon avec ses filaments de mycélium et ses spores en massue. Mais, contre toute attente, il a rencontré celles-ci surtout dans les parties les plus profondes de l'épiderme, et non dans les points où elles peuvent arriver le plus facilement de l'extérieur. Nous verrons la conséquence qu'il a déduite de cette remarque au sujet de la porte d'entrée de ce champignon.

Il semble bien démontré, par ces études, qu'il existe dans les squames psoriasiques un parasite; mais sa présence ne permet pas d'affirmer qu'il soit la cause de la maladie, et il faut bien dire que la théorie de Lang n'a pas eu, jusqu'ici, beaucoup de crédit. Dans la deuxième édition de son ouvrage, Kaposi la passe sous silence; ses traducteurs la mentionnent rapidement en note, en indiquant qu'elle leur semble, *a priori*, peu acceptable. L'hérédité du psoriasis, ses récidives fatales, l'impossibilité d'en obtenir une guérison définitive, sa longue durée, qui peut égaler celle de la vie, son défaut de transmissibilité, sont des raisons de premier ordre qui obligent à n'accepter qu'avec les plus grandes réserves les conclusions de Lang. Il en est une autre qui doit mettre en grande défiance : des recherches plus récentes ont montré qu'il existe, dans le psoriasis, non pas un, mais plusieurs champignons. Il s'agirait donc d'isoler le bon, s'il en est un qui soit pathogène. Unna, qui

(1) Lang. *Vierteljahrsch. f. Dermat. u. Syph.*, 1878.
(2) Lang. *Idem*, 1879.
(3) Eklund. *Archives de dermatologie*, 1883, nº 4.

croit à la nature parasitaire du psoriasis, n'admet pas le parasite de Lang. M. Quinquaud (1) a décrit, dans les squames psoriasiques, plusieurs variétés de microphytes pyogènes, distincts des microbes des suppurations chirurgicales; mais ils sont si peu spéciaux au psoriasis qu'il les a retrouvés dans toutes les affections squameuses en général. Il y a plus, et l'on sait aujourd'hui que, même à l'état normal, la flore cutanée offre à l'étude les espèces les plus variées de micro-organismes. Ces recherches ont enlevé à l'épidermophyton la valeur qu'on lui attribuait.

Il n'en reste pas moins vrai que bon nombre de faits cliniques militent en faveur de l'origine parasitaire du psoriasis. Lang est si convaincu du parasitisme du psoriasis qu'il n'hésita pas à proclamer, au Congrès de Copenhague, qu'avant dix ans tout le monde y croirait comme lui. L'hérédité, en dehors des cas où il est impossible de la constater, ne lui semble pas un argument sans réplique. On peut se demander si ce n'est pas seulement de la disposition au psoriasis dont on hérite. La question de terrain doit entrer en ligne de compte, comme pour les autres affections parasitaires. L'arthritisme n'est qu'un terrain favorable au développement du champignon. Ne pourrait-on pas aussi expliquer les cas d'hérédité par la transmission du parasite opérée par les parents ou les grands parents, qui étaient eux-mêmes atteints de psoriasis? Il n'existe guère de cas nets, indiscutables, de transmission; c'est peut-être qu'on n'est pas habitué à les chercher.

Unna a observé le fait suivant : une domestique psoriasique, nouvelle venue dans une famille, transmit un véritable psoriasis à trois enfants confiés à ses soins, et jusque-là indemnes de toute affection cutanée (2). Si des cas analogues, bien observés, se répétaient, ils seraient de nature à ébranler les adversaires de la théorie parasitaire. Ce défaut de transmissibilité est sans doute une objection puissante, mais qui n'a pas cependant toute la valeur qu'on pourrait croire. Reportons-nous, en effet, à ce qui s'est passé pour le pityriasis versicolor. Pendant longtemps, on l'a considéré comme non contagieux, et Kaposi a nié qu'on en ait jamais observé un seul cas de contagion. Or, depuis cette époque, on a publié des observations de contagion directe et médiate, et, par des expériences bien conduites, M. Hublé (3) a pu réaliser la transmission par l'inoculation.

A plusieurs reprises, on a tenté de transporter le psoriasis de l'homme aux animaux et de l'homme à l'homme. Lassar a présenté, à la Société de médecine de Berlin, trois lapins auxquels il avait réussi à donner un psoriasis au moyen de frictions répétées avec des squames recueillies sur un sujet atteint de psoriasis. Tommassoli (4), Beissel (5) ont répété ces expériences de plusieurs façons. En injectant sous la peau, dans le péritoine ou dans l'une des jugulaires d'un lapin, des squames psoriasiques délayées dans une solution de chlorure de sodium, ou bien en frictionnant le dos de l'animal, préalablement rasé, avec la lymphe sanguinolente recouvrant une plaque de psoriasis mise à nu,

(1) Quinquaud. De la flore cutanée, *Annales de dermatologie*, 1889, p. 352.

(2) Unna. Congrès de Copenhague, compte rendu in *Annales de dermatologie*, 1881, p. 697.

(3) Hublé. Recherches sur le pityriasis versicolor, sa transmissibilité, et ses conséquences en médecine judiciaire, *Revue médicale de Toulouse*, 1er juillet 1886.

(4) Tommassoli. *Gaz. degli Ospitali*, 1886, nos 43 et 44.

(5) Beissel. *Monatshefte f. prakt. Dermat.*, 1886, no 9.

ils sont arrivés à reproduire des lésions cutanées offrant les caractères tant anatomiques que cliniques du psoriasis. Que la matière d'inoculation fût prise sur un homme ou sur un lapin, les résultats ont été les mêmes, avec cette différence toutefois que la période d'incubation était plus longue quand les éléments inoculés provenaient d'un homme. Les lésions ainsi provoquées sont-elles de même nature que celles qu'on cherche à transmettre? Il est permis d'émettre un doute à cet égard. Si les auteurs de ces expériences sont affirmatifs sur ce point, leur opinion n'a guère rencontré que des sceptiques. Inversement, il y a lieu de se demander si le psoriasis peut se transmettre des animaux à l'homme. On a décrit (1) chez le cheval, l'âne, le mulet, un psoriasis des membres et un psoriasis du tronc affectant deux formes, l'une en bandes, l'autre circinée, analogues aux variétés de même nom qu'on observe chez l'homme. S'il s'agit bien réellement de la même maladie, « on ne doit plus s'étonner si les cochers, qui manient journellement l'étrille, forment un contingent assez considérable parmi les malades atteints de psoriasis » (Eklund).

Les tentatives de transmission d'homme à homme n'ont donné que des insuccès; celles des animaux à l'homme n'ont guère été plus heureuses. Cependant si les inoculations expérimentales ont échoué, n'en peut-on voir la réalisation involontaire dans les cas de psoriasis développés à la suite des vaccinations.

Les faits de ce genre ont été observés surtout aux États-Unis (2). En France, M. Chambard (3) a publié l'observation d'un enfant de cinq ans et demi, sans antécédents héréditaires, qui, trois jours après une revaccination faite avec du vaccin animal, fut pris de symptômes généraux intenses, en même temps qu'aux points d'inoculation, apparaissaient trois gros boutons rouges et très prurigineux. Le même jour, des boutons analogues se montraient sur les bras; les jours suivants, les membres inférieurs, puis le tronc, se couvraient de petites papules squameuses. En arrachant ces squames sèches et nacrées, on mettait à nu une surface cuivrée, et l'on déterminait une petite hémorrhagie punctiforme. L'origine du vaccin permettant d'écarter le diagnostic de syphilis vaccinale, celui de psoriasis s'imposait.

Si l'on veut bien voir dans ce fait autre chose qu'une coïncidence; si d'autre part, nous éliminons l'influence du traumatisme, réveillant la diathèse, de l'impression morale, bien minime d'ailleurs, causée par l'opération ou d'un trouble nerveux de la nature de ceux que nous discuterons plus loin, nous restons en présence de la doctrine parasitaire. N'a-t-on pas inséré sous l'épiderme, en même temps que le virus vaccin, le champignon du psoriasis, dont on peut supposer que la génisse était atteinte; et l'enfant, en se grattant avec persistance, n'a-t-il pas disséminé le cryptogame à la surface de son corps, le greffant çà et là en différents points? Cette influence de traumatisme sur le développement et la localisation des affections cutanées parasitaires, ne serait pas particulier au psoriasis. M. Aubert (de Lyon), a montré le rôle que jouent, dans l'étiologie du favus, les solutions de continuité des téguments. Mais une objection se présente. Si le psoriasis vaccinal est une

(1) Mégnin. *Précis des maladies de la peau du cheval*, 1876, p. 90.

(2) H. Rohé. *Journ. of cutan. and vener. diseases*, octobre 1882; — Piffard. *Idem*, janvier 1883; — Thomas Wood Morrow. *Idem*, mars 1883.

(3) Chambard. *Annales de dermatologie*, 1885, p. 498.

dermophytie par inoculation, comment se fait-il qu'il ne soit pas plus commun et comment comprendre que, dans le cas de Chambard, un seul sujet, sur trois ou quatre mille qui ont été inoculés avec la masse de liquide vaccinal fournie par l'animal incriminé, ait été atteint de cette complication? Ici encore, il faudrait admettre une prédisposition personnelle; mais cette prédisposition, quelle est-elle? Les partisans de l'origine mycosique du psoriasis la trouvent dans l'hypothèse d'une sorte de microbisme latent.

Selon Wolff (1), il y a, chez les psoriasiques, des points où le champignon réside dans la peau, sans que son existence se révèle par des phénomènes objectifs. Si ces régions, saines en apparence, sont irritées, l'hyperhémie consécutive détermine la pullulation des cryptogames et ceux-ci, à leur tour, provoquent le développement d'éléments psoriasiques. Or, ce qui se passe chez les sujets déjà atteints de la maladie, se réaliserait aussi chez ceux qui sont en imminence morbide. Les champignons n'attendraient qu'une cause occasionnelle, un traumatisme, une influence nuisible extérieure quelconque, pour se multiplier et manifester leur présence par la production d'efflorescences psoriasiques. C'est ce qui arrive quand on irrite une région cutanée supposée saine chez un psoriasique. Au moyen d'égratignures faites avec la pointe d'une aiguille, en déterminant un tatouage, Köbner (2) a provoqué, sur des psoriasis étendus et non traités, des plaques typiques reproduisant assez bien les figures dessinées avec l'instrument. Cette vulnérabilité de la peau est d'ailleurs influencée par les moyens thérapeutiques : l'application de goudron la diminue ou même la fait disparaître complètement. Sur les dessins de Köbner, reproduits dans l'encyclopédie de Ziemssen, on peut observer, selon la remarque de Wolff, que ce n'est pas sur tout le parcours des lignes, mais seulement çà et là, qu'il se forme un point recouvert de squames; comme si l'aiguille rencontrait des foyers préformés accidentellement. Un autre fait mettrait en lumière la réalité de ce microbisme latent.

Si l'on frictionne un psoriasique avec une pommade à l'acide chrysophanique, il arrive que certains points sur lesquels il n'y avait auparavant aucune lésion, présentent le même changement de coloration que les parties malades. Au lieu de revêtir la teinte brun pourpre qu'a prise la peau saine, ils restent blancs. Il semble donc que les cryptogames soient déjà déposés dans la profondeur de l'épiderme sans modifications appréciables des couches superficielles. Une brûlure, l'application d'un vésicatoire, pourront réveiller leur végétation endormie. Le même mode d'action des irritations cutanées, permet de concevoir la manifestation d'un psoriasis à la suite de la scarlatine. Biart (3) a cité trois cas où la dermatose, apparue pendant l'évolution même de la scarlatine, s'est généralisée rapidement, après avoir débuté sur le devant de la poitrine et à la face interne des cuisses, c'est-à-dire aux endroits où l'éruption scarlatineuse atteint d'ordinaire son maximum d'intensité, où la peau, affaiblie dans sa vitalité, est en quelque sorte traumatisée par l'exanthème.

De ces observations, il faut rapprocher celles de Neumann, qui a vu survenir des plaques de psoriasis sur des régions qui étaient auparavant le siège d'eczéma ou sur des points irrités par un bandage, un col empesé, l'application prolongée de compresses froides, et cela, non seulement chez des individus déjà atteints de psoriasis, mais encore chez des sujets parfaitement sains (1). Les parasites, venus vraisemblablement de l'extérieur, se sont déposés dans la peau; ils s'y sont ensuite développés à la faveur d'une irritation. Mais la peau serait-elle la seule porte d'entrée? Wolff a soutenu que les champignons renfermés dans les substances ingérées sont déposés par la circulation, dans les parties profondes de l'épiderme, sur les points indiqués comme préformés, d'où ils prolifèrent avec les états inflammatoires de la peau. Une autre hypothèse a été risquée par Eklund. Le lecopolla repens pourrait être introduit dans les bronches avec les poussières de l'air, il pourrait provoquer des hémorrhagies pulmonaires, pénétrer dans la circulation et donner lieu consécutivement à une poussée de psoriasis. Sans porter d'appréciation, contentons-nous de faire remarquer que multiplier les portes d'entrée, c'est multiplier les chances de transmission. Or, de ce qui précède, il est aisé de conclure que la question de la contagion du psoriasis n'est pas encore résolue; et cela pour une raison bien simple, c'est que les cas de transmission, s'ils existent, sont extrêmement rares.

En dehors des conditions étiologiques, est-il possible de trouver des arguments à l'appui de la théorie parasitaire? L'hypothèse de l'origine mycosique des lésions cutanées s'accorde assez bien avec les données de l'anatomie pathologique. La présence, sur un fond rouge et saignant facilement, de squames épidermiques accumulées les unes sur les autres et adhérentes, l'apparition des placards en des points disséminés sur toute l'étendue des téguments et l'isolement de ces placards, qui sont toujours séparés les uns des autres, par des espaces de peau saine, sont autant de caractères qu'il est permis, sans s'écarter de la vraisemblance, de mettre sur le compte du développement de parasites dans la peau. Leur prolifération explique suffisamment, d'une part, les phénomènes d'irritation, c'est-à-dire l'hyperhémie et l'hyperplasie des cellules épidermiques; d'autre part, les phénomènes d'agglutination qui empêchent l'exfoliation normale et insensible des cellules épidermiques, celles-ci restant réunies en amas d'écailles qui adhèrent aux replis des vaisseaux capillaires, dilatés chroniquement, du réseau papillaire sous-jacent. Wolff a observé que les champignons sont d'autant plus abondants que la maladie est plus aiguë; au moment des poussées, ils deviennent plus nombreux.

L'apparition simultanée d'efflorescences primitives, en plusieurs points du corps, ne saurait être objectée à la théorie parasitaire. Quant aux éléments secondaires, ils seraient dus à la production consécutive d'embolies de spores, qui, primitivement endogènes, deviennent bientôt libres et s'attachent facilement aux parois des vaisseaux capillaires. Si les couches profondes du chorion restent intactes, si les placards sont toujours séparés par des espaces de peau saine, c'est que le système vasculaire papillaire et sous-papillaire de la peau est, jusqu'à un certain point, indépendant de la couche vasculaire profonde, et que, dans les réseaux superficiels eux-mêmes, il existe une infinité de territoires vasculaires, jouissant d'un certain degré d'autono-

(1) Wolff. Étiologie du psoriasis, *Annales de dermatologie*, 1885, p. 305.

(2) Köbner. *Jahresber der schles. Gesellsch. f. vaterl. Cultur*, 1872, et *Vortrag in Berlin. med. Gessellsch.*, 1878.

(3) Biart. *Journ. of cutan. and vener. diseases*, mars 1883.

(1) Neumann. *Allgem. Wien med. Zeitung*, 1882.

mie (Renaut). L'accroissement ultérieur de chaque placard dépendrait de la propagation progressive des filaments du champignon, le long des parois des capillaires et dans les couches cellulaires de l'épiderme (Eklund).

Parmi les particularités cliniques qui ont conduit Lang à attribuer au psoriasis une origine mycosique, il en est une qui frappe au premier abord, quand on est en face d'un cas typique, c'est la disposition annulaire des efflorescences, leur extension centrifuge, leur destruction réciproque ou leur fusion en placards à bords circinés, quand ils arrivent au contact, autant de ressemblances avec ces plaques de trichophytie cutanée guérissant au centre, progressant à la périphérie, comme si l'espace, compris dans chacun des anneaux, éprouvait une immunité temporaire, résultant d'un épuisement du sol nourricier (Lang) ou du champignon (Eklund). Les muqueuses sont respectées, l'état général est intact, les viscères ne sont pas touchés. Voilà bien des raisons en faveur d'une cause locale, bien des analogies avec les dermatomycoses. Les récidives sont sans doute presque inévitables; mais on peut répondre qu'il en est de même du pityriasis versicolor, affection nettement parasitaire dont le champignon siège aussi dans l'épiderme où il semble assez facilement accessible à la médication parasiticide.

On voit que la théorie parasitaire repose sur des analogies, plutôt que sur des faits ; l'abondance des arguments masque leur faiblesse. Emise il y a dix ans, elle n'a pas tenu ce qu'elle semblait promettre. Quelque séduisante que soit la théorie, elle laisse jusqu'à nouvel ordre le champ ouvert à d'autres hypothèses.

IV

Théorie nerveuse. — La nutrition de la peau, comme celle de tous les organes, est sous la dépendance du système nerveux, et cette dépendance se conçoit d'autant mieux, que l'embryogénie nous apprend que le système nerveux n'est qu'un ectoderme différencié.

Dès 1859, M. Charcot publiait l'observation d'un zona consécutif à une plaie nerveuse. Depuis lors, les travaux de ses élèves, Mougeot et Conyba, ceux de Bœrensprung, de W. Mitchell, de M. Brown-Séquard, de M. Rendu, ont définitivement établi les relations de bon nombre d'affections cutanées, avec une lésion fonctionnelle ou organique du système nerveux. Sans parler du mal perforant plantaire, du zona, dont l'origine nerveuse est partout admise, on sait que quelques auteurs reconnaissent la même origine à certaines variétés d'eczéma (Leloir), de pemphigus, de vitiligo, à la lèpre, à la pellagre (Déjerine), à la dermatite exfoliatrice (Quinquaud). Est-il possible de classer le psoriasis, à son tour, dans les dermatonévroses ? Au seuil de la question, se rencontre une difficulté. Le psoriasis est une affection chronique, tenace, récidivante au premier chef. Il semble difficile d'admettre que la lésion nerveuse, dont il relèverait, fût autre chose qu'une lésion durable, suffisamment marquée pour être constatable à l'autopsie. Or, jusqu'ici, les recherches microscopiques ont été vaines.

MM. Vidal et Leloir, sur les nerfs d'un lambeau de peau psoriasique, obtenu par biopsie, n'ont pu constater aucune altération (1). Kopp n'a pas obtenu de meilleur résultat. Quant à des lésions médullaires, si elles ont été recherchées, nous ne sachons pas qu'il en ait été constaté. Toutefois il serait imprudent de s'appuyer sur l'absence de données anatomiques, pour refuser tout crédit aux auteurs de la théorie. Les examens histologiques des centres ont été trop rarement pratiqués, pour qu'on soit en droit de faire fond sur la nullité de leurs résultats. Les lésions peuvent être assez minimes, pour échapper à nos moyens d'investigation. Nous ignorons encore les lésions de la chorée, du goître exophthalmique, de la paralysie agitante, et nous leur reconnaissons cependant une origine nerveuse. De même n'a-t-on pas admis, avec M. Parrot, la nature névrotrophique du zona, avant que Bœrensprung, MM. Charcot et Cotard, en eussent donné la démonstration anatomique ?

Les lésions du psoriasis ne présentent pas de caractère qui soit en désaccord avec l'hypothèse d'un trouble trophique. A la suite de plaies nerveuses, Conyba, Homes, Fischer ont vu l'épiderme de la région, où se distribuait le nerf lésé, s'épaissir, se changer en petites écailles, ou se détacher en lamelles furfuracées ; dans certains cas, l'exfoliation épidermique suivait, en lignes fines, le trajet des nerfs irrités. Sans doute, ce mode de desquamation ne reproduit pas exactement l'aspect du psoriasis ; mais, au point de vue histologique, la modification est la même : dans les deux cas, on a affaire à un trouble de production de l'éléidine. Il y a, à la fois, exagération du processus de kératinisation et élimination insuffisante des produits kératinisés.

A côté des phénomènes objectifs, il est habituel de constater, dans les cas typiques de trophonévroses cutanées où la lésion primordiale des centres ou des nerfs est chose démontrée, des symptômes subjectifs qui relèvent nettement de l'altération nerveuse ; telles sont les modifications de la sensibilité. Les douleurs dans le zona, l'anesthésie dans le mal perforant sont de règle. Eh bien ! le psoriasis, lui aussi, ne laisse pas toujours la sensibilité intacte. Dans son mémoire sur les altérations de la sensibilité dans les maladies de la peau (2), M. Rendu montre que, sur les larges placards de psoriasis, dans les formes que Bazin aurait rapportées au psoriasis herpétique, les sensibilités tactile et thermique sont émoussées : la sensibilité à la douleur persiste. Dans les formes circinées, il a observé un certain degré d'analgésie. Seuls les élements du psoriasis guttata, irrégulièrement disséminés sur tout le corps, ne lui ont jamais présenté que des modifications insignifiantes de la sensibilité. Dans le même ordre d'idées, faisons remarquer que le prurit est parfois vif chez les psoriasiques. Harvey prétend même avoir toujours constaté de l'hyperesthésie. Il y a plus. Certaines formes de psoriasis s'accompagnent d'un tel cortège de phénomènes douloureux, névralgies, myalgies, arthralgies, qu'on a dû leur réserver la dénomination de psoriasis douloureux.

Poursuivant l'assimilation du psoriasis aux trophonévroses, cherchons s'il se produit au cours de la dermatose, quelques-uns de ces troubles trophiques, qui accompagnent si souvent ces dernières : altérations de nutrition des poils, troubles de la sécrétion sudorale, atrophies musculaires, arthropathie.

Ici, nous allons nous trouver en présence d'un argument des plus favorables à l'idée d'une lésion nerveuse. Le psoriasis, qui d'ordinaire respecte si bien la santé générale de l'individu, qu'on en avait fait la maladie des forts (morbus fortiorum), peut revêtir une allure clinique des plus sombres

(1) Vidal et Leloir. Note sur le psoriasis, Société de biologie, 11 mars 1882.

(2) Rendu. *Annales de dermatologie*, 1874, nº 6, et 1875, nºs 1, 2, 3.

et des plus graves. Au cours de l'affection, des douleurs plus ou moins vives se manifestent dans les articulations, les doigts se déforment et se raidissent, les membres s'ankylosent dans des positions vicieuses, l'amaigrissement se manifeste, les lésions cutanées se généralisent et revêtent un aspect voisin de celui de la dermatite exfoliatrice; le malade desséché, presque momifié, arrive au dernier degré du marasme et de la cachexie. Alibert, Gibert, Devergie, Cazenave, avaient déjà signalé des faits de cette sorte, mais sans les interpréter. Bazin les rattachait au psoriasis arthritique. A sa suite, la plupart des dermatologistes en ont fait des manifestations du rhumatisme ou de la goutte. Le premier, M. Duron serra de plus près, dans sa thèse (1), la question des rapports du psoriasis et du rhumatisme. Remarquant que le psoriasis arthritique de Bazin n'est pas l'apanage exclusif de l'arthritisme, et que des sujets manifestement rhumatisants peuvent être atteints de psoriasis revêtant les caractères du psoriasis herpétique, il refuse toute valeur à la division de Bazin et émet l'opinion qu'il ne s'agit peut-être pas de lésions rhumatismales. Dans une thèse (2) plus récente, inspirée par M. E. Besnier, M. Bourdillon arrive à des conclusions plus fermes, mais grosses de conséquences : il affirme l'origine nerveuse des manifestations articulaires, survenant au cours du psoriasis. S'il en est ainsi, n'est-il pas logique de rapporter à la même cause, et la dermatose, et les arthropathies ? Celles-ci ne sont pas le fait d'une simple coïncidence; elles accompagnent, suivent ou précèdent l'affection cutanée avec une fréquence plus marquée qu'on ne le supposait. Les malades, atteints de psoriasis, présentent, environ 5 fois sur 100, des arthropathies, et, parmi ces arthropathies, on en trouve une sur cent qui a les caractères des déformations généralisées (Besnier). Entre la forme grave que nous avons esquissée et les formes les plus bénignes, se traduisant par de légères arthralgies, il existe tous les intermédiaires. Qu'elles débutent sourdement ou d'une façon aiguë, les arthropathies sont remarquables par leur fixité; elles n'ont aucune tendance à rétrocéder, ellss n'abandonnent pas une articulation, pour se localiser sur une autre, comme dans le rhumatisme vulgaire. Elles peuvent rester partielles, se limiter aux petites articulations des mains et des pieds, qu'elles atteignent symétriquement. Si elles se généralisent, elles affectent deux types comparables, l'un au rhumatisme osseux, l'autre au rhumatisme fibreux. Elles procèdent souvent par poussées, et celles-ci coïncident avec l'exacerbation de l'éruption. L'extension parallèle des arthropathies et de l'éruption aboutit à ces formes où la dermatose défigurée prend l'aspect d'une dermatite exfoliatrice, où les déformations, l'atrophie et les contractures qui les accompagnent déterminent une impotence complète.

Aux déformations articulaires se joignent, d'une façon inconstante, il est vrai, des symptômes qui relèvent manifestement d'une altération nerveuse ; l'exagération des réflexes tendineux, la trépidation épileptoïde, le développement exagéré des poils sur un ou plusieurs membres, la suppression ou l'augmentation des sueurs sur certaines régions, des douleurs sur le trajet des nerfs et le long du rachis. Dans un bon nombre de cas, en l'absence de toute déformation articulaire, les douleurs occupent toute la scène. Elles siègent sur les articulations qui sont en quelque sorte hyperesthésiées sans qu'il y ait ni rougeur ni augmentation de volume. A ces arthralgies s'ajoutent des névralgies siégeant dans les espaces intercostaux, les lombes, les membres inférieurs, où elles sont parfois lancinantes, térébrantes ou fulgurantes.

Des myalgies, des spasmes, des engourdissements, des fourmillements des extrémités, de la dermalgie, des parésies, des vertiges, des éblouissements, des douleurs profondes analogues à celles que Beau a décrites sous le nom de mélalgie chez les tuberculeux avancés, peuvent venir compléter le tableau du *psoriasis douloureux*, qui n'est quelquefois que l'avant-coureur du *psoriasis arthropathique*.

Cet ensemble de phénomènes, associés ou non aux arthropathies, ne permet guère de rattacher les manifestations articulaires du psoriasis au rhumatisme. Malgré les efforts de M. Bourdillon pour leur assigner des caractères différentiels, les déformations articulaires du psoriasis offrent sans doute la plus grande analogie avec celle du rhumatisme chronique, osseux, multi-articulaire, la goutte asthénique. Mais il en est de ces arthropathies comme du rhumatisme noueux : elles ne sont pas précédées de rhumatisme articulaire aigu et ne se compliquent ni d'endocardite ni de pleurésie ; on ne trouve, dans les antécédents personnels ou héréditaires du malade, ni goutte, ni lithiase biliaire, ni gravelle, ni arthrite, ni migraines. Il s'agit d'un de ces faux rhumatismes dont nous ne connaissons pas encore bien la nature et qui ont été victimes du démembrement de l'arthritisme.

On sait qu'il existe une ancienne théorie qui rattache le rhumatisme à une altération des centres médullaires (J. K. Mitchell). Les travaux de M. Ball, de M. Charcot, de Mitchell ont rendu classiques aujourd'hui les arthropathies d'origine nerveuse. MM. Pitres et Vaillard ont décrit des névrites périphériques dans le rhumatisme chronique. Les arthropathies d'origine médullaire sont admises par tout le monde : c'est précisément cette origine que M. Bourdillon assigne aux arthropathies liées au psoriasis, et, à la suite de Harvey, de Polotelbnoff, il reconnaît à la dermatose la même origine spinale. « Si l'on se rapporte à une fonction des éléments identiques, si l'on conçoit l'existence d'une fonction épithéliale, n'est-il pas permis de supposer un état morbide de cette fonction simultanément à la peau et aux jointures ? » Quant à préciser le mode d'action du système nerveux dans la production de ces lésions trophiques, il n'est guère possible de le faire. Qu'on adopte l'hypothèse des nerfs trophiques de Waller et de M. Samuel ou la théorie vaso-motrice de Schiff et de M. Brown-Séquard, on arrive toujours à placer ces centres trophiques dans la substance grise postérieure et centrale de la moelle, qui jouerait, par rapport à la peau, le rôle des cornes antérieures par rapport aux muscles.

En dehors de ces conceptions théoriques, il est, à côté des arthropathies, d'autres notions cliniques qui plaident en faveur de l'intervention du système nerveux. La symétrie des placards psoriasiques est parfois frappante. Il ne s'agit pas, bien entendu, de symétrie au sens géométrique du mot; mais il est habituel de voir l'éruption occuper et laisser indemnes, à droite et à gauche, des régions assez exactement similaires, La ressemblance apparaît encore dans la forme, les contours, l'étendue des placards qui, pour une même région, présentent à peu près les mêmes

(1) Duron. *Quelques considérations sur les rapports du psoriasis et du rhumatisme, en particulier du rhumatisme chronique fibreux*, Thèse de Paris, 1886.

(2) Bourdillon. *Psoriasis et arthropathies.*

dimensions, la même configuration des deux côtés du corps. Dans son évolution même, l'éruption peut suivre, à droite et à gauche, deux routes constamment symétriques (1). Or, ce développement simultané aux deux genoux, aux deux coudes, à la face postérieure des avant-bras, à la face externe des cuisses, sur les deux côtés de la poitrine et de l'abdomen, est trop commun pour qu'on songe à en faire l'effet du hasard. D'autre part l'intensité et la précocité des amyotrophies qui accompagnent les arthropathies, la fréquence des phénomènes douloureux permettent de préjuger de l'influence du système nerveux. Enfin il n'est pas jusqu'aux circonstances étiologiques qui n'aient leur importance. Les émotions morales, les ébranlements du système nerveux interviennent souvent pour produire une poussée de psoriasis. Quand on voit la dermatose se développer ou s'exagérer à la suite de chagrins profonds, d'une frayeur, d'un accès de colère (2), on ne peut, en dépit de Hebra, refuser au choc moral une influence manifeste. S'il est assez rare de rencontrer des antécédents rhumatismaux chez les psoriasiques, en revanche il est commun de trouver, soit chez eux mêmes, soit chez leurs parents ou leurs collatéraux, des tares nerveuses, telles que l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie, la folie, des affections spinales ou cérébrales. Ce sont des membres de la famille névropathique, proche parente, comme on sait, de la famille arthritique (3). Dans l'une et l'autre les manifestations morbides sont comme les rameaux de deux arbres qui s'entrelacent. « Les deux arbres, dit M. Charcot, sont voisins ; ils communiquent par leurs racines et ont des relations tellement intimes qu'on peut se demander quelquefois si ce n'est pas le même arbre. » Or, le système nerveux ne peut-il servir d'intermédiaire entre l'arthritis, le vice dartreux d'une part, et la dermatose de l'autre? « La diathèse, cette influence cachée qui se traduit par des phénomènes si différents en apparence, devient bien plus saisissable, si on envisage le système nerveux comme l'intermédiaire obligé de certaines éruptions arthritiques ou dartreuses. Dès lors le lien qui rattache la migraine, la névralgie, la gastralgie avec l'eczéma, par exemple, devient bien plus compréhensible puisque toutes ces manifestations pathologiques dérivent d'une même cause commune » (Rendu).

IV

Arrivé au terme de cette étude nous devons confesser notre embarras pour poser des conclusions. L'ancienne conception du psoriasis diathésique perd chaque jour du terrain. Aux deux autres théories il manque à l'une le contrôle de l'examen histologique, à l'autre, celui de la reproduction expérimentale. Ce sont deux hypothèses également soutenables, mais ce ne sont que des hypothèses. Faut-il se retrancher dans un éclectisme prudent et, ne donnant la préférence ni à l'une ni à l'autre, admettre que le terme de psoriasis, qu'on croyait appliquer à une affection bien délimitée depuis qu'on en avait séparé le psoriasis artificiel des anciens auteurs, le psoriasis syphilitique, etc., ne conserve en réalité qu'un sens séméiologique et que, sous cette dénomination, nous traitons deux dermatoses semblables par la lésion objective, mais différentes par leur nature: l'une d'origine nerveuse, l'autre d'origine parasitaire? C'est une thèse qui a été soutenue pour la pelade. On sait, d'autre part, que Unna a émis l'opinion que bon nombre de psoriasis ne sont que des eczémas secs, des eczémas séborrhéiques, auxquels il reconnaît tous les caractères d'une affection parasitaire. Si jamais cette démonstration était faite, si l'on devait séparer les cas de psoriasis en deux classes, les uns de nature encore inconnue, peut-être trophonévrotiques, les autres parasitaires, le démembrement du psoriasis suivrait à brève échéance. Si nous osions donner notre avis, nous avouerions que cette division ne nous satisferait guère et que, peu soucieux de donner des conclusions prématurées, nous attendons de nouvelles recherches pour prendre parti, s'il y a lieu, dans un sens ou dans l'autre.

V

Traitement. — La thérapeutique du psoriasis se ressent singulièrement de l'incertitude de nos idées sur sa pathogénie.

De la liste interminable des médicaments qui ont été employés contre lui, nous nous contenterons d'indiquer ceux qui sont le plus ordinairement mis en usage à l'hôpital Saint-Louis, en particulier dans le service de notre maître, M. le docteur Tenneson. Mais qu'il soit bien entendu qu'aucun mode de traitement ne met à l'abri des récidives; on blanchit les psoriasiques, on ne les guérit pas.

La médication interne est aujourd'hui mise au second plan. Les alcalins, qu'on administrait jadis aux arthritiques, n'ont guère d'action sur l'affection cutanée ; l'arsenic a perdu beaucoup de son ancien prestige. Son rôle en dermatologie se bornerait tout au plus à activer la rétrocession d'une éruption arrivée à la période de déclin ; il n'a pas de vertu préservatrice ultérieure.

Le traitement externe est celui qui doit être mis en œuvre. Il comprend deux phases, deux opérations, qu'il faut distinguer avec soin sous peine de n'obtenir aucun résultat : 1° le décapage; 2° l'application du médicament.

Le décapage est la première opération à faire subir. Tant qu'il n'est pas fait ou qu'il n'est pas bien fait, il est inutile de commencer la seconde partie du traitement. Il consiste à faire tomber les squames préalablement ramollies. Pour arriver à ce résultat, le moyen par excellence est l'enveloppement dans le caoutchouc. Les membres et le tronc sont recouverts de larges pièces de toile caoutchoutée, maintenues avec une bande modérément serrée ou cousues à l'avance en forme de manches ou de pantalon.

Le bonnet pour la tête, les gants et les chaussettes de caoutchouc pour les mains et les pieds, sont d'une grande commodité. L'application peut être faite sur une grande surface du corps et même sur tout le corps, sans qu'on ait à craindre aucun des dangers qu'on attribuait jadis à la suppression des fonctions cutanées. Mais il faut avoir soin de retirer les pièces de caoutchouc toutes les trois heures environ et d'y substituer d'autres pièces pendant que les précédentes seront lavées et essuyées. Les mêmes pièces peuvent d'ailleurs resservir aussitôt, si l'on procède immédiatement à cette opération, qui a pour but d'empêcher les produits de décomposition de la transpiration cutanée, re-

(1) Testut. *De la symétrie dans les affections de la peau*, Thèse de Paris, 1876.

(2) Leloir. *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse*, Thèse de Paris, 1882, et *Annales de dermatologie*, 1887, p. 367.

(3) Brissaud. *Gazette hebdomadaire*, 1er mars 1889.

tenus sous le caoutchouc, d'exercer une action irritante sur la peau. Les squames ramollies se détachent d'elles-mêmes en vingt-quatre ou quarante-huit heures, ou seront enlevées à l'aide d'un savonnage.

Lorsque les squames sont peu épaisses, peu adhérentes, des bains alcalins prolongés, accompagnés de frictions au savon noir, suffisent au décapage. Quand celui-ci est parfait, il est temps d'en venir à la seconde partie du traitement. Mais il faut savoir qu'au cours de celle-ci, les squames se reproduisent fréquemment et qu'il est nécessaire d'interrompre la médication de temps en temps, une demi-journée, une journée par semaine, pour revenir aux bains ou à l'enveloppement dans le caoutchouc, les agents thérapeutiques devant toujours être appliqués directement sur les parties malades et non sur les squames.

Il est trois agents médicamenteux couramment employés; ce sont l'huile de cade, l'acide pyrogallique et l'acide chrysophanique. Chacun d'eux possède et des avantages et des inconvénients.

L'huile de cade est employée sous forme de pommade ou de glycérolé, aux doses de 10 à 20 p. 100. Le soir, le malade est frictionné avec la préparation et on le laisse baigner, en quelque sorte, dans une atmosphère d'huile de cade pendant toute la nuit. Le lendemain matin, les linges imprégnés du médicament sont autant que possible laissés sur la peau, et, chaque soir, l'application de glycérolé est renouvelée. Ce traitement exige un temps fort long, qui varie de plusieurs semaines à plusieurs mois. Il est presque impossible à employer en ville, à cause de l'odeur de l'huile de cade et de sa malpropreté. Son véritable avantage est de ne pas exposer aux accidents qu'on doit redouter avec les deux autres substances. Les éruptions cadiques (acné, sycosis de Bazin) n'ont aucune gravité.

Le traitement avec la pommade à l'acide pyrogallique (axonge, 90 grammes; acide pyrogallique, 10 grammes) est bien plus rapide que le précédent : quelques semaines, deux à quatre en moyenne, permettent d'obtenir la guérison. Mais il a deux inconvénients. Il donne à la peau une coloration brune qui persiste un certain temps; aussi faut-il prévenir la personne chargée d'appliquer la pommade de se servir d'une éponge montée sur une tige de bois, afin de ne pas s'exposer à voir ses mains se colorer en noir. Si l'accident arrivait, une friction avec du jus de citron, ou mieux avec une solution concentrée d'acide citrique, suffirait à enlever cette coloration. La sécheresse de la peau, le prurit, l'érythème, qui apparaissent souvent au cours du traitement, ne sont guère inquiétants, puisqu'il n'y a qu'à suspendre momentanément les frictions et à onctionner la peau avec de l'axonge pour que tout rentre dans l'ordre. Il n'en est pas de même des phénomènes généraux qui succèdent à l'absorption du médicament par la peau, et dont la gravité peut être telle que, sur quatre cas relevés par M. Besnier, il y eut deux morts. Heureusement, ces cas d'empoisonnement sont d'une *extrême rareté*. Les premiers accidents qui attirent l'attention sont la sensibilité au froid, le refroidissement et une prostration rapide. Simultanément, les urines deviennent d'un vert olive ou noires; il y a parfois hémoglobinurie. Puis viennent quelques vomissements, de la diarrhée, de la dyspnée avec congestion pulmonaire, un œdème général plus ou moins prononcé. L'éruption disparaît provisoirement. La brusquerie de l'invasion de ces accidents exige qu'une surveillance attentive soit exercée sur les malades en traitement. En aucun cas, il ne faudra prescrire l'emploi du pyrogallol à un malade que l'on ne peut suivre. Chaque jour, les urines seront examinées; on n'emploiera pas plus de 5 grammes d'acide pyrogallique par vingt-quatre heures et, au moindre malaise, le médicament sera suspendu.

L'acide chrysophanique, principe actif de la poudre de goa, du séné, de la rhubarbe, agit encore plus vite que le pyrogallol. Dix à quinze jours de traitement, trois semaines au plus, suffisent dans les cas ordinaires. Une pommade au dixième est étendue, une fois par jour, sur les placards bien décapés avec un tampon de flanelle, un pinceau de charpie, une éponge montée. Si l'on exerce une friction, il ne faut la faire que très légèrement.

Après quelques jours, les placards psoriasiques commencent à se décolorer, en même temps que la peau saine qui les borde prend une teinte rosée. Bientôt ces changements de coloration s'accentuent; la teinte rouge des régions saines s'étend et se généralise à la totalité des espaces intermédiaires aux placards; ceux-ci se détachent en blanc sur un fond érythémateux. Cet érythème chrysophanique est inévitable; il est une condition *sine quâ non* de la guérison. Il débute ordinairement par les parties supérieures du corps, et n'apparaît qu'un ou deux jours après aux membres inférieurs dont les téguments résistent davantage à l'action de la pommade. On cesse alors l'application de cette dernière. S'il y a du prurit, une sensation d'ardeur à la peau, on fait des onctions d'axonge. Au bout de quelques jours la coloration rouge est moins vive et une desquamation superficielle furfuracée se produit; l'érythème disparaît sans laisser de traces, dans un espace de temps qui varie de cinq à dix jours. Borné à ces manifestations, l'érythème chrysophanique n'offre que peu d'inconvénients. Il n'en est plus de même quand les conjonctives sont atteintes, soit qu'elle résulte d'une intoxication générale due à l'absorption médicamenteuse, soit qu'elle succède plutôt au transport d'une trace de pommade, opéré par les doigts du malade, la conjonctivite chrysophanique, ordinairement double, se traduit par une vive injection des conjonctives, du larmoiement, de la douleur et un gonflement intense qui ne laissent pas que d'inquiéter beaucoup et le malade et le médecin. Les lotions boriquées, les compresses froides ont raison de ces accidents.

Sur les peaux susceptibles, ou quand des frictions trop énergiques ont été faites, on voit apparaître des pustules, des bulles, quelquefois même de véritables eschares (1). Aussi ce mode de traitement exige une prudence peut-être encore plus grande que le précédent. Toutefois, en prévenant le malade et les gens qui l'approchent du danger que courent leurs yeux, si une quantité, même minime, du médicament les atteint, en n'appliquant jamais la pommade sur la tête ni sur les mains où on lui substituera le glycérolé cadique, nous croyons que l'acide chrysophanique peut être employé sans grand danger, et que c'est le médicament de choix pour le traitement du psoriasis. S'il colore le linge, les ongles, les cheveux, nous savons que le pyrogallol présente les mêmes désavantages. Il est toutefois une considération qui pourrait faire préférer l'acide pyrogallique, c'est l'élévation moindre de son prix.

Nous avons supposé jusqu'ici que nous avions affaire à

(1) Ch. W. Allen. De l'emploi de l'acide chrysophanique et des dangers que peut entraîner son usage, *Journ. of cut. and vener. diseases*, 1886, p. 8.

un psoriasis étendu. Quand l'éruption est limitée à quelques placards bien circonscrits, il est possible d'éviter aux malades les ennuis d'un traitement à la pommade toujours plus ou moins malpropre. La traumaticine chrysophanique (acide chrysophanique et gutta percha, 10 grammes de chaque, chloroforme 90 grammes) s'étend avec un pinceau sur les placards ; elle est d'un emploi commode. Mais nous recommandons de préférence les emplâtres. L'emplâtre à l'huile de cade, l'emplâtre de Vigo donnent d'assez bons résultats. Toutefois l'emplâtre chrysophanique, à la condition qu'il soit bien préparé, qu'il adhère aux téguments sans fuser, est certainement celui qu'on doit préférer; l'érythème reste localisé au pourtour des placards sans prendre d'extension, et la guérison se fait presque aussi vite qu'avec la pommade.

Nous passons sous silence une foule d'agents thérapeutiques qui ont été essayés ou qui sont en cours d'expérimentation : les succédanés de l'huile de cade (huile de bouleau, huile de hêtre, goudron) du pyrogallol (hydroquinone, pyrocatéchine, acide rufigallique) de l'acide chrysophanique (chrysarobine, anthrarobine) qui n'ont pas la valeur des précédents et une masse de médicaments internes, tels que l'iodure de potassium à dose colossale (40 gr. par jour), qui ne nous inspirent qu'une médiocre confiance (1).

AFFECTIONS SYNALGIQUES DE L'ŒIL (KÉRATITES ET IRITIS)

LEUR TRAITEMENT PAR LE MASSAGE DES POINTS SYNALGIQUES.

Par M. Chibret.

Il existe deux affections douloureuses de l'œil, que l'on peut appeler synalgiques. Ces affections, dont j'ai observé et suivi huit cas en une année, se distinguent des affections similaires, et notamment des autres kératites et iritis, de la façon suivante :

1° En explorant, par la pression digitale, les émergences du sus-orbitaire et des branches du nasal externe, on trouve que les affections synalgiques de l'œil coïncident constamment avec la sensibilité plus ou moins vive de ces émergences à la pression. Cette pression détermine quelquefois une douleur intolérable;

2° Le massage des émergences nerveuses, douloureuses à la pression, constitue un traitement sûr, rapide et souvent unique des affections synalgiques de l'œil.

D'un autre côté, ces affections, et les troubles trophiques qu'elles occasionnent dans la cornée, ont souvent pour conséquence d'augmenter la réceptivité microbienne du tissu cornéen. Elles sont le point de départ de la gravité d'un certain nombre de kératites infectieuses, qui progressent malgré l'antisepsie, et s'arrêtent quand on y ajoute le massage.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 septembre 1889, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe.* — M. le médecin-major de deuxième classe Herrmann.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de première classe Aigre.

2e corps d'armée. — *Au grade de pharmacien-major de deuxième classe.* — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Moynier, professeur suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École de médecine d'Amiens.

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Suchard, chef des travaux anatomiques au laboratoire de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris.

10e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de première classe Bourcy.

12e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Labrousse et Pintaud-Désallées.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Boy, médecin des hôpitaux de Marseille.

19e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. le médecin aide-major de deuxième classe Soulié, professeur suppléant d'histoire naturelle à l'École de médecine d'Alger.

— Par décret, en date du 22 septembre 1889, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Bremond, Malgat, Daniel, Flessières, Rampal, J. Cassan, Bonnet et Schmeltz.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Cathala, Bach, Gauthier, V. Cassan, Traby, Calmels, Aussilloux, Marty et Roig.

17e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Maur, Lagardère, Dufaur, Dupérié, Fau, Angelé, Laréginie, Garens, Moutard, Batmale et Espagnat.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Mathet.

— Par décret, en date du 22 septembre 1889, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Roux, en remplacement de M. Feuvrier, mis hors cadres; désigné pour les hôpitaux de la division de Constantine.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. le médecin-major de première classe Lelorrain, en remplacement de M. Roux, promu ; désigné pour l'hôpital de Villemanzy, à Lyon.

— Par décret, en date du 25 septembre 1889, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. le médecin en chef Martialis.

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Gardies.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Bohan.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe du Bois Saint-Sévrin, Durbec, Gauran, Castellan, Salaun et Pons.

— Par décision ministérielle, en date du 22 septembre 1889, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

Médecins-majors de première classe. — MM. Rivet, pour le 21e d'artillerie ; — Loewel, pour le 137e d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Mandoul, pour le 161e d'infanterie ; — de Voisins, Evesque, Février, Joly, Petit et Boussavit, pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam ; — Folie-Desjardins, pour le 1er d'infanterie ; — Descosse, pour le 17e d'infanterie ; — Lemoine, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Dupret, pour le 1er tirailleurs algériens.

(1) La *Gazette des hôpitaux* (1889, p. 744, 758 et 816) a récemment publié une série de leçons de M. le professeur Fournier sur le traitement du psoriasis, leçons très bien résumées par M. le docteur Morel-Lavallée. On y trouvera, en outre des idées personnelles à M. le professeur Fournier, des développements qui n'ont pu prendre place ici. (*Note de la Réd.*)

Médecin aide-major de première classe. — M. Barthélemy, pour le 61e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 septembre 1889, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 28 octobre 1889.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 19 octobre, à quatre heures. — Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie ;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie ;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien*, la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe ;

5° Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien* peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 septembre 1889, un concours s'ouvrira le 26 mars 1890, à l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Le Congrès international d'hydrologie et de climatologie se réunira du 3 au 10 octobre prochain.

La séance d'ouverture aura lieu le jeudi 3 octobre, à dix heures du matin, au palais du Trocadéro.

Les séances de sections se tiendront à la Faculté de médecine, du vendredi 4 au jeudi 10 octobre, à neuf heures du matin et deux heures de l'après-midi.

A dater du mardi matin 1er octobre, le secrétariat du Congrès sera ouvert, à la Faculté de médecine, de neuf heures à midi, et de deux heures à cinq heures.

Du 11 au 21 octobre, le Congrès visitera les stations hydrominérales de la région de l'Est. Les excursionnistes jouiront d'une réduction de 50 p. 100 sur tout le parcours.

Les personnes qui veulent participer à ces grandes assises de l'hydrologie et de la climatologie sont invitées à envoyer sans retard leur adhésion et leur cotisation (20 francs), au trésorier du Congrès, M. O. Doin, libraire-éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris. Elles recevront immédiatement, avec leur carte, tous les documents, entre autres les rapports sur les questions proposées par le comité d'organisation.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 112. — MARDI 1er OCTOBRE 1889. 62e ANNÉE. MARDI 1er OCTOBRE 1889. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Accidents fébriles post-opératoires. — II. Luxation de l'épaule.

I. Maintes fois vous m'avez entendu, dans nos conférences, soutenir cette thèse que, lorsque l'on voit, dans le cours d'une cure chirurgicale, apparaître un fait insolite, il faut savoir quitter la partie jusqu'à ce qu'on en ait découvert l'explication.

C'est ainsi qu'en ce moment même je constate, chez plusieurs de mes malades, l'apparition de phénomènes fébriles, sans pouvoir en découvrir la cause.

Tel est, tout d'abord, ce jeune homme au phlegmon du bras, dont la température vient de s'élever à 39 degrés; il semble présenter un ensemble de symptômes typhoïdes, et cependant je ne trouve rien dans la fosse iliaque droite, rien nulle part qui puisse faire songer à la fièvre typhoïde. Il est vrai que nous savons combien, à l'hôpital, l'incubation de la fièvre typhoïde peut être parfois très longue. En tous cas, celle-ci n'existe pas encore chez lui, si tant est que ce soit là la cause des accidents fébriles, de l'élévation de la température à 39 degrés.

Par contre, chez le malade du n° 19 de ma salle des hommes, j'ai eu l'occasion d'observer un phénomène rare, qui aurait pu même devenir alarmant. Ce malade est un homme auquel j'ai été obligé d'amputer la cuisse pour des foyers putrides du genou et de la moitié inférieure de la cuisse. A maintes reprises, j'avais été obligé d'explorer ces foyers dans lesquels je rencontrais constamment du pus, quoique je sois, en général, très opposé à ces explorations; et, à plusieurs reprises, ces explorations avaient été suivies, quelques heures plus tard, de frissons violents et d'une brusque élévation de la température.

Vous savez qu'en général, il est de règle de voir, dans les deux premières heures qui suivent ces grandes amputations, la température s'abaisser en moyenne d'un demi-degré, après quoi le thermomètre remonte.

Or, chez mon malade, qui, pendant son amputation de cuisse, avait perdu une quantité modérée de sang, il n'en a pas été ainsi. Ramené à son lit, après l'opération, avec un pansement provisoire, je fis installer auprès de lui l'appareil à pulvérisation. Néanmoins, à une heure de l'après-midi, cet homme était pris d'un frisson intense, suivi bientôt d'une ascension brusque de la température, qui s'élevait rapidement de 37 à 39 degrés. J'ai dû, bien certainement, par suite des manipulations, lui faire quelque inoculation. Mais, heureusement l'incident n'a pas eu de suite, la température est retombée déjà au-dessous de 38 degrés, l'état du malade est aujourd'hui satisfaisant, et j'espère que, demain ou après-demain au plus tard, la fièvre sera complètement tombée, tous les accidents fébriles auront totalement disparu.

Et puisque nous parlons de ces frissons subits que les opérés éprouvent quelquefois, je dois faire remarquer que ces frissons ne se montrent presque jamais dans les premières heures qui suivent immédiatement l'intervention chirurgicale, sauf dans le cas d'accouchement. Chez les sujets opérés, c'est ordinairement six ou sept heures après l'opération que le frisson apparaît, s'il est l'avant-coureur de quelque érysipèle ou lymphangite.

Quand j'ai eu l'idée d'appliquer le pansement ouvert dans les cas de désarticulation coxo-fémorale, maints confrères ont jeté les hauts cris, m'accusant de vouloir faire reculer la chirurgie. Chez le malade que j'ai amputé de la cuisse ces jours derniers, j'ai fait également le pansement antiseptique ouvert, laissant la plaie béante afin d'accumuler les chances de guérison. L'avenir nous a montré que j'avais raison.

II. Nous allons pratiquer, dans quelques instants, des tentatives de réduction de luxation de l'épaule, chez un individu grand, robuste, vigoureux, exerçant la profession de tonnelier, et quelque peu alcoolique. Aussi je m'attends à une agitation plus ou moins grande, à des difficultés dans l'administration du chloroforme, c'est une nouvelle nécessité de redoubler de précaution, car vous savez que la réduction de luxation est l'intervention la plus chargée d'accidents chloroformiques.

Néanmoins, je ne saurais me passer de chloroformisation surtout dans une luxation qui date déjà de douze jours, qui appartient à la variété intracoracoïdienne, et chez un homme robuste.

Dans les luxations de ce genre, les procédés de douceur réussissent peu, en général, aussi est-on obligé de recourir

aux procédés de force. Or, une force très grande serait nécessaire ici si nous n'endormions pas le malade, et le membre étant déjà tuméfié, les veines et les nerfs se trouvant déjà comprimés du côté de l'aisselle, toute violence nouvelle ne ferait qu'augmenter la contusion nerveuse, et par conséquent risquerait de déterminer la paralysie du membre, et d'amener des troubles trophiques dans la suite.

Chez les sujets âgés, la fréquence d'athérome dans les vaisseaux rend possible, sinon facile, la rupture de l'artère axillaire dans le cas où la luxation, étant ancienne, nécessite le déploiement d'une grande force pour en obtenir la réduction.

C'est pour éviter tous ces risques d'accidents et de désordres que le chirurgien cherche, par l'anesthésie du malade, à éviter l'emploi de forces considérables.

Ici, dans le cas d'aujourd'hui, le chloroforme est d'autant plus nécessaire que la luxation est déjà ancienne de douze jours, que la tête comprime, par sa situation dans l'aisselle, les nerfs et les vaisseaux de cette région, que toute violence risquerait d'augmenter encore les désordres.

Une autre précaution importante à prendre avant de procéder aux tentatives de réduction, est de rechercher avec soin l'état de la sensibilité, de rechercher s'il n'existe pas déjà quelques phénomènes de paralysie dans le membre luxé, quelque diminution de la force musculaire de l'avant-bras ou de la sensibilité. Et si vous avez reconnu quelque modification, il est non moins important de le faire constater, d'en prévenir le malade ou son entourage, afin de ne pas être accusé plus tard d'être, par vos manœuvres, la cause même de ces altérations; enfin, d'avoir estropié votre malade, sous prétexte d'avoir cherché à lui rendre l'usage de son membre.

Vous n'ignorez pas, en effet, que les tentatives de réduction d'une luxation ont eu quelquefois ce résultat, de rendre infirmes les malades, soit pour un certain temps, soit pour le reste de leurs jours.

C'est ainsi que, il y a quelques années, une jeune femme de chambre se présente à moi avec une luxation de l'épaule qui avait été méconnue et qui datait déjà de deux mois; les mouvements du bras étaient gênés, mais l'engourdissement du membre minime. Malgré les tractions assez considérables — avec une force de 150 kilos — nous ne parvînmes pas à la réduire, et la malade fut reportée dans la salle. Or, quelques instants plus tard, nous constations une paralysie complète du bras, produite par la pression de la tête de l'humérus sur le plexus nerveux. Le remède avait été pire que le mal, nos tentatives n'avaient fait qu'aggraver la situation. Mais, heureusement, la faradisation à laquelle le membre fut immédiatement soumis, continuée pendant un certain temps, rendit à la malade l'usage de son bras, lui permit de récupérer, non pas tous les mouvements de son membre, mais ceux qu'elle avait encore au moment où nous avions tenté la réduction de sa luxation.

Je le répète donc et avec insistance : il est de la plus haute importance de bien s'assurer de l'état de la sensibilité et de la motilité du membre, avant toute tentative de réduction.

Puis, si la réduction est obtenue, il faut surveiller avec le plus grand soin l'immobilisation du bras, et, dès le lendemain ou le surlendemain, interroger sa sensibilité ; si quelques muscles paraissent languissants, il faut de suite avoir recours à la faradisation, sous peine de voir apparaître un degré plus ou moins considérable de paralysie.

Grâce à ces précautions absolument indispensables, si, après réduction, votre malade présentait encore des troubles nerveux, et si l'électricité ne parvenait pas à les combattre, si aucun traitement n'avait de succès, votre responsabilité serait alors complètement à couvert.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.

Diagnostic et pronostic des cérébrosyphiloses.

I

L'étude de la syphilose cérébrale a été poussée si loin depuis quelques années, et fouillée dans tous les sens d'une façon si approfondie, que la question du diagnostic est loin de présenter aujourd'hui les mêmes difficultés qu'autrefois. On la résout même sans peine et sûrement dans la grande majorité des cas, à la condition d'avoir toujours présentes à l'esprit les grandes lignes de la symptomatologie et certaines circonstances qui, à elles seules, sont presque pathognomoniques.

I. Ainsi, on peut établir comme une règle générale, que toute cérébropathie, quelle qu'en soit la forme, qui survient chez un sujet d'une santé générale ordinaire, dans la période de la vie comprise entre vingt et quarante ans, est probablement d'origine syphilitique. S'il est démontré que ce sujet a eu, quelques années auparavant, un chancre infectant et des accidents consécutifs, légers ou graves, peu importe, non seulement il y a probabilité, mais encore certitude presque complète. Voici donc deux éléments de diagnostic d'une valeur capitale, qui sautent presque aux yeux. Pour l'âge, aucun doute. Pour l'existence de la syphilis, il y en a aussi fort peu, car cette maladie est devenue tellement familière et d'une notion si répandue parmi les malades, que bien peu ignorent qu'ils l'ont eue ou se méprennent sur les accidents qu'elle leur a causés. Le nombre des syphilis ignorées ou méconnues devient, de nos jours, de plus en plus rare. Mais, quand même les antécédents spécifiques seraient incertains, l'âge seul auquel est survenue la cérébropathie suffirait pour décider de sa nature.

Prenez l'épilepsie. Si la première attaque s'effectue vers vingt, vingt-cinq, trente ans, tenez-la pour suspecte, indépendamment de toute considération autre que cette période de l'existence. Il y a de grandes chances pour qu'elle soit syphilitique. N'est-il pas, en effet, absolument exceptionnel que les attaques d'épilepsie franche, idiopathique, attaquent les sujets parvenus à cet âge? N'est-ce pas toujours pendant la première ou la seconde enfance qu'elles éclatent? Sur 209 épileptiques, 177 l'avaient été avant trente ans (Beau); sur 66, 50 l'étaient devenus avant vingt ans (Boucher et Cazanovitch); et combien d'autres statistiques tout aussi probantes! D'un autre côté, dans la plupart des cérébrosyphiloses qui se formulent tout d'abord sous le mode épileptique, on ne découvre jamais, ou du moins très rarement, l'épilepsie vraie, pendant l'enfance ou l'adolescence. Qu'en conclurons-nous? C'est qu'une première attaque épileptiforme, chez un adulte, doit être, *a priori*, considérée comme syphilitique, et j'ajoute, traitée comme telle, alors même qu'on ne découvrirait aucun vestige de syphilis, ni dans le passé, ni dans le présent du malade.

Prenez l'hémiplégie. Les mêmes réflexions lui sont applicables. Seulement ici la question d'âge est renversée ; mais

elle n'en reste pas moins tout aussi probante que dans l'épilepsie. La syphilis, en effet, devance les autres causes de l'hémiplégie; celles-ci n'agissent qu'à une période avancée de la vie, tandis que la maladie spécifique frappe le cerveau d'individus qui sont encore jeunes. Ainsi, trente fois sur trente-six cas, les malades atteints d'hémiplégie syphilitique avaient moins de quarante ans (Lancereaux). Toutes les statistiques donnent une moyenne aussi caractéristique. On peut donc établir comme une règle générale, que chez tout individu qui, de vingt à quarante ans, subit une parésie ou une paralysie musculaires, sous un mode quelconque, en dehors de conditions toxiques, morbides ou traumatiques ordinaires, la syphilis est en jeu, qu'il faut la rechercher et que, découverte ou non, elle doit fournir la principale indication thérapeutique.

Plus l'âge est en désaccord avec la nature de la cérébropathie, plus il y a de probabilités pour qu'elle soit de provenance syphilitique. Les épilepsies *tardives*, les hémiplégies ou autres paralysies *précoces* sont, neuf fois sur dix, produites par la syphilis. Plus l'invasion de la cérébropathie s'harmonise avec l'opportunité de l'âge, moins grande devient la certitude de l'étiologie spécifique. Ainsi, on ne pourrait pas dire, *a priori*, qu'une épilepsie survenue à seize, dix-huit ans, par exemple, est syphilitique, non plus qu'une hémiplégie qui frapperait après cinquante ans. Et cependant, que le vague et le doute qui résultent pour le diagnostic de la concordance entre l'âge et la cérébropathie ne nous fassent pas perdre de vue la possibilité d'une intervention syphilitique. Songez, d'une part, aux conséquences éloignées de la syphilis héréditaire, quand il s'agira de sujets devenus cérébropathiques avant vingt ans; et, d'autre part, quand c'est après la cinquantaine que le cerveau a été frappé, n'oubliez pas les échéances lointaines et viscérales de la syphilis acquise, dont la guérison, bien qu'apparente reste toujours problématique.

II. Si l'âge du sujet est un élément d'une haute valeur dans la question du diagnostic, en est-il ainsi de celui de la syphilis? Ici nous n'avons plus à nous occuper de l'existence ou de la non-existence de la diathèse. Elle s'impose à nous. Mais dans quelle mesure, si nous nous plaçons simplement au point de vue chronologique? Eh bien! en se fondant sur les statistiques données précédemment, on peut affirmer que plus une cérébropathie se rapproche de la période initiale, et plus il est probable qu'elle dépend de la syphilis. La précocité de cette viscéropathie est si bien établie, qu'elle doit être prise en grande considération. Il ne faudrait pas cependant qu'elle fût trop grande. Ainsi, un sujet qui serait frappé d'hémiplégie ou d'épilepsie quinze jours ou trois semaines, par exemple, après le début du chancre, ne devrait point être regardé comme atteint d'une cérébrosyphilose. Les déterminations de la syphilis sur le cerveau ne sont possibles qu'à l'époque où l'infection se généralise, c'est-à-dire vers le cinquantième jour de la sclérose initiale. A partir de ce moment, on est en droit d'attribuer à la maladie, qui vient d'envahir l'organisme, tous les troubles nerveux centraux ou périphériques qui se produisent. Les uns sont fugaces et symptomatiques d'une souffrance générale causée par le nouvel état constitutionnel; ce sont les plus fréquents. Les autres se formulent d'une façon plus précise, plus permanente, et attestent l'existence d'une lésion circonscrite de la masse encéphalique. Ils sont exceptionnels, sans doute, dans les premiers jours de la période secondaire, mais ils lui appartiennent aussi légitimement qu'à la période tertiaire et même plus. Les cérébropathies qui attaquent un syphilitique d'âge moyen, de la première à la cinquième ou sixième année de sa syphilis, dépendent exclusivement de cette dernière, peut-être dix-neuf fois sur vingt. Passé la dixième année de la maladie, les cérébropathies qu'elle produit deviennent de moins en moins communes; et, en même temps, naissent et se développent, à mesure que le sujet avance dans la vie, les causes nombreuses qui sont susceptibles de porter une atteinte à l'intégrité du cerveau, telles que les néphropathies albuminuriques, l'artério-sclérose, les maladies du cœur, l'arthritisme, etc. L'âge avancé du sujet et l'âge avancé de la syphilis peuvent donc, jusqu'à un certain point, faire supposer qu'une cérébropathie survenue dans de pareilles conditions n'est point spécifique. Le diagnostic est alors beaucoup plus embarrassant que quand il s'agit d'une cérébropathie chez un sujet jeune ou d'âge moyen, récemment syphilitique.

III. Les signes diagnostiques fournis par chaque symptôme pris en lui-même, dans son caractère propre, et indépendamment de combinaisons qu'il peut former avec d'autres symptômes de même origine, ces signes-là n'ont rien de caractéristique. Mais certaines particularités de la symptomatologie, envisagée dans son ensemble et dans la succession de ses phénomènes, sont à leur début ou deviennent plus ou moins vite presque pathognomoniques. Qu'il me suffise de résumer ici ce que j'ai longuement développé plus haut.

Importance chez les syphilitiques, comme phénomènes avant-coureurs des cérébrosyphiloses, d'un trouble nerveux quelconque, insolite, intermittent ou continu, mais d'une certaine durée, et ne pouvant être expliqué par aucune des causes qui le produisent ordinairement. L'exaspération nocturne doit le rendre suspect. En première ligne, parmi ces troubles : céphalées graves et persistantes, vertiges, diminution de la mémoire et du pouvoir sexuel, insomnie, incertitude ou affaiblissement de la vision et surtout diplopie.

Et quand la cérébropathie n'est plus seulement à l'état de menace, mais existe réellement : extrême circonscription ou diffusion excessive de ses phénomènes, leur dissémination sans qu'aucune règle apparente y préside, leurs combinaisons inattendues, l'incohérence que présentent leur invasion et leur succession, l'état incomplet de leur développement, l'intermittence ou la rémittence dans leur processus, le mélange quelquefois inextricable de symptômes cérébraux et de symptômes spinaux, l'absence de toute systématisation radicale formant un type fixe et immuable pendant toute la durée de l'évolution; au contraire, un polymorphisme dans lequel les physionomies variées, que revêt la cérébropathie spécifique, n'ont jamais une ressemblance parfaite avec les cérébropathies de cause commune qui s'en rapprochent le plus, etc., etc.

IV. Parmi les circonstances qui viennent le plus en aide au diagnostic, dans les cas douteux, il faut placer en première ligne les antécédents syphilitiques, ou l'existence actuelle d'accidents dont la spécificité est indéniable. Il est donc indispensable de les rechercher avec soin et de reconstruire toute l'histoire pathologique des sujets, principalement dans ses rapports avec la syphilis. Mais sachez bien que, parmi les manifestations anciennes ou récentes, aucune, quelles qu'aient été ou que soient encore sa forme, ses tendances, ses localisations, ne présente d'affinité particulière avec les déterminations de la syphilis sur le cerveau. Mettez à part les ostéopathies craniennes qui sont toujours une menace pour cet organe. Quant au reste, il

importe peu que le malade ait eu ou ait encore telles ou telles modalités symptomatiques.

Les déterminations encéphaliques ne s'associent point à d'autres viscéropathies pour former de grands syndromes pathologiques, comme les syphiloses du foie, du rein et de la rate, par exemple. L'essentiel, c'est que l'on n'ait aucune incertitude sur l'existence de la maladie constitutionnelle. Sa bénignité n'est point une garantie contre les cérébro-syphiloses; elle plaiderait plutôt en leur faveur.

Quelle confiance pouvons-nous avoir dans les résultats du traitement ioduré et mercuriel comme criterium, lorsque les bases de diagnostic, qui viennent d'être exposées, paraissent peu solides ou manquent tout à fait? En général, l'action immédiatement curative est une bonne preuve de la spécificité; mais cette preuve n'est pas absolue dans tous les cas. Et d'abord, si l'iodure et le mercure sont administrés trop tard, il peut se faire qu'ils restent inertes, parce que la lésion cérébrale est devenue une lésion définitive, incapable de régresser, et qu'il est aussi impossible de la détruire qu'une cicatrice. En conclura-t-on que l'affection n'était pas syphilitique? Et puis, ne se produit-il pas quelquefois, chez les syphilitiques, des accidents nerveux qui sont indépendants de la diathèse, certaines paralysies périphériques, faciales ou oculaires, par exemple, résultant de l'action du froid ou d'une autre cause? N'ont-elles pas souvent une tendance spontanée à la guérison? Et si elles disparaissent vite, quand on administre l'iodure, faudra-t-il attribuer un pareil résultat à ce médicament, et en conclure que l'affection était spécifique? Assurément, nous devons toujours instituer un traitement spécifique dans les cérébropathies de physionomie équivoque et de cause douteuse; mais n'oublions pas que le mercure et l'iodure sont susceptibles d'améliorer certaines affections dont la nature syphilitique ne saurait être admise, et qui dépendent de la scrofule ou du rhumatisme. Enfin, pour s'appuyer sur les résultats que donne leur administration, il faut qu'elle ait été faite d'une façon régulière, complète, et dans la mesure propre à développer toutes leurs vertus curatives.

DE LA PRÉDISPOSITION AUX MANIFESTATIONS CANCÉREUSES

La question de la nature intime des manifestations cancéreuses a toujours été d'actualité et les hypothèses les plus bizarres ont été émises à ce sujet. Aujourd'hui, emportés par ce grand courant scientifique qu'a déterminé l'étude de la bactériologie, quelques pathologistes n'ont pas craint de voir dans le cancer des productions d'ordre parasitaire. Le cancer serait contagieux et inoculable : des expériences positives tendent à le démontrer. Cependant, la question n'est encore que posée, loin d'être résolue. N'est pas et ne devient pas cancéreux qui veut — il faut à cela une prédisposition, innée ou acquise. Il est incontestable que le néoplasme a besoin pour évoluer d'un terrain spécial et que certains organismes sont absolument réfractaires à son développement. Le plus bel exemple qu'on puisse donner de cette vérité incontestable, peut se tirer de la pathologie comparée. Les vétérinaires savent fort bien que certaines races animales sont impropres à la production du cancer, et que même dans quelques espèces, le cheval, par exemple, les individus de telle couleur seront seuls atteints alors que d'autres ne le seront jamais.

En d'autres termes, qu'il soit parasitaire, ou qu'il provienne comme on le croyait jusqu'ici d'un trouble dans le développement et la genèse des éléments anatomiques, le cancer est le triste apanage d'une certaine catégorie d'individus.

Quels sont ces prédestinés à la néoplasie? Telle est la question à résoudre, question aussi importante au point de vue purement scientifique que grosse de conséquences pratiques. La solution de cette question doit être demandée à l'observation de chaque jour; c'est la clinique qui doit y répondre.

Mais, si les matériaux recueillis dans nos grands centres hospitaliers constituent des documents de grande valeur, ils cèdent le pas aux renseignements que les médecins de province tirent de leur pratique particulière. En effet, il est impossible dans les hôpitaux des grandes villes, sur cette population flottante qui en constitue la clientèle habituelle, de suivre l'évolution d'une maladie; on n'observe le mal qu'à l'une de ses phases généralement très avancée, et que l'on opère ou que l'on n'opère pas, le malade vu la veille est rarement revu le lendemain. C'est donc aux médecins de campagne plus encore qu'aux médecins des villes qu'incombe le soin de fournir les documents nécessaires à la solution de cette importante question. Eux seuls connaissent à fond les malades, leurs familles, les ascendants, les descendants, eux seuls peuvent voir le mal dès son origine et connaissent, pour l'avoir étudié depuis longtemps, le terrain où le néoplasme va s'implanter. Ils savent, dans leur clientèle, quels sont ceux qui peuvent devenir tuberculeux, quels sont ceux qui, issus ou non de parents cancéreux, ont été atteints de manifestations cancéreuses.

Tous les documents de cette nature doivent être précieusement enregistrés et constitueront un dossier d'où sortiront un jour des notions exactes sur l'étiologie et la nature du cancer, et d'où découleront comme conséquence des mesures prophylactiques, nulles encore aujourd'hui. C'est pour cette raison que nous enregistrons avec intérêt les communications de nos confrères de province.

Le docteur Stieffel, de Baugée (Meuse), a adressé au *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique* la statistique des malades cancéreux ou tuberculeux qu'il a pu observer en deux ans et demi de pratique, de décembre 1886 à juillet 1889. Il a eu à soigner 45 cancéreux, dont 32 présentaient une quelconque des nombreuses manifestations de l'arthritisme. Pendant la même période de temps il n'a donné ses soins qu'à 8 tuberculeux.

Mais laissons la parole à notre distingué confrère.

« Est-ce un fait spécial à certaines régions? Toujours est-il que, pour ma part, depuis deux ans et demi que je pratique ici, j'ai été frappé de la fréquence des cancéreux et de la rareté des tuberculeux, alors que, dans les hôpitaux, c'est le fait inverse qui se présente. D'autre part, et *c'est peut-être là la clef de la solution de la question d'étiologie, ce qui ne m'a pas le moins frappé c'est la fréquence des maladies de cœur et des rhumatismes.* »

Nous ne voulons point fouiller dans ces détails toutes les conséquences qui résultent de l'intéressante communication du docteur Stieffel, nous nous contentons de les enregistrer, d'en constater l'importance capitale, et d'attendre que d'autres documents de cette nature nous parviennent de différents côtés pour mettre définitivement au clair une question jusqu'alors si obscure et dont la solution intéresse tant de malades.

VARIÉTÉS

Sur quelques-uns des symptômes de l'intoxication arsenicale chronique, sur les modes et la durée de l'élimination, hors du corps humain, de l'arsenic et de ses composés (1).

Par MM. les docteurs P. BROUARDEL et Gabriel POUCHET.

I

Les formes de l'empoisonnement arsenical les mieux connues des médecins sont celles qui évoluent en peu de temps (formes

(1) Rapport présenté au Congrès international de médecine légale.

aiguës et subaiguës. D'autres, au contraire, dont l'issue peut être également fatale, mais dont les manifestations durent parfois plusieurs mois, leur sont moins familières; elles sont décrites, cela est vrai, mais elles sont si vaguement déterminées que lorsqu'un auteur appelle de nouveau l'attention sur elles, il semble presque qu'il vient de faire une découverte.

Depuis deux ans, les accidents survenus à Hyères (empoisonnement accidentel de vins — affaire de M. de Villeneuve), ceux de la pharmacie du Havre (affaire Pastré-Beaussier) nous ont permis d'étudier en détail cette symptomatologie. Il nous a paru qu'entre les formes les plus aiguës, celles où la mort survient en quelques heures, et celles qui déterminent des accidents dont l'évolution ne s'accomplit qu'en quelques semaines ou quelques mois, il y a une presque similitude. Dans les formes les plus lentes, il ne paraît pas de nouveaux symptômes, mais la durée de quelques-uns d'entre eux permet de les étudier en détail, révèle en quelque sorte leur présence, qui passe inaperçue quand tout le drame s'accomplit en quelques jours.

Que l'on compare le tableau de l'empoisonnement rapide, tracé par Tardieu, et celui que dresserait un auteur qui ne connaîtrait que les intoxications d'Hyères ou du Havre, on verra que les mêmes organes sont atteints, les mêmes fonctions sont troublées; mais, dans le premier cas, l'analyse est difficile parce que les phénomènes se succèdent avec une extrême rapidité, tandis que, dans le second, leur lente évolution permet de préciser et d'étudier isolément chacun des symptômes. Malheureusement, parfois le médecin ne saisit pas le lien qui relie les phases successives par lesquelles a passé le malade.

Lorsque sont survenus les empoisonnements d'Hyères, jusqu'au moment où leur cause a été connue, les médecins ont cru d'abord à une épidémie de fièvre muqueuse, puis à une épidémie de grippe avec toux spasmodique, puis à une épidémie rappelant l'acrodynie; enfin, au moment où parurent les paralysies, toutes ces hypothèses disparurent; la cause était révélée par l'analyse chimique des vins.

Dans l'observation si remarquable de M. le docteur Widal, d'Hyères (1), nous voyons les phénomènes se succéder aux dates suivantes : 8 février, embarras gastriques, diarrhée; 4 mars, éruptions cutanées, semblables à l'urticaire, à la rougeole, toux spasmodique, écoulement nasal, larmoiement; 31 mars, douleurs dans les membres inférieurs semblables à l'acrodynie, hyperesthésie cutanée, puis, quelques jours plus tard, parésie des membres iéférieurs et supérieurs. Enfin, un an plus tard, vers le commencement de mars, la guérison était presque complète (2).

Chez les malades du Havre, nous retrouvons les mêmes symptômes paraissant dans le même ordre; la durée de leur évolution a seule différé, elle a été plus rapide, et la séparation des périodes a été moins distincte, elles empiétaient un peu les unes sur les autres, elles étaient subintrantes, mais les accidents étaient les mêmes.

Dans les intoxications aiguës, les mêmes phénomènes existent, ils ne durent que quelques jours, mais leur ordre n'est pas pour cela modifié.

Le mode d'administration, la dose, la répétition de l'ingestion des substances empoisonnées impriment toutefois aux accidents des caractères variés dans leur intensité, ou même en font disparaître quelques-uns, mais ils n'en créent pas de nouveaux.

Nous prenons pour type les intoxications d'Hyères et du Havre, et nous décrivons les phases suivantes :

I. *Troubles de l'appareil digestif.*

II. *Catarrhe laryngé et bronchique, période dans laquelle prédominent les éruptions.*

III. *Troubles de la sensibilité* (période acrodynique).

IV. *Paralysies.*

(1) Widal. Académie de médecine, 17 juillet 1888.

(2) Je remercie très vivement MM. les docteurs Gougit et Sambuc, Marquez, Roux-Seignoret, des renseignements qu'ils m'ont fournis. Leurs mémoires m'ont été très utiles à consulter pour rédiger cette note.

I. Troubles digestifs. — En général, ce sont des troubles gastriques qui ouvrent la scène, ils sont constants, mais varient dans leur symptomatologie. Tantôt, c'est un simple malaise avec phénomènes d'embarras gastrique; tantôt les symptômes sont plus accentués, fébriles, et peuvent être pris pour ceux d'une fièvre muqueuse, d'une fièvre typhoïde [au Havre, Perrotte, Herpe (à Hyères), obs. de Widal, 110, 120 pulsations].

Hahnemann (1), décrivant l'empoisonnement arsenical, notait déjà trois phases. Il disait que, lorsque cet empoisonnement passe à l'état chronique, il y a des accès de fièvre avec coliques, rétraction spasmodique du ventre, céphalalgie, chaleur, soif, et de temps en temps vomissements et diarrhée, puis surviennent des douleurs dans les membres, des tremblements, de la paralysie.

Les caractères des vomissements sont assez spéciaux : ils diffèrent de ceux que l'on observe dans l'empoisonnement aigu et subaigu, en particulier; ils ne s'accompagnent ordinairement pas de sensations douloureuses à l'estomac; ils surviennent brusquement et ne laissent pas de douleurs vives, ni de brûlures à leur suite. Ils sont assez abondants, et se composent d'un liquide pituiteux mélangé de bile, enfin, ils sont assez fréquents (sept ou huit fois par jour). Chez une des malades du Havre, qui fut, d'ailleurs, peu atteinte, il n'y eut que deux vomissements.

La constipation est plus fréquente que la diarrhée; parfois il y a eu quelques garde-robes sanguinolentes, mais la durée des troubles intestinaux a été courte dans nos observations.

II. Éruptions. Catarrhe laryngo-bronchique. — La fréquence du catarrhe laryngo-bronchique a été telle à Hyères, que les médecins ont pensé à une épidémie de grippe spasmodique.

Au Havre, M. le docteur Dugardin a constaté chez plusieurs malades, à l'aide du laryngoscope, l'existence d'un catarrhe laryngé. Quelques-uns d'entre eux ont eu, presque sans toux, une aphonie qui, chez l'un, a duré plus de quinze jours; on entend dans les bronches des râles sibilants et ronflants, les crachats sont muqueux, parfois sanguinolents.

En même temps, paraît un coryza intense, quelquefois avec larmoiement et injection de la conjonctive.

Pendant cette période, même avant le catarrhe, parfois aussi pendant les périodes suivantes, paraissent des éruptions cutanées. Rougeurs et bouffissures des paupières, du scrotum, érythèmes divers paraissant sur plusieurs parties du corps, exfoliations épidermiques furfuracées ou squameuses; M. le docteur Dubrandy (d'Hyères) a même noté la chute d'un ou de plusieurs ongles. On a constaté également des vésicules, des vésico-pustules, de l'urticaire, des éruptions rubéoliques, des plaques pigmentées. Mais aucune de ces dermatoses ne semble avoir de caractères assez spéciaux pour permettre de baser sur elles un diagnostic.

Il est intéressant, toutefois, de rappeler que, dans nos autopsies du Havre, nous avons constaté la présence de l'arsenic dans l'épiderme, dans les ongles, dans les cheveux. Il semble que c'est à l'élimination de l'arsenic par les épidermes, les produits épidermiques et les épithéliums laryngo-bronchiques, que l'on doit attribuer ces éruptions et le catarrhe laryngo-bronchique.

III. Troubles de la sensibilité. — Un phénomène douloureux assez fréquent et assez précoce est la céphalalgie, qui occupe presque tout le crâne et persiste pendant assez longtemps.

Puis le malade ressent dans les membres inférieurs, surtout dans les jambes et dans les pieds, un engourdissement incommode. Un d'eux, L..., se déchaussait derrière le comptoir de la pharmacie et se frappait la plante des pieds avec une spatule pour y faire circuler le sang.

Souvent aussi, à ces engourdissements, viennent se joindre des crampes assez pénibles.

A un degré un peu plus avancé, on observe des douleurs qui peuvent être extrêmement intenses; quelquefois ce sont des élancements, mais le plus souvent les malades se plaignent d'une sensa-

(1) Hahnemann. *Ueber Aroen-Vergiftung*, Leipzig, 1786.

tion de broiement très pénible, siégeant principalement dans les articulations tibio-tarsiennes et tarso-métatarsiennes.

Un des malades de M. le docteur Dubrandy disait : « J'ai dans les mollets, à la plante des pieds, des bêtes, des chiens qui me rongent la peau. » Un enfant de neuf ans disait : « J'ai des papillons qui me courent dans le dos. »

Chez presque tous, à un certain moment, le frottement des couvertures du lit, sur les pieds et les jambes, est tout à fait insupportable.

La *sensibilité générale* n'a subi, chez aucun des malades soumis à notre observation, d'altération très notable. Nous n'avons pas trouvé d'anesthésie véritable, mais la diminution de la sensibilité est souvent assez prononcée, surtout aux membres inférieurs, notamment aux pieds. Les malades perdent la notion exacte de la résistance du sol sur lequel ils marchent; la piqûre est moins nettement sentie, les simples attouchements, les pressions légères peuvent même n'être pas perçues du tout.

Aux membres supérieurs les troubles de la sensibilité ont également été constatés; chez plusieurs malades, ils ont été assez prononcés pour qu'ils ne pussent garder dans leurs mains les objets dès qu'ils en détournaient les yeux.

Aucun des malades du Havre n'a eu de troubles des sensibilités spéciales, vue, ouïe, olfaction, goût. M. le docteur Dubrandy a noté, chez un maçon de quarante ans, une double cataracte devenue complète en trois mois. Il la considère comme d'origine toxique.

Les sécrétions, notamment celles de la peau, semblent avoir été augmentées, surtout chez les malades jeunes. Herpe, dix-neuf ans, Schubert, dix-sept ans, un malade de M. le docteur Dubrandy, âgé de neuf ans.

L'anaphrodisie a été presque constamment signalée par nos malades.

IV. Paralysies. — Dans l'étude de ces accidents, nous avons été aidés par M. le docteur Marie, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté, ancien chef de clinique de M. Charcot. Son instruction spéciale nous a permis, avant que les autopsies n'eussent révélé la véritable cause des accidents du Havre, d'éviter un certain nombre de causes et d'affirmer leur nature toxique. Ces paralysies ont déjà été fréquemment signalées, notamment par Imbert Gourbeyre, mais celui-ci n'a pas bien vu l'ordre dans lequel apparaissent les divers accidents, et l'analyse des symptômes paralytiques peut actuellement être poussée plus loin.

Les troubles moteurs surviennent plus tard que les précédents. Parfois, quand l'intoxication est peu profonde, ils font défaut ou n'existent qu'à l'état de vestige.

Ils débutent par un certain degré d'affaiblissement musculaire, puis la parésie augmente, le malade se fatigue beaucoup plus vite, il monte difficilement les escaliers, son entourage remarque qu'en marchant il « jette les jambes », non pas latéralement en fauchant, mais droit devant lui de haut en bas et en avant : en un mot *il steppe*.

Puis vient un moment, où la paralysie augmentant toujours, le malade ne peut plus marcher, il se traîne alors, se tenant aux meubles, ne pouvant rester debout sans s'appuyer sur quelque chose, sinon, pour garder son équilibre, il est obligé de piétiner sur place indéfiniment.

Quand la paralysie est suffisamment accentuée, on voit, le malade étant assis, le pied pendre en continuant presque la ligne droite qui passe par le bord antérieur du tibia; il est flasque, et, dans un cas, le malade pouvait l'agiter en « jambe de polichinelle ».

Il semble que la paralysie débute par l'*extenseur commun des orteils*. En tous cas, c'est dans ce muscle qu'elle persiste le plus longtemps, les autres muscles de la région antéro-externe sont atteints aussi avec une prédilection toute particulière (*jambier antérieur, extenseur propre du gros orteil, long et court péroniers latéraux*).

Quant aux muscles de la région postérieure de la jambe, les *fléchisseurs des orteils* sont, eux aussi, assez fortement atteints. Les *jumeaux* et le *soléaire* sont, au contraire, beaucoup mieux conservés; à la cuisse, nous n'avons constaté d'affaiblissement que sur la partie inférieure du *vaste interne* et du *vaste externe*, mais non sur le *droit antérieur*.

Il est bon de remarquer que tous les muscles où la paralysie est un peu prononcée subissent une *atrophie* assez notable.

Les muscles du pied, proprement dits, sont parmi les plus atteints, le *pédieux* n'a plus l'ombre de contractilité volontaire; il en est de même pour les muscles *interosseux* et les *muscles propres de la plante du pied*.

Les *membres supérieurs* ne se prennent que plus tardivement et non chez tous les malades; ici encore, ce sont les *extenseurs des doigts*, et notamment l'*extenseur commun*, qui sont tout spécialement atteints.

Les *muscles de la face* et les *sphincters* semblent avoir toujours été indemnes.

Au point de vue de leur excitabilité, soit à la percussion, soit à l'électricité, les muscles paralysés se comportent ainsi qu'il suit :

A la *percussion*, leur excitabilité est manifestement exagérée dès qu'on les frappe, soit avec le marteau, soit avec le doigt; ils se contractent très visiblement et déterminent, au point de leur insertion mobile, un mouvement d'une amplitude appréciable.

A l'*électricité*, sur un certain nombre de muscles, notamment le *jambier antérieur*, l'*extenseur commun des orteils*, etc., la contractilité *faradique* (même avec superposition des bobines) est complètement abolie; sur les muscles moins atteints, elle est seulement diminuée. Quant à la contractilité *galvanique*, nous ne l'avons trouvée disparue sur aucun des muscles que nous avons examinés; mais le nombre des éléments à employer doit être assez considérable pour obtenir des contractions qui, en général, sont plutôt lentes et assez peu développées. L'inversion des formules est, en somme, assez rare, mais elle se montre avec une régularité frappante sur deux muscles, toujours les mêmes : l'*extenseur commun des orteils* et le *vaste interne*. Dans le premier de ces deux muscles, nous avons, chez les quatre malades sur lesquels a été fait l'examen électrique, constaté que An SZ est plus grand que Ka SZ; il en était de même pour le vaste interne chez trois de ces malades (Perrotte seul faisait exception).

Sur quelques autres muscles, l'inversion de la formule n'était pas complète, mais il existait une certaine modification de celle-ci; c'est ainsi, par exemple, que An SZ se montrait égale à Ka SZ.

Jamais nous n'avons observé que les secousses d'ouverture se produisissent anomalement, précoces ou intenses. En règle générale, les secousses musculaires déterminées par l'excitation galvanique directe ont été plutôt un peu lentes; sur aucun muscle nous ne les avons vues se produire avec une rapidité anomale.

Par l'*excitation indirecte des troncs nerveux*, on constate que, faradiquement, les contractions ne se manifestent pas absolument sur tous les muscles innervés par ces nerfs, tandis que, galvaniquement, l'excitation des mêmes troncs nerveux est suivie d'une secousse dans la totalité de ces muscles; ce fait est donc d'accord avec ce que laissaient prévoir les résultats de l'examen direct des muscles eux-mêmes.

Au point de vue des *réflexes*, on note une absence constante des *réflexes tendineux* au niveau des membres inférieurs. (Chez Perrotte dont la guérison est presque complète, les réflexes rotuliens sont revenus, mais le réflexe du tendon d'Achille fait encore défaut.) En ayant recours au procédé de Jendrassik, il a été impossible de faire reparaître le réflexe rotulien chez aucun des malades qui l'avaient perdu.

Les *réflexes cutanés* semblent moins atteints, le réflexe plantaire était certainement très affaibli, mais existait, cependant, encore chez plusieurs des malades; quant aux réflexes crémastérien et abdominal, ils avaient une intensité normale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 25 septembre 1889, l'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu, au siège des Écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 28 octobre 1889.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 19 octobre, à quatre heures.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions, qui auront subi avec la note *bien* les examens de fin de première et de deuxième année et l'examen semestriel ;

2° Les pharmaciens de première classe aspirant au diplôme supérieur.

Les candidats pourvus du grade de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ce grade avec la note *bien*, peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Ledru, professeur de clinique externe, est nommé, pour trois ans, à partir du 20 septembre 1889, directeur.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Givois, licencié ès sciences naturelles, pharmacien de première classe, chargé des fonctions de préparateur de physiologie, est nommé préparateur de physiologie.

M. Rigollot, délégué dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de physique, est nommé chef des travaux.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Galavielle, licencié ès sciences naturelles, délégué dans les fonctions de préparateur de botanique, est nommé préparateur de botanique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nos lecteurs n'ont pas oublié l'intéressante communication que MM. Cadéac et Meunier ont faite à l'Académie, dans l'une de ses dernières séances (1).

Suivant ces auteurs, la liqueur d'absinthe n'était dangereuse que par quelques essences accessoires qu'elle contenait; l'essence d'hysope, les essences de fenouil, et surtout celles d'anis et de badiane, étaient, d'après ces expérimentateurs, les seules coupables des méfaits produits par la liqueur d'absinthe. Quant à l'essence d'absinthe elle-même, il n'y avait point d'éloge que n'en fissent ces auteurs, et leur travail n'était qu'un long plaidoyer en faveur de l'essence d'absinthe.

M. Laborde vient aujourd'hui, dans un rapport des plus remarquables, de réduire à néant toutes les assertions de MM. Cadéac et Meunier.

Après avoir fait un choix minutieux parmi les échantillons d'essence d'absinthe, aidé en cela par M. Girard, le directeur du laboratoire municipal, le physiologiste bien connu a repris les expériences de MM. Cadéac et Albin Meunier. Il les a rigoureusement répétées, se mettant à l'abri de toutes causes d'erreur, et ses conclusions méritent d'être rapportées et bien notées. On les trouvera plus loin; ce rapport consciencieux, appuyé d'expériences répétées devant l'Académie de médecine, est un long réquisitoire contre la liqueur d'absinthe et l'essence d'absinthe, à laquelle la liqueur doit toutes ou presque toutes ses propriétés toxiques. Des applaudissements nombreux ont salué la lecture de ce travail qui flagellait, comme elles le méritaient, la liqueur d'absinthe et la terrible intoxication, qui fait de ses fidèles consommateurs une race de déchus et de dégénérés.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 947.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Fistule pyostercorale.

Nous avons, en ce moment, dans notre salle d'hommes, deux malades, qui sont venus réclamer nos soins depuis longtemps déjà et dont l'histoire pathologique est des plus intéressantes à connaître. Il s'agit de deux sujets atteints de fistule stercoro-purulente, ou mieux pyostercorale.

Le premier est un jeune garçon de seize ans, qui va et vient dans nos salles, comme s'il n'étaitpoint malade, et n'a pas du tout, d'ailleurs, l'aspect maladif malgré son affection.

Jusqu'à l'âge de dix ans, il s'est toujours très bien porté; à cette époque, il eut une fièvre typhoïde d'intensité moyenne et fut guéri, en apparence du moins, au bout de deux mois. Cependant, vers la fin de sa convalescence, on aurait constaté dans la région cæcale l'existence d'une tumeur, dont le volume variait, tantôt plus gros et tantôt moindre, plus ou moins dure et plus ou moins douloureuse, selon les moments. Cet état persista ainsi pendant deux ans.

En 1884, cette tumeur atteignit tout à coup la grosseur d'une orange; en même temps, la région devenait très douloureuse et forçait le malade à prendre le lit. Le médecin, appelé auprès de lui, aurait diagnostiqué une péritonite. Cependant, notre jeune garçon ne se souvient pas d'avoir eu des vomissements, du ballonnement du ventre, etc.; il n'a gardé le souvenir que d'une constipation opiniâtre.

En 1885 et 1886, la tumeur persista sans accroissement et sans que le malade en fût incommodé, et les choses restèrent en l'état, jusqu'à il y a environ un an, où se produisit une nouvelle poussée inflammatoire. Sous son influence, la tumeur acquit de nouveau un volume assez considérable, la peau devint rouge et s'amincit, puis se perfora au niveau du point culminant de la tumeur, laissant échapper par son ouverture un pus jaune clair, très abondant et d'odeur infecte. Aussitôt après les selles redevenaient faciles et normales. Mais la plaie par laquelle l'abcès s'était fait jour ne se fermant pas, restant fistuleux, le malade entra dans mon service. Ceci se passait il y a huit mois.

La fistule était assez petite, elle donnait issue chaque jour à quelques gouttelettes de pus sans la moindre odeur fécaloïde, sans traces de matières fécales; le malade me paraissait dans de bonnes conditions, et je crus alors pouvoir émettre provisoirement le diagnostic d'abcès consécutif à

la fièvre typhoïde, resté fistuleux, et je pensai qu'il suffisait de tenir le foyer purulent en parfait état de propreté avec un drain dans sa cavité pour en obtenir la guérison, d'autant plus que le pourtour de l'ouverture fistuleuse était rose et bourgeonnant. Il n'en fût rien, la fistule persista, bien que l'état général du malade fût très bon.

Trois mois plus tard, après une nouvelle exploration minutieuse du trajet, dont la longueur était d'environ 6 centimètres et la direction à peu près parallèle à la paroi abdominale, je fis, à l'aide d'un trocart, une contre-ouverture par laquelle je passai un drain dont l'extrémité opposée sortit par l'orifice primitif de la fistule. Grâce à cette petite opération, la suppuration diminua rapidement, elle cessa même presque complètement, de sorte que je pus retirer mon drain, avec la conviction d'une guérison des plus prochaines. Quelques jours plus tard même, la guérison paraissait obtenue.

Mais, encore une fois, il n'en devait rien être, et, il y a deux mois et demi, nous constations la formation d'une tuméfaction nouvelle : par l'orifice d'une petite fistulette nous voyons sortir un pus grumeleux, d'une odeur fétide, et accompagné d'un liquide fécal. Cette suppuration dura neuf ou dix jours, après quoi le trajet fistuleux parut se fermer de nouveau ; mais la guérison n'était encore qu'apparente, car, au commencement de ce mois, une nouvelle poussée inflammatoire s'est produite ; le pus, un pus fécaloïde, s'est fait jour de nouveau au dehors pendant plusieurs jours, pour cesser seulement la semaine dernière.

Telle est l'histoire de ce premier malade qui, à plusieurs reprises, nous a donné l'illusion d'une guérison enfin obtenue, guérison chaque fois suivie d'un réveil des phénomènes inflammatoires.

Quant au second malade, c'est un jeune homme de vingt-trois ans qui s'était toujours très bien porté, lorsqu'il fut atteint, il y a deux ans, d'une typhlite pour laquelle il fut transporté à l'Hôtel-Dieu. Il en sortit guéri au bout de deux mois. Mais, six semaines plus tard, il est repris de sa typhlite, accompagnée cette fois de pérityphlite, et il entre dans le service de M. Féréol qui, après l'avoir gardé quelque temps, me l'adresse, l'état local qu'il présente alors, étant beaucoup plus du ressort de la chirurgie que de la médecine.

En effet, il existait, dans la région cæcale, une tumeur inflammatoire ; pendant les cinq mois qu'à cette époque le malade resta dans ma salle, cette tumeur fut assez fréquemment le siège de poussées inflammatoires successives, d'une tuméfaction augmentant notablement de volume pendant quelques jours, pour disparaître subitement, comme si la tumeur, une fois remplie de nouveau, se vidait à un moment donné dans l'intestin. Cependant, l'examen des selles n'y fit jamais découvrir, à cette époque, aucune trace de pus.

Au mois d'avril de l'année dernière, ce malade, fatigué d'un aussi long séjour à l'hôpital, nous quittait assez amélioré, mais non guéri, et se soignait chez lui. Pendant les mois qui suivirent, il vit survenir, toutes les quatre ou cinq semaines, de nouvelles poussées aiguës, durant quelques jours pour s'éteindre d'elles-mêmes, et les choses allèrent ainsi jusqu'à il y a cinq mois environ.

A cette époque, une poussée inflammatoire plus forte que les autres s'étant produite, accompagnée de rougeur, chaleur et tension de la peau, le malade se décida à entrer de nouveau dans nos salles. Cette fois, un abcès bien manifeste s'était formé, s'accompagnant de phénomènes généraux et, quinze jours plus tard, il s'ouvrait de lui-même à l'extérieur au niveau de la région cæcale et donnait issue à un verre de pus environ. Depuis lors, l'ouverture est restée fistuleuse et laisse écouler un liquide purulent et fécaloïde; depuis lors aussi, nous assistons de temps en temps à des poussées inflammatoires, la peau devient rouge, tendue, la région est douloureuse.

Actuellement, on sent, au niveau du foyer purulent, une sorte d'induration persistante de la paroi abdominale, manifeste surtout et dans une plus grande étendue au-dessus qu'au-dessous de la fistule, située à peu près sur le milieu d'une ligne qui s'étendrait de l'épine iliaque supérieure et antérieure droite à l'ombilic. La peau qui recouvre l'induration a cet aspect chagriné auquel on a donné le nom de peau d'orange, aspect nullement caractéristique et qui n'est dû qu'à l'existence d'un certain œdème cutané. Au-dessous et à l'entour, les téguments sont parfaitement souples. Lorsqu'on cherche, à l'aide d'une légère pression, à déprimer la peau dans le voisinage de la fistule, on fait sourdre un peu de pus mélangé de matières fécales. Par contre, les selles ne renferment jamais de pus. Enfin, le trajet fistuleux est étroit, sa direction correspond à l'induration et sa longueur est de 5 centimètres en haut et 1 centimètre à 1 centimètre et demi environ en bas. J'ajoute que, chaque fois qu'on enlève le pansement qui recouvre la fistule, on y trouve un pus fécaloïde, et que chaque exploration du trajet amène également du pus et de la matière fécale.

Néanmoins, et malgré les hauts et les bas survenus chez ce malade, son état général est bon ; il est seulement un peu pâle, un peu maigre et d'apparence délicate.

En résumant l'histoire pathologique de ces deux malades, on voit combien sont tenaces ces fistules intestino-cutanées, combien peu il faut compter sur leur guérison spontanée, même après des années d'attente et de patience, et l'on arrive à se convaincre rapidement de la nécessité d'un traitement chirurgical.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Étiologie du froid et étiologie parasitaire de la pneumonie aiguë.

L'état du malade atteint de pneumonie adynamique, qui a fait l'objet de ma dernière leçon (1), a été en empirant graduellement sans qu'aucun phénomène nouveau, cependant, se fût produit. Pendant les deux jours qui ont suivi cette leçon, la température a oscillé entre 39°6 le matin et 39°8 le soir.

Lundi matin — le troisième jour — cette température s'est abaissée de près de 1 degré (38°8), et si nous eussions été assez aveugles pour ne considérer que cet abaissement, nous eussions pu croire au commencement de la défervescence; mais, en même temps qu'il se produisait, l'ensemble du malade s'aggravait, le facies était de plus en plus grippé, la respiration plus gênée, l'hépatisation en bloc occupait plus des trois quarts du poumon gauche et sa pneumonie en était au douzième jour. Bref, le malade présentait tous les signes d'une mort prochaine, et, de fait, il succombait dans la soirée du même jour.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 994.

L'autopsie a confirmé absolument notre diagnostic : hépatisation grise occupant presque toute la hauteur du poumon gauche; exsudations très molles et très souples sur les deux feuillets du péricarde, bord libre de la valvule mitrale frangé.

J'ai dit, à la fin de ma leçon de samedi, que nous avions trouvé, dans les crachats, des pneumocoques caractéristiques. Ceci est la règle; mais ce qui est beaucoup plus intéressant, ce sont les faits sur lesquels je veux appeler maintenant toute votre attention.

Plus nos connaissances se complètent et se perfectionnent en ce qui concerne les microbes de la pneumonie, plus nous nous trouvons forcés de revenir aux données classiques relatives à l'étiologie de cette affection.

Quand il fut avéré, grâce aux travaux de Friedlander, d'abord (1881), et de Frænkel, ensuite (1884), que la pneumonie était une maladie à microbes, dans tous les cas, et réalisant toutes les conditions voulues pour constituer une espèce pathogène, on en arriva aussitôt à cette conclusion hâtive et erronée, que la pneumonie était une maladie d'origine extrinsèque dans tous les cas, c'est-à-dire résultant de la pénétration dans l'organisme de microbes extrinsèques. Par suite, on nia absolument cette condition étiologique séculaire, c'est-à-dire l'influence du froid, pour n'admettre, je le répète, que la pénétration dans l'organisme de microbes venus du dehors comme pour d'autres maladies infectieuses, telles, par exemple, que les fièvres éruptives.

Pour moi, j'ai maintenu comme incontestable l'influence du froid, influence absolument prise sur le fait dans certaines observations bien complètes. Dans une communication que je fis à l'Académie des sciences, le 25 avril 1887, sur la pneumonie aiguë, je relatais deux faits que j'avais observés et dont l'étude me permettait d'établir la valeur réelle de ces deux propositions : 1° le refroidissement n'est pas une cause efficace de pneumonie; 2° la pneumonie a une cause unique, savoir, la pénétration accidentelle dans l'organisme de microbes spécifiques venus du dehors.

En effet, nous savons, de par l'observation, qu'on peut constater la présence du microbe pneumonique dans la salive d'individus en parfaite santé; or, dans les deux cas que j'avais observés, l'explosion rapide de la pneumonie ne permettait pas d'admettre une pénétration microbienne contemporaine du refroidissement et, par suite, je me trouvais autorisé à conclure que ces deux cas relevaient de l'infection *intrinsèque*. Les pneumocoques n'étaient pas venus du dehors, ils n'étaient pas entrés dans l'organisme au moment où il avait subi l'action du froid; ils existaient préalablement chez mes deux malades; tant que la santé avait été parfaite, ils étaient restés innocents; la perturbation résultant du refroidissement en avait permis la diffusion et la prolifération. De là, cette conséquence que la condition génératrice primordiale de la pneumonie aiguë, dans ces deux cas, avait été le désordre produit dans le poumon par l'influence du froid.

Mais ce n'est pas seulement le microscope qui a décelé la présence du microcoque de la pneumonie dans la salive normale, ce sont aussi les inoculations pratiquées avec ce microcoque, qui, dans 85 cas, ont donné une proportion de 15 p. 100 d'inoculations fertiles. Ce fait, dont la connaissance est postérieure aux premiers travaux sur la matière, ne permet plus de soutenir l'étiologie extrinsèque constante de la pneumonie; il réduit de beaucoup le rôle qu'on a voulu faire jouer prématurément à la contagion dans la pneumonie.

Ce premier progrès dans nos connaissances microbiennes a été suivi d'un autre que nous devons à Frænkel et à Wolff, puis aux recherches complémentaires de M. Netter. En effet, Frænkel et Wolff ayant démontré que, chez des individus guéris de pneumonie, on retrouvait encore, pendant un certain temps, des pneumocoques; mon ancien chef de clinique s'est demandé, à son tour, pendant combien de temps leur persistance pouvait se maintenir, pendant combien de temps ces microbes étaient pathogènes, c'est-à-dire qu'ils avaient le pouvoir de redonner la pneumonie par inoculations; enfin, si cette action pathogène était la même à toute date après la guérison. Voici les résultats de ces nouvelles recherches.

Oui, les pneumocoques sont pathogènes après la guérison de la pneumonie, mais leur action n'est pas la même à toute date. Cette action peut durer pendant *onze ans*. Le microbe de la pneumonie trouvé dans la salive après guérison est inoculable, et reproduit l'infection pneumonique dans 60 cas sur 100. Cette inoculabilité a eu lieu dans les proportions suivantes : 37,5 p. 100, à la fin de la deuxième semaine; 12,5 p. 100, à la fin de la troisième; 64,3 p. 100, à la fin du premier mois; 60 p. 100, à la fin du deuxième et du troisième mois; 100 p. 100, à la fin de la première année; 83 p. 100, à la fin de la deuxième année; 60 p. 100 de la sixième à la onzième année.

Ces chiffres viennent éclairer d'une vive lumière l'interprétation des rechutes et récidives de la pneumonie, et paraissent montrer que tout individu guéri de pneumonie peut rester pneumonique de par sa salive, pour ainsi dire, pendant toute sa vie, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la contagion, pour expliquer le développement d'une nouvelle pneumonie chez le même sujet, d'invoquer l'infection intrinsèque, la maladie se produisant par auto-infection.

Ces expériences de M. Netter confirment également la proposition que je formulais, il y a deux ans, à propos d'une femme guérie d'une endocardite infectieuse et succombant, deux mois plus tard, à une tout autre affection absolument étrangère à la première, et chez laquelle l'examen cadavérique décelait la présence dans divers organes (endocarde, rate, etc.) des microbes de cette endocardite, parfaitement inoculables. Or, si ces microbes sont restés innocents, disais-je alors, cette femme étant guérie de son affection première, il faut admettre dans l'organisme une capacité modificatrice rendant innocents lesdits microbes, capacité qui est la condition *sine qua non* de la guérison, d'où je conclus que la guérison n'implique pas la disparition mais seulement l'innocuité de ces microbes.

Et, pour en revenir à la pneumonie, j'ai le droit de dire que, dans un très grand nombre de cas, l'agent de cette maladie est l'auto-infection. Ce qui vient encore à l'appui de cette proposition, c'est que c'est au moment le plus rapproché de la défervescence que l'action pathogène des pneumocoques est la moins marquée (12 p. 100), alors que ceux-ci sont en plein sous l'influence modificatrice de l'organisme, capable de les rendre innocents pour les malades et pour leur entourage.

Tels sont les faits qui découlent, nécessairement, des importantes recherches de M. Netter.

Nous voyons donc que, à mesure que nos connaissances microbiennes se sont complétées, force est de revenir à la

doctrine étiologique ancienne, qui voit dans l'organisme une action intrinsèque pour un très grand nombre de cas et extrinsèque pour le plus petit nombre, et que, le plus souvent, il s'agit, en réalité, d'une auto-infection.

J'ajoute que la pneumonie ne me paraît pas être la seule maladie présentant ces conditions particulières touchant le microbe ; il en est d'autres, telles, notamment, que l'endocardite infectieuse, qui résulte aussi d'une auto-infection, telles aussi, probablement, que l'érysipèle.

J'ajoute encore, que bien certainement on devra, et avant peu, diviser en deux classes les maladies infectieuses où la présence de microbes a été dûment constatée, suivant que le microbe pathogène est ou non rencontré dans l'organisme sain.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er octobre 1889. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de MM. Montané et Duponchel, médecins-majors, sur les épidémies au 50e régiment d'infanterie, pendant l'hiver et le printemps 1888-1889 et, en particulier, de la pneumonie infectieuse et contagieuse.

2° Une note de M. Bobrie (de Cozes) sur les « oreillons ».

3° Une lettre de M. Sandras (de Paris) relative à un cas de vaccination intensive produite avec du vaccin de génisse.

RAPPORT

Liqueur d'absinthe. — M. LABORDE. MM. Cadéac et Albin Meunier ont prétendu que la liqueur d'absinthe ne doit ses propriétés toxiques qu'aux essences secondaires qui entrent dans sa composition et, en particulier, aux essences d'anis et de badiane.

Leurs conclusions sont absolument erronées. Si l'on injecte 1 gramme d'essence d'absinthe à un cobaye, cinq minutes après l'animal est pris d'une violente attaque épileptique, qui ne cesse qu'à la mort de l'animal.

L'injection d'une même quantité d'essence d'anis et de badiane laisse le cobaye légèrement somnolent, mais tranquille et sans agitation ; même à dose plus forte, l'essence d'anis est encore moins toxique que l'essence d'absinthe. C'est ainsi qu'en injectant 3 grammes dans les veines d'un cobaye, on ne détermine pas d'accidents convulsifs, mais seulement de la somnolence, de la faiblesse dans les membres postérieurs, ce qui gêne la marche de l'animal. Si la dose a été très forte, la torpeur s'accentue et le cobaye meurt au bout de vingt-quatre heures, mais sans avoir présenté de convulsions à aucun moment.

Ces résultats, différents de ceux auxquels sont arrivés MM. Cadéac et Albin Meunier, tiennent à plusieurs causes.

Tout d'abord, la méthode expérimentale des auteurs précités est défectueuse à plusieurs points de vue :

Ils ont associé à leur essence des huiles dont les gouttelettes ont pu déterminer des embolies ; de plus, en choisissant la veine jugulaire interne au lieu de la veine saphène, ces auteurs se sont mis dans de mauvaises conditions expérimentales ; enfin et surtout, MM. Cadéac et Albin Meunier n'ont pris qu'une variété d'essence d'absinthe. Or, ces essences sont très variables, d'une contrée à l'autre, d'un pays à l'autre, et même d'un fabricant à l'autre.

C'est ainsi que l'essence d'absinthe algérienne est absolument inoffensive. La plante dont elle est tirée ne ressemble en rien à la véritable absinthe, et les animaux en supportent des quantités considérables en injections sans être incommodés. C'est ce qui explique la quantité énorme d'absinthe, que quelques-uns de nos soldats d'Afrique peuvent ingérer impunément. Mais si, trompés par cette bénignité, ils reviennent en France et continuent l'usage de l'absinthe, ils deviennent rapidement intoxiqués et « absinthiques ».

Les essences commerciales, dites d'absinthe, étant très variables, on comprend pourquoi les résultats expérimentaux sont eux-mêmes très variables. Pour éviter toute méprise, M. Laborde s'est adressé à M. Girard, le directeur du laboratoire municipal, et, grâce à son intermédiaire, il a pu opérer sur de l'essence *normale* d'absinthe.

Cette essence est extraordinairement toxique, et c'est le cas de dire, en présence de cette toxicité terrible, qu'il est préférable que l'acheteur soit trompé sur la qualité de la marchandise et ne fasse usage que de liqueurs de qualités inférieures ; car, on ne saurait trop le répéter, l'essence d'absinthe pure et rectifiée, celle qui sert d'étalon pour les dosages chimiques, est un poison presque foudroyant.

Les expériences de M. Laborde ne font, d'ailleurs, que confirmer les travaux que M. Magnan a communiqués à l'Académie il y a longtemps déjà. Aussi, fort de ses expériences, il nie d'une façon absolue que des chiens puissent supporter l'injection intraveineuse de 75 centigrammes d'essence d'absinthe, comme l'ont prétendu MM. Cadéac et Meunier. A la dose de 20 centigrammes et souvent même de 5 centigrammes, des chiens de 15 kilogrammes ont des attaques épileptiformes des plus caractérisées.

Il faut également tenir en suspicion les doses énormes de 7 à 8 grammes, tolérées en ingestions stomacales chez les chiens, étant donné la facilité avec laquelle ces animaux rendent, par le vomissement, les substances qu'on leur a fait ingérer avec la sonde œsophagienne.

La dose de 14 grammes, qu'on aurait pu impunément injecter dans la veine jugulaire interne d'un cheval de 500 kilogrammes, est encore une dose par trop considérable ; 6 grammes constituent une dose suffisante pour déterminer des phénomènes épileptiformes intenses, qui, d'ailleurs, se sont manifestés dans des expériences de Bouley, après l'administration d'un seul gramme d'essence d'absinthe.

Les vapeurs mêmes sont toxiques au plus haut point ; jamais, d'après MM. Cadéac et Albin Meunier, elles ne détermineraient d'ivresse, et, chez les animaux en expérience, on ne constaterait qu'une excitation légère et une gaîté véritable. L'expérience suivante contredit nettement cette assertion :

Si l'on met, sous une cloche bien aérée, un cobaye du poids de 500 grammes environ, et que, sous cette cloche, on place une éponge imbibée de 4 grammes d'essence d'absinthe, une heure après la mort arrive constamment. Or, jamais les autres essences, contenues dans la liqueur d'absinthe, ne produisent un pareil résultat.

Aussi, M. Laborde ne conseille pas aux expérimentateurs de renouveler les tentatives de MM. Cadéac et Meunier et d'ingérer, plusieurs jours de suite et à jeun, 2 grammes d'essence d'absinthe. Il est probable qu'avec l'essence véritable d'absinthe, les effets produits n'eussent pas été seulement ceux d'une ivresse agréable et légère.

Enfin, non seulement l'essence d'absinthe est variable, mais la liqueur d'absinthe elle-même varie dans sa composition. Chaque fabricant façonne, suivant ses goûts, la liqueur d'absinthe et associe les essences à des doses différentes. On peut dire qu'il n'y a pas une liqueur d'absinthe qui se ressemble ; dans les unes, l'essence d'absinthe domine, dans les autres, ce sont les essences d'anis et de badiane qui l'emportent, comme dans celle avec laquelle MM. Cadéac et Albin Meunier ont opéré. Or, M. Laborde s'est servi, dans ses expériences, de toutes les essences seules ou associées : toujours les effets convulsivants ont été nuls. C'est ainsi qu'il a pu injecter à un chien 2 grammes d'essences associées, sans produire le moindre phénomène convulsif, mais venait-il à ajouter une dose minime d'essence d'absinthe, 2 centigrammes par exemple, immédiatement survenait l'attaque épileptique.

C'est donc l'essence d'absinthe qui est l'agent convulsivant et

toxique par excellence dans la liqueur d'absinthe ; c'est donc elle qui joue le principal rôle dans l'absinthisme.

L'alcool de la liqueur d'absinthe, à moins qu'il ne soit impur et modifié par des essences, ou additionné de salicylate de méthyle, ne joue qu'un rôle fort minime dans l'intoxication absinthique.

M. Laborde propose donc les conclusions suivantes :

I. L'essence d'absinthe vraie est, de toutes les essences qui entrent ou peuvent entrer dans la composition de la liqueur d'absinthe, la plus toxique et, conséquemment, la plus dangereuse.

Elle seule est capable de produire l'attaque épileptique vraie.

Elle est et reste le type des convulsivants épileptisants, parmi les substances de cette nature d'origine végétale, ainsi que l'ont établi les travaux de Magnan, confirmés depuis par tous les expérimentateurs autorisés.

II. C'est donc une erreur capitale, scientifiquement et pratiquement, et de nature à égarer l'opinion publique, que d'attribuer le titre de *bienfaisant* et de *correctif* à la substance fondamentale qui imprime à la liqueur d'absinthe ses caractères toxiques les plus dangereux.

III. En principe, la liqueur d'absinthe, de même que toutes les liqueurs de cette sorte, dites « apéritifs », telles, par exemple, que le vermouth et le bitter, de même que l'alcool pur, et *a fortiori* les alcools non purifiés ou adultérés, constituent des poisons que condamne et réprouve l'hygiène.

Dans la pratique et à l'usage, les poisons sont d'autant plus violents et d'autant plus préjudiciables à la santé, que les substances qui les composent sont elles-mêmes, personnellement, douées de propriétés toxiques plus dangereuses par leur nature comme par leur intensité : telle est, par-dessus tout, l'essence d'absinthe, grâce à son action épileptisante.

IV. Le mot *absinthisme* est, en dernière analyse, et demeure le qualificatif vrai et approprié de cette action qui, avec l'action toxique de l'alcool, ou l'*alcoolisme*, constitue les deux grands ennemis, les deux grands fléaux de la santé publique et du développement de l'espèce ; ennemis auxquels il ne faut pas se lasser de déclarer et de faire la guerre.

En commençant la lecture de son rapport, M. Laborde fit devant l'Académie deux injections à deux cobayes, l'une avec 1 gramme d'essence d'anis, l'autre avec 1 gramme d'essence d'absinthe. Le premier cobaye ne manifesta aucun signe appréciable d'intoxication, le deuxième fut pris de convulsions épileptiformes des plus nettes et mourut avant la fin de la lecture, c'est-à-dire une demi-heure à peine après le début de l'injection.

LECTURE

M. CORLIEU lit un mémoire sur « l'Enseignement pratique au collège de chirurgie ».

L'Académie se forme en comité secret pour la lecture d'un rapport de M. Trasbot sur le prix Vernois.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Sur quelques-uns des symptômes de l'intoxication arsenicale chronique, sur les modes et la durée de l'élimination, hors du corps humain, de l'arsenic et de ses composés (1).

Par MM. les docteurs P. BROUARDEL et Gabriel POUCHET.

II

V. TERMINAISON. — La guérison est fréquente dans les formes d'intoxication, dont l'évolution permet de dissocier les diverses périodes comme à Hyères, au Havre. Elle est lente quand la paralysie a été bien constatée. Elle peut se faire attendre plus d'un an.

La mort survient le plus souvent par le cœur. Mme et M. Decamp ont eu, après une période d'accidents gastro-intestinaux, des accès de dyspnée, puis une syncope mortelle. Pendant les derniers jours de la vie de M. Decamp, MM. les docteurs Chauvel et Gilbert (du Havre) notent, d'abord, la présence d'un bruit de souffle au cœur, puis on n'entend plus qu'un seul des deux bruits. Aussi nos confrères admirent l'existence d'une endocardite de nature infectieuse.

La femme Morisse (née Colvin), en pleine période de paralysie, ayant quitté depuis six semaines la maison où s'ingérait le poison, meurt subitement à l'hôpital. L'autopsie ne révèle chez aucun de ces malades une lésion cardiaque valvulaire.

La mort peut survenir par un autre mécanisme. La quantité de poison ingérée peut n'être pas suffisante pour déterminer la mort dans les quelques jours qui suivent son absorption. Le poison peut même avoir le temps de s'éliminer ; mais les modifications anatomiques survenues dans les cellules hépatiques, rénales, et dans les fibres musculaires, survivent à sa présence et la mort en est la conséquence. Le processus peut se comparer à celui de l'intoxication alcoolique dans laquelle la mort survient par sclérose du foie ou du rein bien longtemps après que le dernier petit verre de cognac a été ingéré.

VI. MOYENS DE RECONNAÎTRE L'INTOXICATION ARSENICALE PENDANT LA VIE. — Lorsque le médecin se trouve en présence d'individus ayant des accidents cholériformes, analogues à ceux présentés par M. et Mme Decamp, ou des paralysies semblables à celles observées à Hyères et au Havre, alors même que le soupçon d'intoxication a traversé son esprit, il hésite. Avant de formuler un avis qui aboutira à la suspicion d'une des personnes qui entourent le malade, parfois, à tort, de celle qui est le plus troublée par le danger que court le patient, il faut presque toujours que des circonstances extérieures aux symptômes d'ordre médical le confirment dans ses opinions et lui fassent une conviction presque certaine.

Saisir les linges sur lesquels il y a des déjections ou des vomissements, est parfois difficile. Quand il y a un empoisonnement criminel, c'est presque toujours la personne coupable qui donne des soins à la victime. Mais nous avons quelques moyens plus usuels dans la pratique médicale et qui éveillent moins les soupçons.

Tout d'abord, le médecin doit faire analyser les urines. Il faut qu'il les recueille lui-même, pour éviter une substitution. Une observation qui, malheureusement, a passé presque inaperçue, nous fournit à cet égard de précieux renseignements.

En 1873, M. le docteur Gaillard (de Parthenay) adressait à la Société de médecine légale une observation dont voici le résumé (1). Une jeune fille de vingt-deux ans fut traitée pour un eczéma par la liqueur de Fowler. Le médecin avait fait l'étrange prescription suivante : Liqueur de Fowler, quinze gouttes matin et soir, pendant quinze jours ; quinze gouttes trois fois par jour, pendant quinze autres jours ; et enfin, vingt gouttes trois fois par jour, dose à laquelle on devait se tenir sans augmenter, — soit d'abord 15 milligrammes d'acide arsénieux par jour, puis 22 milligrammes, et enfin 30 milligrammes.

Les deux premières quinzaines se passèrent assez bien, mais dès que la malade voulut prendre les soixante gouttes ordonnées, elle eut des vomissements et dut renoncer au traitement.

M. le docteur Gaillard vit cette jeune fille, pour la première fois, le 25 novembre 1871. Elle avait cessé l'usage de la liqueur de Fowler depuis cinq semaines.

Cette jeune fille avait passé par les diverses phases décrites plus haut. Vomissements, crampes, douleurs dans les membres,

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1016.

(1) GAILLARD. *Bulletin de la Société de médecine légale*, t. III, 1873-1874, p. 249.

paralysie. La paralysie avait augmenté depuis que l'usage de la liqueur avait cessé.

M. Gaillard pria un pharmacien, M. Lamonski, de faire l'analyse des urines. Par l'appareil de Marsh, celui-ci reconnut la présence de l'arsenic; on en retrouva jusqu'au 5 décembre, c'est-à-dire quarante jours après que l'ingestion de l'arsenic avait cessé.

D'autre part, Dragendorff a démontré que l'arsenic se retrouve dans les urines quelques minutes après son ingestion.

L'analyse des urines ne présente pas de difficultés, et nous avons ainsi un moyen précieux de contrôler nos suspicions.

On peut, en outre, faire couper les cheveux, et nous rappelons que ceux de Mme Decamp (100 grammes) ont donné un anneau arsenical de 1 milligramme environ.

Si des soupçons s'éveillaient dans l'esprit d'un médecin, il pourrait, par conséquent, déterminer leur valeur par des analyses qui ne présentent aucune difficulté, et qui ne sont pas de nature à compromettre sa réputation en cas d'erreur.

Ces résultats, applicables en clinique, sont, d'ailleurs, expliqués par ceux que l'un de nous, M. G. Pouchet, a obtenus dans ses analyses chimiques.

VII. Répartition de l'arsenic dans le corps humain. — La possibilité de la substitution de l'arsenic au phosphore dans le tissu osseux avait porté M. Pouchet à penser que l'on pourrait trouver, dans l'analyse des os, un renseignement fort précieux au point de vue de l'intoxication arsenicale. Cette hypothèse, — déjà émise par Dragendorff et appuyée par lui de recherches dans lesquelles il démontra l'accumulation de l'arsenic dans les graines de certains végétaux croissant dans un terrain arrosé avec une solution faiblement arsenicale et la substitution de l'arsenic au phosphore dans ces mêmes graines, — cette hypothèse n'avait pas encore été vérifiée par des recherches sur l'homme ou les animaux. En 1879, au cours des débats de l'affaire Danval, il a institué des expériences sur des lapins et des chiens, afin de rechercher si l'arsenic se localisait dans le tissu osseux; quelques années plus tard, en 1884, à propos d'une autre intoxication arsenicale, il fut amené à rechercher si l'élimination se faisait par la peau et les poils.

Relativement au tissu osseux, les conclusions de ces expériences furent les suivantes : quel que soit le mode d'introduction de la substance toxique, ingestion gastro-intestinale, injection hypodermique ou intra-veineuse, l'arsenic s'accumule très sensiblement dans le *tissu spongieux des os* et s'y fixe de telle façon que sa présence peut être décelée dans les os du crâne et les vertèbres, notamment quelque temps après que toute trace du poison a disparu des viscères dans lesquels il se localise en plus grande quantité, tels que le foie.

Cette localisation dans le tissu spongieux des os est particulièrement nette et intense lorsque l'arsenic est absorbé par petites doses longtemps prolongées. Ainsi, tandis qu'à doses capables de déterminer en quelques heures des accidents manifestes d'intoxication, l'arsenic se retrouve en petite quantité dans les os riches en tissu compact (fémur, par exemple), il n'est plus possible d'en déceler la présence dans ces mêmes os, lorsque l'absorption du toxique a lieu par petites doses répétées, au point de ne déterminer aucun accident grave au début de l'administration : ce n'est plus alors que dans les os riches en tissu spongieux, crâne, vertèbres surtout, omoplate, que l'analyse permet de retrouver l'arsenic, et cela pendant un temps assez considérable après la cessation de l'introduction du poison dans l'économie. L'arsenic ainsi localisé est éliminé avec une grande lenteur et, sur un certain nombre d'animaux, on retrouve des traces nettement appréciables d'arsenic à l'appareil de Marsh, jusqu'à huit et dix semaines après la cessation de toute absorption arsenicale, les chiens et les lapins soumis à ces expériences étant placés dans les meilleures conditions possibles pour éliminer promptement et complètement la substance toxique. La recherche de l'arsenic, dans les différents viscères des animaux sacrifiés, conduisait à des résultats absolument négatifs, en général, à partir de la troisième semaine.

La localisation est beaucoup moins accentuée et l'élimination plus rapide lorsque l'arsenic est absorbé en quantité suffisante pour déterminer, dès le début, des accidents d'intoxication. Chez les animaux empoisonnés par des doses massives, on observe une sorte de diffusion générale de l'arsenic et le tissu osseux n'offre alors rien de particulier au point de vue de la localisation : on trouve de l'arsenic dans tous les organes.

L'expérimentation sur les animaux permet également de constater une élimination assez intense de l'arsenic par la peau et les poils sur les chiens et les lapins. Cette élimination paraît plus active encore par les poils que par la peau, et elle se produit même chez les très jeunes animaux encore à la mamelle et n'absorbant l'arsenic que par l'intermédiaire du lait de leur mère.

Ces conclusions, qui résultaient seulement jusqu'ici de l'expérimentation sur les animaux, ont été parfaitement confirmées par les nombreuses recherches toxicologiques faites au sujet des empoisonnements du Havre. La présence de l'arsenic, constatée dans les os du crâne, les vertèbres, la peau, les cheveux, les ongles des personnes ayant succombé à l'intoxication, doit faire ranger, parmi les faits définitivement acquis à la toxicologie humaine, la localisation de l'arsenic dans le tissu spongieux des os, ainsi que son élimination par les cellules épidermiques.

Il n'est pas sans intérêt, tant au point de vue toxicologique qu'au point de vue de la parenté chimique, de rapprocher cette localisation dans le tissu spongieux des os de l'arsenic ingéré à petite dose, de celle que l'on observe dans le même tissu et dans les mêmes conditions avec le phosphore.

Tels sont les résultats toxicologiques et cliniques que les récentes études que nous avons faites, M. G. Pouchet et moi, nous permettent de considérer comme utiles à faire connaître.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Corps de santé de la marine. — M. Bérenger-Féraud, directeur du service de santé à Toulon, est nommé président du conseil supérieur de santé à Paris, en remplacement de M. Gestin, retraité.

M. Barthélemy, directeur à Brest, passe en la même qualité à Toulon, en remplacement de M. Bérenger-Féraud.

M. Lucas, directeur à Lorient, passe à Brest, en remplacement de M. Barthélemy.

M. Martialis, nouvellement promu directeur, remplace à Lorient M. Lucas.

M. le médecin principal Kermorgant remplira les fonctions de secrétaire du conseil supérieur de santé à Paris, en remplacement de M. Gardies.

— Par décision ministérielle, en date des 20 et 29 septembre 1889, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Defos du Rau, pour l'hôpital du Gros-Caillou ; Alphant, pour le 1er régiment d'artillerie-pontonniers.

M. le médecin aide-major de première classe Delorme, pour le 4e zouaves.

— Par arrêté ministériel, une médaille d'honneur en argent a été décernée à M. le docteur Blanc, médecin sanitaire commissionné à bord du paquebot des Messageries maritimes le *Calédonien*; — s'est signalé dans l'accomplissement de ses fonctions, lors des cas de choléra survenus à bord de ce navire, pendant son voyage de retour de l'Indo-Chine en France, en juin 1889.

— Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a, sur la proposition de M. Proust, adopté les vœux suivants :

« Le Conseil renouvelle, instamment et d'une manière toute spéciale, le vœu qu'il a formulé à plusieurs reprises, de l'adduction, aussi rapide que possible, des nouvelles sources achetées par la Ville.

Il estime qu'il y a lieu d'insister auprès de l'administration

pour que les eaux de source actuellement amenées ne soient utilisées que pour l'alimentation. »

— Le préfet de la Seine vient d'informer le préfet de police que le Conseil municipal, sur le vœu du Conseil d'hygiène, a inscrit au budget la somme nécessaire à l'inspection médicale des écoles libres.

— Nous extrayons du décret sur les engagements volontaires et spéciaux, promulgué le 28 septembre 1889, les articles suivants qui intéressent les élèves de l'École du service de santé militaire :

« Art. 22. — Les jeunes gens nommés élèves de l'École du service de santé militaire souscrivent un engagement d'une durée de trois ans et s'obligent à servir pendant six années dans l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin aide-major de deuxième classe.

Art. 23. — L'engagement des élèves de l'École du service de santé militaire est souscrit à la mairie de l'un des arrondissements de Lyon;

Le contractant n'est assujetti à aucune condition d'âge autre que celles qui sont exigées pour l'admission à l'École. Il en justifie par la production du certificat d'admission. Il produit en outre :

1° L'extrait de son casier judiciaire;

2° Le certificat d'aptitude, délivré par le commandant du bureau de recrutement de la subdivision dans laquelle est contracté l'engagement.

Art. 24. — Les engagements sont souscrits pour l'une des armes de l'infanterie, de la cavalerie, de l'artillerie ou du génie.

L'autorité militaire désigne, au moment de la mise en route, le corps sur lequel les engagés sont dirigés :

1° S'ils n'obtiennent pas le grade de médecin aide-major de deuxième classe;

2° Si, une fois en possession de ce grade, ils ne servent pas dans l'armée active, pendant six ans au moins.

Dans l'un et l'autre cas, la durée de l'engagement de trois ans, souscrit à l'entrée à l'École, ne court que du jour de l'incorporation. »

— *Hôpitaux de Rouen.* — Un concours pour l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 5 décembre 1889. Les épreuves commenceront à trois heures précises à l'Hospice-Général, salle des séances.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Ed. Moinet, secrétaire-directeur des hospices de Rouen.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Garnier (de Rennes), Hette (de Bray-sur-Somme), Peybernès (de Bourges).

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Médecine opératoire.* — M. le docteur Delbet, prosecteur, assisté d'aides d'anatomie, fera, à partir du mardi 15 octobre 1889, une série de démonstrations opératoires suivies d'exercices pratiques.

Ce cours ne pourra comprendre plus de quarante-huit élèves.

Il est spécialement destiné aux étudiants que les circonstances obligent à passer prochainement leur examen pratique de médecine opératoire.

MM. les étudiants qui désirent suivre ce cours devront se présenter, à partir du 9 octobre, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, de une heure à quatre heures, au bureau du chef du matériel, qui leur donnera les renseignements nécessaires.

— Postes médicaux a prendre. — Aisne : s'adresser au maire d'Hirson. — Loiret : s'adresser au maire de Vitry-aux-Loges. — Oise : s'adresser au maire de Marienval.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la restauration des paupières.

Par le docteur E. VALUDE,
Médecin-adjoint à la Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts.

I

En traitant de la restauration des paupières, nous n'entendons pas parler des opérations employées à la cure de l'entropion ou de l'ectropion simple; il s'agit seulement des opérations qui ont pour but de rétablir la *forme* et les *fonctions* de la paupière en *rapportant à celle-ci une certaine quantité de peau* prise à des distances et en des endroits variables.

Bien que ces opérations plastiques remontent à un nombre d'années peu considérable, puisque les premières ont été exécutées au commencement de ce siècle par de Græfe le père et Dzondi, vers 1818, il est peu de sujets qui aient inspiré autant de travaux variés, et le nombre des procédés opératoires destinés à concourir à la restauration des paupières est déjà suffisant pour que le chirurgien ressente quelque difficulté à se déterminer pour l'un plutôt que pour l'autre.

La preuve convaincante de cette hésitation, nous la trouvons dans la dernière phrase d'une thèse toute récente, faite cependant à l'appui de la greffe palpébrale cutanée, dont nous nous occuperons tout spécialement au cours de ce travail. L'auteur, J. Hahn (1), après avoir tenté d'établir la supériorité de la greffe cutanée sur les autres méthodes de réparation des paupières, conclut ainsi : « La méthode de Wolfe ne peut s'appliquer à tous les cas, et le chirurgien choisira suivant les circonstances. Il lui faut peser le pour et le contre de chaque méthode, et, *après avoir essayé chaque procédé, s'en tenir au meilleur.* »

Impossible de laisser le lecteur dans une plus grande incertitude du parti à prendre, et si Hahn éprouve tant de difficulté à s'exprimer catégoriquement sur ce point, il faut en rendre responsables les auteurs qui, depuis quelques années, ont accordé toutes leurs faveurs à cette méthode de transplantation cutanée sans pédicule, méthode fallacieuse s'il en fut, ainsi que nous espérons le démontrer ultérieurement.

(1) J. HAHN. *Ueber transplantation ungestielter Hautlappen nach Wolfe mit Berucksichtigung der übrigen methoden*, In. Dissertation, Kiel, 1888.

Et, tout d'abord, énonçons en un court exposé les diverses méthodes opératoires qui, depuis le commencement du siècle, ont été successivement employées à la restauration des paupières (1).

A. MÉTHODE ANCIENNE. — Græfe, le premier qui a exécuté la blépharoplastie, avait eu recours à la méthode indienne, qui consiste à tailler un lambeau cutané au voisinage de la plaie par une torsion plus ou moins grande de pédicule. Junghen, Jobert, Blandin, taillaient leur lambeau de manière à ce que son pédicule retourné pût passer comme un pont au-dessus des téguments restés intacts au côté externe de la plaie d'avivement. Il était alors nécessaire de couper le pédicule au bout de quelques jours. Plus tard, du reste, Blandin et Aug. Berard adoptèrent la simple rotation, qui aujourd'hui est la règle de toute autoplastie par la méthode indienne. Malgré cette modification, toutefois, la torsion si considérable du pédicule dans cette méthode entraîne une certaine difformité à sa suite et restreint son application à quelques cas rares, que nous aurons à déterminer plus tard.

B. MÉTHODE ANCIENNE (DE CELSE) DITE MÉTHODE FRANÇAISE. — Cette méthode consiste à disséquer des lambeaux au voisinage de la paupière à restaurer et à les amener à leur nouvelle position, soit par l'effet de la simple dissection, soit à l'aide d'incisions libératrices de formes variées. A cette méthode se rattachent de nombreux procédés, parmi lesquels les plus connus sont ceux de Warthon Jones, d'Alphonse Guérin, de Dieffenbach et de M. Richet pour l'ectropion cicatriciel de la paupière inférieure. Cette méthode s'applique surtout, ainsi que nous le verrons, aux éversions peu considérables de la paupière inférieure.

C. MÉTHODE PAR PIVOTEMENT (DE DENONVILLIERS). — C'est une méthode qui constitue un intermédiaire heureux entre la méthode indienne et la méthode par glissement simple.

(1) L'historique de l'autoplastie en général ne saurait trouver place ici, mais on consultera avec le plus grand intérêt, à cet égard, le premier volume des *Mémoires de chirurgie* de M. Verneuil, et, plus spécialement encore, le livre de Zeis, *Die Litteratur und Geschichte der plastischen Chirurgie*, Leipzig, 1862, et *Nachtræge zur Litteratur*, Ibid. 1864.

Comme la méthode indienne, la méthode par glissement est susceptible de donner des lambeaux très grands, capables de réparer des surfaces très étendues; elle a donc les mêmes avantages. Mais, de plus, elle évite la torsion du pédicule que l'on se contente d'incliner; elle garde à ce pédicule plus de largeur, plus d'épaisseur, et assure ainsi plus de vitalité au lambeau; enfin elle permet d'obtenir presque toujours des cicatrices verticales remplaçant les plaies qui résultent de la formation des lambeaux. Étant établi que la méthode française ne demeure applicable qu'aux cas légers d'ectropion de la paupière inférieure, nous voyons M. Guyon, dans son article BLÉPHAROPLASTIE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, conclure que la méthode indienne, elle aussi, doit être complètement abandonnée pour la méthode par pivotement; et, dit-il, c'est en définitive à la méthode et aux procédés introduits dans la pratique par Denonvilliers, que l'on devra demander les moyens de mener à bien la restauration des paupières, dans tous les cas où l'ectropion cicatriciel est étendu ou compliqué.

Ce jugement doit conserver encore aujourd'hui toute son autorité.

D. GREFFE CUTANÉE SANS PÉDICULE. — Et cependant, malgré l'excellence de la méthode de Denonvilliers, qui se prête si aisément aux modifications exigées par les cas particuliers, cette méthode de blépharoplastie peu à peu fit place, dans les traités classiques et dans l'esprit des ophthalmologistes, à une méthode toute nouvelle qui repose sur l'innovation si curieuse de Reverdin, de la greffe épidermique. On connaît les premières communications de Reverdin à la Société de chirurgie, en 1869, et dans les *Archives générales de médecine*, en 1872. Peu après, le procédé fut perfectionné et on essaya de tailler des fragments plus épais, comprenant à la fois le derme et l'épiderme; c'est la greffe dermo-épidermique et la greffe en mosaïque de de Wecker. Enfin, on put arriver à greffer un lambeau cutané pris à distance et d'une grandeur égale à la totalité de la plaie à recouvrir. La première opération de ce genre fut pratiquée, à Paris, par M. Le Fort, en 1870 (1), et quelques années plus tard, un chirurgien anglais, Wolfe, érigea ce mode d'intervention en méthode véritable par la publication d'une seule observation d'abord, puis d'une série de faits destinés à étayer sa doctrine. Cette dernière circonstance peut faire comprendre, mais non toutefois excuser, que la restauration des paupières par greffe cutanée porte couramment à l'étranger et même, dans certains livres, le nom de méthode de Wolfe.

Un dernier procédé de greffe cutanée est celui de Thiersch, qui ne peut être applicable à la restauration des paupières que dans certaines conditions.

E. MÉTHODE ITALIENNE. — Nous avons conservé, pour la dernière, une méthode ancienne, presque inusitée, à cause de ses difficultés matérielles, bien connue toutefois, et qui remonte au XVI[e] siècle, au chirurgien Tagliacozzi. Celui-ci, comme on sait, soudait à la plaie à recouvrir un lambeau de peau pris au bras et attenant au membre par son pédicule. Le malade conservait cette situation jusqu'à réunion complète du lambeau, et, à ce moment-là seulement, le pédicule était sectionné. Cette méthode vaut qu'on l'étudie, et nous verrons que son utilisation est parfaitement réalisable.

II

La méthode de M. Le Fort ou de Wolfe est, de toutes celles que je viens d'énumérer, celle qui jouit peut-être de la plus grande faveur aujourd'hui. Il nous reste à rechercher la raison de cette faveur et nous aurons ensuite à en établir le mal fondé.

La pratique de la greffe cutanée est née : d'une part, des reproches adressés avec plus ou moins de motifs aux méthodes autoplastiques véritables, et une partie de ces reproches n'ont plus eu guère raison d'être depuis le moment où l'antisepsie a été appliquée avec toute la rigueur désirable; d'autre part, de la facilité très grande de cette opération, qui consiste à transplanter à la paupière avivée un lambeau de peau pris en un point éloigné du corps.

On a principalement reproché à la blépharoplastie par lambeau facial :

1° De laisser une seconde difformité bien plus considérable que la première, si la réunion vient à faire défaut et surtout si le lambeau tombe en gangrène, en totalité ou même partiellement;

2° De n'être pas réalisable si les environs de la paupière à restaurer sont constitués par du tissu de cicatrice d'une faible vitalité et difficile à travailler chirurgicalement;

3° De produire à la face des coutures, des plis cutanés qui sont autant de difformités choquantes ajoutées à la difformité première.

Parallèlement à ces inconvénients énumérés, les partisans de la greffe mettent en ligne les principaux avantages de celle-ci, qui sont :

1° Que l'inconvénient est presque nul si le résultat de l'opération est manqué; on en est quitte pour recommencer et il n'y a pas de terrain perdu;

2° Que la greffe cutanée est toujours réalisable avec la même facilité;

3° Qu'elle n'ajoute à la physionomie aucune difformité nouvelle.

Sur ce terrain même, on peut défendre la blépharoplastie par pivotement, et chacune des trois propositions précédentes peut être argumentée avec succès.

On est actuellement en droit, en effet, de ne plus redouter une désunion des lambeaux ou leur mortification dans la blépharoplastie, si l'on sait appliquer la méthode antiseptique avec rigueur et si le lambeau est assez épais, muni d'un pédicule assez large, bien nourri en un mot.

Mais c'est cette vitalité du lambeau qu'il serait en certains cas impossible d'obtenir, alors que le lambeau doit être pris dans le tissu cicatriciel voisin de la paupière, lorsqu'il s'agit d'une brûlure étendue et profonde de la face, par exemple. Il est évident qu'il est des cas où la taille d'un lambeau, au voisinage de la paupière, se présente entourée de beaucoup de difficultés ou même de dangers pour la conservation des parties; mais ces cas sont relativement rares, plus rares surtout que ne le considèrent les partisans convaincus de la greffe, et pour leur attribuer, justement, la part qui leur revient, on doit se reporter à la discussion

(1) LE FORT. Blépharoplastie par un lambeau complètement détaché du bras et reporté à la face, insuccès, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1872, 3e série, t. I. p. 39.

soulevée à la Société de chirurgie, en 1856 (1), à laquelle ont pris part Denonvilliers, Chassaignac, Michon, M. Verneuil, et qui a vidé le débat d'une manière générale. En voici les conclusions principales :

1° Lorsque le tégument cicatriciel est aminci, tendu, luisant, très sec, peu vasculaire, entièrement fibreux, adhérent aux couches sous-jacentes, ou séparé d'elles par un tissu cellulaire, très lâche et comme séreux, il ne faut pas s'en servir;

2° Si, au contraire, la cicatrice n'occupe que les couches superficielles d'un derme épais, si elle est doublée d'un panicule adipeux bien nourri, bien vivant, sans adhérences sous-jacentes, on peut sans crainte y tailler des lambeaux;

3° Alors même que les conditions anatomiques ne sont pas très favorables, on peut utiliser le tissu cicatriciel, mais seulement pour de très petits emprunts;

4° Le tissu cicatriciel est susceptible de se réunir par première intention au tissu analogue et aux tissus sains;

5° Les lambeaux cicatriciels sont exempts de divers inconvénients fréquents pour ceux qu'on taille dans les parties molles saines; ainsi ils restent plats, ne chevauchent pas au-dessus des parties ambiantes, et ne sont point exposés, comme les derniers, à se boursoufler, et à former des boudins, des bourrelets disgracieux;

6° Lorsque le visage a été largement défiguré par une cicatrice et qu'on ne répare qu'une partie de sa surface, les paupières, par exemple, il est avantageux, au point de vue de la beauté, d'employer un lambeau cicatriciel;

En effet, si le lambeau était formé de tissus sains, la nouvelle paupière ferait, avec les parties voisines, un contraste assez choquant.

On voit que ces conclusions de la Société de chirurgie établissent nettement les conditions, fréquentes en somme, dans lesquelles la taille d'un lambeau au voisinage sera possible pour les paupières. De plus, les deux derniers paragraphes, le dernier surtout, contiennent une réponse formelle à cet argument apporté par les partisans de la greffe que la taille d'un lambeau, à la joue et au front, ajoute une difformité nouvelle à celle de son existence.

L'apport d'un lambeau de peau éloigné et d'un aspect différent de la peau du visage, cicatricielle ou non, donne un aspect plus choquant encore; et quant aux cicatrices de la plaie d'emprunt, elles peuvent être réduites à peu de chose, soit par la réunion immédiate quand elle est possible, soit par une greffe cutanée (2), qui trouvera ici une application préférable à son emploi direct sur les paupières, pour des raisons que nous aurons maintenant à développer.

En effet, bien que les arguments invoqués contre la blépharoplastie puissent être facilement combattus, nous serions tout disposés à adopter la méthode de la greffe cutanée, pour sa facilité d'exécution et pour l'absence d'inquiétude qu'elle donne à l'opérateur, si celle-ci offrait une véritable garantie de succès. Mais là est le fond du débat et c'est sur ce point que portera tout l'effort de notre démonstration : la blépharoplastie par lambeau facial est capable de restaurer une paupière en lui restituant *sa forme et ses fonctions*; la greffe cutanée, appliquée au même but, donne souvent un résultat défavorable, en ce sens qu'elle ne rend pas complètement à l'organe *sa forme et ses fonctions*.

La raison de ce défaut de la greffe cutanée est tout entière dans un mouvement de retrait bien connu du lambeau transplanté, qui, après quelque temps, se trouve comme résorbé en plus ou moins grande partie. Tel lambeau qui, au moment de son application, mesurait 5 centimètres, qui n'en compte plus ultérieurement que 2, 1, même un 1/2 centimètre. Comme le lambeau rapporté ne peut être naturellement plus grand que la plaie d'avivement de la paupière, il en résulte que le retrait du lambeau entraîne une rétraction de cette paupière, d'où insuccès au moins partiel, et dans la forme, et surtout dans les fonctions de cette partie.

M. Monod, dans un très remarquable rapport à la Société de chirurgie sur cette question (1), considère, avec Zehender, que ce retrait constitue la pierre d'achopement de la méthode de greffe cutanée, et dans la discussion qui suivit le rapport de M. Monod, M. Berger (2) établit une comparaison du plus haut intérêt entre une greffe cutanée exécutée à la paupière gauche chez une malade et une blépharoplastie par la méthode italienne, pratiquée à l'œil droit de la même malade. La comparaison est toute au désavantage de la greffe et vient à l'appui de notre manière de voir sur la perte de l'intégrité des lambeaux transplantés. Chez la malade de M. Berger, le lambeau rapporté par la méthode italienne avait conservé son étendue, sa souplesse à son aspect normal, tandis que la peau greffée avait subi la résorption particulière à ces sortes de lambeaux.

Nous nous bornerons à rappeler l'ancienne opinion de Blandin, soutenue alors par Velpeau et Sédillot. Blandin disait expressément « qu'il y aurait folie » à considérer la greffe après séparation complète du pédicule comme un moyen admissible d'autoplastie.

Après des essais divers soutenus par toutes les ressources de l'antisepsie et de la technique moderne, cette opinion restera la bonne.

Les greffes, de quelque genre qu'elles soient, ne peuvent constituer la méthode de choix de restauration des paupières, étant impuissantes à prendre rang parmi les procédés d'autoplastie palpébrale; l'emploi de celle-ci doit être restreint à certains cas spéciaux.

Il nous reste présentement à déterminer les cas particuliers auxquels sont applicables les diverses méthodes que nous avons énumérées et rapidement exposées au début de ce travail.

III

1° Cas où la cicatrice est limitée a la paupière seulement. — Quand la paupière seule est cicatricielle et que les tissus du voisinage ont conservé leur intégrité, on peut établir, en principe, que toute greffe doit être proscrite. C'est au voisinage qu'on devra prendre le tissu nécessaire pour pratiquer une véritable autoplastie suivant la formule de Blandin.

Dans un cas particulier, s'il s'agit d'un sujet jeune, d'une jeune fille surtout, chez qui on recule à exécuter des coutures supplémentaires au visage, on pourra employer la

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1856, t. XVI, p. 549 et suiv.

(2) Landolt et Vialet (*Archives d'ophthalmologie*, janv.-févr. 1889) ont exécuté la greffe de Thiersch sur une plaie d'emprunt après blépharoplastie.

(1) Monod. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1881, p. 647 et suiv.

(2) Berger. *Idem*, 1881, p. 681.

méthode de blépharoplastie italienne sur laquelle nous aurons ultérieurement à nous étendre quelque peu.

Néanmoins, dans la grande majorité des cas, ici, c'est la blépharoplastie faciale qui devra avoir la préférence.

Deux mots seulement sur les différents procédés et leurs différentes applications.

A. *Ectropion total de la paupière supérieure.* — Le lambeau sera pris à la tempe et son pédicule sera inférieur, attenant à la région zygomatique ou à la joue même, suivant l'étendue nécessaire au lambeau [procédé de Denonvilliers (1)].

Nous ne pouvons qu'indiquer rapidement les divers temps de cette autoplastie : libération et dissection de l'ectropion; suture palpébrale (2); taille du lambeau suivant un patron d'une étendue supérieure à la plaie d'avivement et avec cette particularité nécessaire que le côté interne du pédicule doit coïncider avec l'extrémité externe de la plaie d'avivement; hématose parfaite du lambeau et de la plaie palpébrale. Enfin, suture soignée du lambeau et de la plaie d'emprunt de celui-ci, soit à la soie, soit au crin de Florence.

B. *Ectropion partiel de la paupière supérieure, côté externe.* — Ici le lambeau sera taillé de même que précédemment et appliqué par pivotement de la même façon; il sera seulement de moindre étendue.

C. *Ectropion partiel interne de la paupière supérieure.* — Cette forme d'ectropion se voit rarement. On pourra toujours, suivant la méthode de Denonvilliers, tailler un lambeau frontal avec pédicule tenant à la racine du nez et le rabattre par inclinaison ou pivotement dans la brèche de la paupière.

D. *Ectropion total de la paupière inférieure.* — Le lambeau (procédé de Denonvilliers) sera pris à la joue et son pédicule sera supérieur, attenant à la tempe. L'exécution sera identique à celle que nous avons indiquée plus haut.

E. *Ectropion partiel, externe, de la paupière inférieure.* — Cette forme d'ectropion est très fréquente, étant la conséquence des abcès scrofuleux de l'os malaire, aussi des procédés nombreux ont-ils été adoptés à la cure de cette affection. L'opération qui donnera encore le meilleur résultat sera toutefois la même opération de Denonvilliers, à court lambeau pris à la région malaire.

On pourra cependant utiliser, en pareil cas, le procédé connu de M. Richet, qui consiste dans un échange de lambeaux courbes.

F. *Ectropion partiel, interne, de la paupière inférieure.* — Cette forme d'ectropion, qui suit parfois les abcès ou les cautérisations profondes du sac lacrymal, est assez difficile à corriger. Si la simple suture palpébrale, aidée ou non d'un des procédés, d'ailleurs peu efficaces, du type de l'opération de Warthon Jones, ne suffit pas à relever la paupière ectropionnée, il faudra réparer la partie interne de la paupière inférieure à l'aide d'un petit lambeau frontal. Ce lambeau, taillé au niveau de la racine du nez et remontant vers le front, aura nécessairement son pédicule en bas vers l'angle interne de la paupière à opérer, et devra, non moins nécessairement, subir une torsion presque complète pour être amené à occuper la place d'avivement; ce sera une blépharoplastie qui s'écartera du procédé de Denonvilliers, pour appartenir plutôt à la méthode indienne. L'opération laisse après elle, pour toute difformité, un petit bourrelet, ou renflement cutané occupant l'angle interne de l'aile du nez; ce bourrelet est loin d'être aussi disgracieux et visible qu'on pourrait le supposer, et j'ai vu les meilleurs résultats de cette opération chez une jeune fille, alors que j'étais à l'Hôtel-Dieu, chef de clinique de M. Panas.

IV

2° Cas où la paupière et les parties voisines sont constituées par un tissu de cicatrice non adhérent. — Là, comme précédemment, et encore plus absolument même, la restauration par les greffes est proscrite. En effet, toute greffe, même réussie, aurait pour résultat de trancher, par son aspect de peau normale, sur les parties ambiantes, surface cicatricielle, constituée par un épiderme lisse, vernissé et sillonné de vascularisations fines apparentes.

Pour cette même raison, la méthode italienne, qui présente quelques applications dans les cas précédents, ne se trouve pas de mise ici, car la couleur blanche du lambeau transplanté ressortirait d'une façon désagréable sur les tissus du voisinage.

C'est donc à la si parfaite méthode de Denonvilliers, qu'on aura encore recours ici, avec toutes les modifications énoncées au précédent chapitre; on sait que le tissu cicatriciel non adhérent et vascularisé se laisse travailler avec la plus extrême complaisance (mieux que la peau normale) et que la réunion primitive est de la plus grande facilité. Les opérations de ce genre comportent donc un pronostic excellent.

Dans les cas où l'ectropion serait peu considérable, on pourrait se borner à relever la paupière ectropionnée en employant les procédés qui appartiennent à la méthode française, ou plutôt ancienne, et qui s'effectuent par glissement; on pourrait encore utiliser le procédé de Dieffenbach, l'échange de lambeaux, qui n'est qu'un des dérivés de la méthode. Ces diverses opérations, qui ne donnent que de faibles corrections, ne sont applicables qu'aux ectropions de la paupière inférieure et encore aux plus minimes.

V

3° Cas où la paupière ectropionnée est environnée de tissu cicatriciel impropre à la réparation. — Il est des cas où les parties voisines de la paupière à entamer ne sont constituées que par un tissu mince, invasculaire, adhérent intimement au squelette de la face. Ce tissu cicatriciel est impossible à travailler et à mobiliser; le serait-il, à la rigueur, que sa mortification en tant que lambeau serait certaine. En pareil cas, il est hors de doute que la réparation idéale, pratiquée à l'aide d'un lambeau pris au voisi-

(1) On sait que, d'une manière générale, l'emplacement du pédicule se détermine ainsi : pour la paupière supérieure, le pédicule est en bas, vers la joue; pour la paupière inférieure, il est en haut, à la tempe. Les pédicules tendent, en effet, à attirer les lambeaux et en même temps les paupières reconstituées dans leur direction, et, placés de cette façon, ils viennent naturellement et perpétuellement apporter un appoint à l'effet de la restauration palpébrale.

(2) Pour toute autoplastie, quelle qu'elle soit, l'opération de Mirault (d'Angers), la suture palpébrale, complète ou au moins partielle et médiane, *est absolument de rigueur.* Les paupières seront tenues fermées jusqu'à l'assouplissement absolu de tous les tissus de la région, et jamais moins de six mois.

nage, devient inutile à tenter. Il faut abandonner les méthodes d'autoplastie pour adopter celles de la greffe.

Et c'est ici que vont trouver leur emploi les divers procédés de greffe cutanée ou dermo-épidermique, dont je n'ai fait le procès au début de ce travail, que comme opérations applicables à tous les cas. Je reviens sur ma conclusion précédente : la greffe cutanée ne doit pas être une méthode de choix, mais elle reste une méthode de nécessité d'une utilité incontestable. Quand, donc, la face entière sera envahie par du tissu cicatriciel adhérent, on se trouvera très heureux de pouvoir prendre, soit au bras, soit à la cuisse, des lambeaux cutanés détachés par dissections (Le Fort, Wolfe), ou dermo-épidermiques enlevés au rasoir (Thiersch), pour en recouvrir les plaies résultant de l'avivement des paupières renversées en ectropion.

Comme précédemment et comme toujours, du reste, on pratiquera la suture des paupières. Mais ici, plus longtemps qu'en tout autre cas, les paupières devront rester réunies, car la peau voisine est cicatricielle, puis la greffe implantée deviendra, comme on sait, cicatricielle et se rétractera. Il résulte de ces circonstances, que les paupières resteront longtemps tiraillées et que désunies elles reviendraient en l'état d'ectropion. On s'opposera aussi longtemps que possible à cette récidive de l'ectropion, par le maintien de la suture.

Mais la greffe cutanée ne sera, nous insistons sur ce point, qu'un procédé de nécessité et qui ne comporte qu'un pronostic très incertain. Aussi, pour peu que l'on se trouve outillé de toutes manières pour pouvoir pratiquer une opération réellement difficile ou même compliquée et minutieuse, si surtout on peut compter sur la docilité des malades à accepter pendant quelques semaines une position notablement gênante, on se trouve mieux d'exécuter la blépharoplastie par la méthode italienne dont il nous reste à dire quelques mots.

VI

Nous avons vu, à la première partie de ce travail, que le chirurgien italien Tagliacozzi, qui vivait au XVI[e] siècle, avait imaginé de souder au visage (non pas aux paupières, mais au nez) un lambeau cutané pris au bras, et laissé pendant un temps plus ou moins long attenant par son pédicule ; quand on jugeait que la fusion du lambeau avec la peau du visage était parfaite, on sectionnait le pédicule qui le retenait au bras, et, par des opérations complémentaires, par un traitement consécutif minutieux, on cherchait à donner au lambeau brachial, transporté sur la face, la configuration d'un nez aussi bien fait que possible.

Cette méthode autoplastique, entourée de notables difficultés, tomba dans l'oubli, et ne fut reprise que longtemps après par Reneaulme de la Garanne en 1719, et au commencement de ce siècle par de Græfe, Dieffenbach et quelques autres, sans être, par aucun de ces auteurs, appliquée spécialement à la restauration des paupières.

La première observation de blépharoplastie italienne est due à M. Berger, et remonte à 1880 : un ectropion cicatriciel consécutif à un lupus avait été traité par cette méthode avec un plein succès. Le pédicule du lambeau fut coupé le vingt-deuxième jour, la paupière ainsi restaurée survécut et l'œil menacé put être définitivement sauvé (1).

(1) BERGER. *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, nouvelle série, t. VI, p. 203, 17 mars 1880.

A la suite de cette opération exécutée d'après la méthode de Tagliacozzi, ainsi remise en activité en France, nous relevons un fait de Lawson, en 1882, dans lequel une paupière inférieure fut réparée avec succès (1), puis un autre semblable présenté par Derby, en 1885, à la Société américaine d'ophthalmologie (2). Au cours de la discussion soulevée, au sein de la Société, par la présentation du malade opéré par Derby, Mittendorf fit même observer, avec éloges pour le résultat obtenu, que la méthode italienne offrait, sur le procédé de Wolfe, de grands avantages, en ce sens surtout que le lambeau transplanté ne subissait pas de rétraction et conservait son aspect de peau normale.

Nous retiendrons cette appréciation qui se trouve tout en faveur de notre argumentation précédente.

En 1889, au commencement de cette année même, une quatrième tentative de ce genre, également couronnée de succès, est due à V. Cereseto [de Gènes (3)]. Nous ne trouvons à reprendre, dans ce travail, que la dernière phrase, conçue dans un esprit bien connu en France, d'après laquelle l'auteur, faisant abstraction des faits publiés, prétendrait être le premier adaptateur de la méthode italienne à la réparation des paupières. M. Berger, on l'a vu, a précédé les chirurgiens italiens dans cette voie, et, du reste, depuis sa première opération, en 1880, lui-même a exécuté plusieurs fois la blépharoplastie par cette méthode. Nous avons même pu voir dans son service deux malades ainsi opérées de restauration palpébrale, mais il ne nous appartient pas de nous étendre sur ces faits encore inédits qui seront l'objet d'un travail étendu sur la question.

Ce que nous voulons dire, c'est que la blépharoplastie, d'après la méthode de Tagliacozzi modifiée, peut donner de très bon résultats, et constituera une ressource importante pour concourir à la restauration des paupières, principalement quand il sera impossible de se procurer sur la face une étoffe convenable.

La dernière malade opérée par M. Berger se trouvait précisément dans ces circonstances, ayant la face absolument détruite par un tissu de cicatrice, adhérent à l'ectropion, s'étendant jusqu'aux coins de la bouche. Ici on ne pouvait songer qu'à la méthode italienne et aux greffes ; or, nous avons établi l'insuffisance de ce dernier procédé.

Nous conseillons donc, formellement, de recourir au besoin à la méthode italienne, mais il faut savoir que l'exécution en est compliquée et que les malades supportent difficilement l'attitude gênante qu'elle comporte. Sans nous étendre sur les détails, disons que l'opération doit être précédée de la construction de l'appareil destiné à tenir le bras rapproché de la paupière, l'avant-bras étant maintenu replié sur la tête, et que le malade devra s'entraîner à plusieurs reprises à conserver cet appareil, pendant un temps de plus en plus prolongé, jusqu'à accoutumance suffisante. Disons encore que tout dans le lambeau, sa position, sa longueur, son déplacement, doivent être préalablement calculés minutieusement, et avec des patrons taillés à cet effet.

L'opération de la blépharoplastie, par cette méthode, constitue une opération assez compliquée qu'il n'est pas donné à tout le monde de pouvoir pratiquer; il faut des aides, un outillage parfait, un malade docile et qu'on puisse

(1) LAWSON. *The Lancet*, I, p. 13, 1882.
(2) DERBY. *Transaction of the Amer. Opht. Soc.*, 1885.
(3) V. CERESETO. Ectropion della palpebra inferiore, nuova applicazione di un vecchio metodo operatorio, *Osservatore di Torino*, 1889.

garder longtemps auprès de soi ; mais quand celle-ci est possible, elle donne des résultats très satisfaisants dans les cas auxquels nous l'avons réservée.

En résumé, dans l'ectropion cicatriciel impossible à traiter par un lambeau pris à la face, on songera à la blépharoplastie italienne, si celle-ci est praticable ; dans le cas contraire, on aura recours à la greffe cutanée ou dermo-épidermique.

VII

4° Cas où la perte de substance palpébrale résulte, non de la libération d'un ectropion, mais de l'ablation d'un cancroïde. — Ceci est un cas tout particulier de restauration palpébrale et qui comporte des déductions également particulières. Ici la surface cruentée, qui nécessite une oblitération par un lambeau cutané, est indépendante de toute espèce de cicatrice, et cette circonstance fait que le lambeau transplanté n'a à lutter contre aucune rétraction provenant de la région sur laquelle il est attaché.

Pourvu que le lambeau soit suffisant à garnir la surface avivée, et si, comme on est en droit d'y compter, la réunion primitive se fait bien, la réussite de l'autoplastie est assurée.

Ces considérations font déjà comprendre que tous les procédés de restauration des paupières sont capables de donner de bons résultats, quand il s'agit de recouvrir la plaie qui provient de l'extirpation d'un cancroïde, et la greffe réussira non moins bien que les autres.

Comme la greffe est certainement le procédé le plus facile et aussi le plus inoffensif, nous n'hésitons pas à le mettre en avant ici puisqu'il est susceptible de donner de bons résultats. Son emploi est surtout avantageux lorsque la perte de substance laissée par l'ablation d'un cancroïde siège dans un des angles de l'œil. Dans ce cas-là, en effet, la rétraction et la résorption du lambeau transplanté, même si elles atteignent une grande proportion, ne peuvent qu'exercer sur les paupières une traction simultanée, qui reste sans effet fâcheux.

En résumé donc, pour combler la perte de substance résultant de l'ablation d'un cancroïde palpébral, on n'aura que l'embarras du choix. La blépharoplastie faciale sera toujours possible, mais pour peu qu'on veuille épargner les téguments du voisinage, il sera très légitime de compter sur le bon effet des greffes, soit cutanée, soit dermo-épidermique. Ceci est vrai surtout pour les cancroïdes des angles de l'œil, qui sont à peu près les plus fréquents.

La méthode italienne offre peu d'avantages ici. D'abord le cancroïde, une fois constaté, doit être enlevé le plus tôt possible, ce qui s'accorde mal avec les longues manipulations préalables qu'exige l'application des appareils de Tagliacozzi. Puis les suites de l'opération doivent être étroitement surveillées au point de vue de la repullulation du néoplasme et, pour cette recherche encore, la disposition des parties dans la blépharoplastie italienne offrirait de grands désavantages.

VIII

Restauration secondaire. — Nous ne pouvons passer sous silence un mode de réparation des surfaces d'ablation de cancroïdes, qui, par son importance, mériterait d'inspirer et a inspiré, en effet, des travaux spéciaux : nous voulons parler de la restauration secondaire.

Quand la plaie résultant de l'ablation d'un cancroïde est large, que le lambeau appelé à recouvrir celle-ci devrait, par conséquent, être assez considérable, il peut être avantageux de laisser un temps cette plaie livrée à elle-même de façon à ce qu'elle se réduise graduellement d'étendue. Puis, quand la réduction de la plaie bourgeonnante tend à devenir de la rétraction sur les parties voisines, il devient nécessaire de recouvrir cette plaie granuleuse, ainsi réduite alors, par un lambeau pris à la face ou en un point éloigné du corps.

Dans notre thèse inaugurale (1), nous avons développé les avantages de ces réunions retardées au point de vue de la poursuite des récidives. Notre raisonnement, qui s'appliquait aux cancers du sein, conserve toute sa force, alors qu'il s'agit des cancroïdes palpébraux si sujets à repullulation.

En ce qui concerne les avantages spéciaux de la restauration secondaire, on les trouvera exposés avec des faits nombreux à l'appui dans la très bonne thèse de M. Metaxas (2), et on pourra notamment lire avec fruit le chapitre qui a trait particulièrement à la restauration secondaire des paupières, lequel ne renferme pas moins de sept observations.

Sans paraphraser les développements de cet auteur, disons que la blépharoplastie secondaire trouve son principal motif dans la facilité avec laquelle les paupières (après l'ablation d'un cancroïde et la paupière inférieure surtout) peuvent se reformer, grâce à l'attraction des parties voisines, du front, et principalement de la peau. C'est une véritable autoplastie naturelle ou *spontanée*, suivant l'expression de Blandin.

Un point essentiel à noter est que, pour que cette reconstitution spontanée des paupières se produise, il est nécessaire que la suture palpébrale soit faite et laissée en place jusqu'à ce que le pouvoir rétractile de la cicatrice soit épuisé.

On comprend donc, qu'en certains cas, il soit avantageux de laisser la paupière, enlevée avec le cancroïde, se reformer plus ou moins complètement avant d'entreprendre l'opération plastique complémentaire.

Mon maître, M. le professeur Verneuil, qui a contribué plus que personne à établir les avantages de la restauration secondaire, et qui a été l'inspirateur des travaux que je viens de citer, a bien voulu, à propos de la restauration palpébrale secondaire, me communiquer l'observation topique que voici :

Une dame, âgée de soixante-quinze ans, portait un large cancroïde étendu de l'angle interne à l'angle externe de l'œil droit, et empiétant en surface sur la paroi du nez. Le cancroïde n'offrait que 15 millimètres d'épaisseur au point le plus épais.

L'ablation nécessitée par une tumeur aussi étendue fut telle, que la perte de substance figurait un triangle isocèle dont la base était constituée par le bord palpébral. Les parties profondes de la paupière furent respectées ; le bord palpébral, également conservé, fut réuni au bord supérieur. Pansement à plat.

La malade avait été opérée le 11 octobre ; au 6 novembre la plaie était réduite à un triangle très minime et qui ne figurait pas plus *du dixième* de l'étendue première.

On peut comprendre quelles opérations plastiques différentes si l'on eût voulu oblitérer la plaie primitive à la place de la très minime surface bourgeonnante produite par la réparation naturelle propre aux paupières.

(1) Valude. *Traité chirurgical des néoplasmes mammaires.*

(2) Metaxas Zani. *Des anaplasties secondaires*, Thèse de Paris, Steinheil 1887.

Nous ne pouvons nous étendre sur ce point sans dépasser les limites de notre court travail, et nous nous résumerons en ceci : Que si la plaie résultant de l'ablation du cancroïde est étendue, et si l'on peut compter sur une certaine réparation naturelle des parties, il sera avantageux de substituer la blépharoplastie secondaire à l'autoplastie ou à la greffe cutanée primitives.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Liste d'admission.

Par décision ministérielle, en date du 1er octobre 1889, sont nommés élèves à l'École du service de santé militaire à Lyon :

Candidats à douze inscriptions. — MM. Dessirier, Roussy, Pons, Ramally, Martin.

Candidats à huit inscriptions. — MM. Job, de Bovis, Dellac, Finot, Vidal, Silvestre, Bizouard, Lefort, Caënens, Chanaud, Pourrat, Saltet, Parant, Crespin, de Libessard, Faure, Labit, Lhomer, Marie, Hédon, Marrel, Tourtarel, Pégurier, Dupays, Rocheron, Merlin, Rémond, Capillery, Fontaine de Presles, Vernet.

Candidats à quatre inscriptions. — MM. Arrufat, Saint-Paul, Camichel, Bivaud, Binet, Sabatier, Michel, Fasquette, Marchet, Damond, Joly, Gauran, Auclert, Ray, Marian, Hirtz, Grisel, Chavigny, Delaris, Augier, Jolly, Cavaron, Moneger, Labaste, Ragnaud, Mathieu, Bousquet, Garret, Beaujeu, Casteret, Guichard, Vigier, Gérard, Dumas, Genod, Maissiat, d'Arlhac, Pech, Maffre, Lafforgue, Crussard, Mornet, Mathieu, Fournié, Escande.

Ces élèves devront se présenter au directeur de l'École, savoir : les élèves à quatre inscriptions, le 24 octobre, à midi ; les élèves à douze et à huit inscriptions, le 25 octobre, à la même heure.

Par décision du même jour, les candidats à seize inscriptions dont les noms suivent ont été nommés élèves du service de santé et sont attachés aux hôpitaux ci-après indiqués :

M. Froment, à l'hôpital militaire de Lille.

MM. Gasser et Collas, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

Ces élèves devront se présenter au médecin-chef de ces hôpitaux, le 3 novembre, à huit heures du matin.

La Société de chirurgie a repris mercredi ses réunions hebdomadaires. Mais, ayant perdu, en vacances, son ancien président, M. Maurice Perrin, elle a levé la séance en signe de deuil.

Pendant le Congrès de chirurgie, qui s'ouvrira le 7 octobre, la Société de chirurgie ne tiendra pas de séance.

— Par décret, en date du 30 septembre 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Testeau, Butel et Martin, médecins-majors de deuxième classe de l'armée active, démissionnaires.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Marguet, Baudouin, Émery, Lavaux, Puech, Lauzit, Gillet, Houeix de Labrousse et Demars.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 115. — MARDI 8 OCTOBRE 1889. 62e ANNÉE. MARDI 8 OCTOBRE 1889. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8** fr. **50.**	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Ankylose du coude, arthrotomie et résection de l'olécrane.

Nous avons aujourd'hui une opération importante à faire. Il s'agit d'une ankylose du coude chez une jeune femme de trente-deux ans, entrée dans nos salles, il y a peu de temps, dans les conditions suivantes.

Cette malade, mariée et sans enfants, est originaire du Midi, qu'elle a toujours habité jusqu'à l'époque de son mariage. A ce moment elle est venue s'installer à Paris, dans un logement humide. Elle s'était toujours très bien portée, lorsqu'il y a sept mois et demi elle a été atteinte d'un rhumatisme articulaire, pour lequel elle est entrée dans le service de M. Cornil, à la Pitié.

Le rhumatisme avait frappé les deux genoux; ceux-ci étaient fort douloureux, chauds et tendus. M. Cornil prescrivit le salicylate de soude; sous l'influence de ce médicament les douleurs diminuèrent notablement d'intensité, mais le rhumatisme ne fut pas enrayé, et lorsque, enfin, il disparut des articulations fémoro-tibiales, il apparut dans celle du coude droit. Il devint alors mono-articulaire, s'y localisant définitivement. Les douleurs persistant avec une assez grande acuité, malgré le traitement employé, on dut avoir recours à un appareil d'immobilisation, que la malade garda pendant trois mois.

Mais si, au bout de ce temps, l'affection rhumatismale avait cessé, par contre, l'immobilisation avait déterminé une ankylose — vraie ou fausse, c'est ce que nous verrons tout à l'heure — et la malade fut évacuée dans un service de chirurgie, c'est-à-dire dans ma salle de femmes, il y a trois semaines.

Voici, à cette époque et aujourd'hui encore, l'état dans lequel nous l'avons trouvée : tout d'abord je dois dire que cette femme n'a aucun antécédent héréditaire, aucune affection rhumatismale dans sa famille. Le coude droit est fléchi à angle obtus, très près de la rectitude. Le membre est en pronation, les parties molles sont comme collées sur le squelette, de sorte que les saillies de l'olécrane, de l'épitrochlée et de l'épicondyle sont fortement accusées. Au-dessus de l'épitrochlée, on constate une petite saillie anomale, élastique, qui soulève le triceps. Le coude est un peu plus volumineux que celui du membre opposé (il mesure 23 centimètres de circonférence au lieu de 22); la tête du radius, seule, est sensible à l'exploration. Le bras et l'avant-bras présentent un léger degré d'atrophie, résultant du défaut d'usage du membre pendant de longs mois. L'articulation de l'épaule est un peu douloureuse et ses fonctions sont presque abolies, de même que le poignet et les doigts, ce qui tient aussi à ce que la malade, pendant huit mois, n'a pas pu se servir de son membre supérieur droit.

Bref, cette femme est absolument impotente, infirme de par son bras, qui reste fixe dans une position extrêmement gênante.

Dans un premier examen, il nous avait paru que toute mobilité était impossible, que les surfaces articulaires étaient soudées. Cependant, dans une certaine attitude du membre, nous avons senti comme un léger glissement articulaire, d'où nous pouvions espérer qu'il ne s'agissait pas d'une ankylose osseuse, mais seulement fibreuse. Nous avions été confirmé dans notre diagnostic, par ce fait que la tête du radius était douloureuse, que si les tentatives d'extension du bras n'étaient pas douloureuses, celles de flexion déterminaient de véritables douleurs. D'où nous pensons, sans pouvoir l'affirmer, qu'il n'y a pas là ankylose osseuse, mais ankylose fibreuse. Du reste, le début de la maladie, remontant à huit mois seulement, permet d'espérer que l'ossification des cartilages articulaires n'a pas encore eu le temps de se produire.

Enfin, au point de vue de la santé générale, j'ajoute que cette femme mange bien et avec appétit, mais elle est pâle, d'une pâleur anémique qui explique un souffle doux, au premier temps, à la base du cœur, se propageant dans les vaisseaux du cou.

Nous sommes donc, en résumé, en présence d'une ankylose du coude, mais à quelle variété celle-ci appartient-elle? Vous savez que les ankyloses se divisent en vraies et en fausses. Les premières, caractérisées par des adhérences osseuses, se subdivisent, à leur tour, en ankyloses extérieures et ankyloses directes ou intra-articulaires.

Les ankyloses extérieures sont produites par l'ossification des parties avoisinant l'articulation, telles que ligaments latéraux, tendons, etc. C'est là une variété qui n'est pas très commune.

Les ankyloses directes ou intra-articulaires sont celles qui se produisent entre les surfaces articulaires elles-mêmes, par la destruction, la transformation fibreuse, puis osseuse des cartilages articulaires ; soit, en dernier lieu, la fusion des deux os entre eux, fusion si complète qu'on ne sait plus où était l'articulation et que les canaux médullaires de l'un et l'autre os se fusionnent au point de n'en plus former qu'un seul se continuant sans interruption de l'un à l'autre os.

C'est là un fait que j'ai démontré, en 1851, dans ma thèse de concours pour la chaire à laquelle Malgaigne fut nommé.

Quant aux fausses ankyloses, elles n'ont rien d'osseux, mais elles sont le résultat de la rétraction de tissus extra-articulaires, elles sont extérieures aux os.

Il en est d'autres encore, intérieures ou profondes, qui sont formées par des adhérences d'un cartilage articulaire à l'autre, adhérences dues à des brides très solides, parfois très courtes, au point d'immobiliser complètement l'articulation, parfois, au contraire, assez longues pour permettre quelques mouvements.

Dans le cas actuel, il s'agit d'ankylose par adhérences fibreuses, très serrées, unissant l'un à l'autre les cartilages articulaires et en voie d'évolution pour la transformation osseuse.

Dans ces conditions, quel pronostic devons-nous émettre? Toute ankylose osseuse du coude est plus grave qu'une ankylose purement fibreuse, et, de plus, le traitement est, en général, différent dans l'un et l'autre cas.

Autre question : Faut-il opérer ? et de quelle façon faut-il intervenir ? Il nous faut opérer, car la position du bras est si vicieuse, qu'elle constitue une infirmité des plus pénibles, qui empêche cette femme de travailler, partant de gagner sa vie, de vaquer aux occupations ordinaires de la vie ; enfin, j'ajoute qu'elle réclame à grands cris une opération quelle qu'elle soit, voire même l'amputation, si cela était nécessaire, un bras mécanique pouvant, à la rigueur, suppléer en partie à un membre absolument impotent.

Mais à quel procédé opératoire recourir pour lui rendre l'usage de son membre, l'ankylose fibreuse étant entièrement serrée? Le redressement par la main ? Il ne pourrait qu'être suivi d'échec, dans le cas présent d'ankylose du coude, en raison du crochet olécranien qui ne permet pas de conserver la mobilité que le redressement obtiendrait.

Nous n'avons pas le choix des moyens, il nous faut, de toute nécessité, recourir à l'arthrotomie et l'ostéotomie, en raison même des adhérences serrées, et opérer ainsi qu'il suit : incision commençant au-dessus de l'épitrochlée et allant obliquement jusque sur la tête du radius, en ayant soin de tenir écarté, pour ne pas le léser, le nerf cubital ; dégager l'olécrane des parties environnantes, le réséquer et rechercher la nature et l'état des adhérences entre les deux os, les sectionner afin de mobiliser l'articulation ; enfin, modifier les surfaces articulaires à l'aide du cautère afin d'empêcher une réunion nouvelle, puis suturer, après avoir placé un drain dans la plaie à la partie postérieure, et mettre le membre dans la demi-flexion pour le cas où l'opération ne réussirait pas à rendre à cette femme tous les mouvements.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Pleurésie diaphragmatique.

La pleurésie diaphragmatique, sans être une affection banale, commune, n'est pas cependant aussi rare qu'on l'a prétendu pendant longtemps. En ce moment même j'en ai deux cas dans ma salle des femmes, et j'en profite pour vous en parler.

La première de mes deux malades est une femme de quarante-six ans, couchée au n° 11 de la salle Sainte-Thérèse, d'aspect sénile, maigre, fatiguée, qui est entrée pour la première fois à l'hôpital il y a six semaines, pour un point de côté datant de quatre jours, survenu brusquement en pleine santé, disait-elle, et assez intense pour l'empêcher de respirer.

La douleur était caractéristique par son intensité, car elle était intolérable, et par son siège particulier, occupant tout le pourtour de la base du thorax du côté droit, c'est-à-dire correspondant aux insertions du diaphragme et ayant son maximum au creux épigastrique où les élancements étaient fort douloureux. De plus, le moindre mouvement, le moindre changement de position arrachait des plaintes à la malade. Le décubitus dorsal et le décubitus latéral gauche étaient seuls possibles. Les douleurs n'étaient pas seulement spontanées, mais le refoulement avec la main de la masse intestinale de bas en haut vers le diaphragme les provoquait aussi, de même que toute pression dans les espaces intercostaux voisins des insertions diaphragmatiques.

Enfin, la douleur à laquelle M. Guéneau de Mussy a donné le nom de bouton diaphragmatique existait également, c'est-à-dire celle dont le siège est sur le trajet d'une ligne prolongeant le bord du sternum (bord droit ou gauche selon que la pleurésie est également droite ou gauche), jusqu'à la rencontre de la dixième côte. J'ajoute que la pression sur le nerf phrénique, dans la région cervicale, entre les deux sterno-mastoïdiens, était également douloureuse.

Pour tous signes fonctionnels nous ne trouvions que de la dyspnée, un état d'angoisse, l'impossibilité de respirer. Les signes physiques étaient à peu près nuls ; le thorax était seulement un peu moins mobile à droite qu'à gauche; il y avait un peu de diminution de la sonorité au niveau de la base du poumon droit, ainsi que du murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques. Ce dernier signe est le seul qui ait quelque valeur. Il n'y avait pas d'égophonie, pas de frottement, ce qui s'explique par la localisation de la pleurésie à la partie la plus inférieure de la plèvre, pas de tympanisme au-dessus de la matité, pas d'abaissement du foie, pas le moindre phénomène fébrile.

Bref, le diagnostic ne pouvait être hésitant : il s'agissait d'une pleurésie diaphragmatique.

Quelquefois une simple pleurodynie intense a donné le change et a été prise pour une pleurésie diaphragmatique, mais ce qui l'en distingue généralement ce sont le siège de la douleur dans les espaces intercostaux, la durée beaucoup moindre (un jour ou un jour et demi au lieu de trois ou quatre jours), etc., etc. La douleur qui accompagne la congestion pulmonaire de la base ressemble beaucoup à celle de la pleurésie diaphragmatique, mais l'évolution de la maladie est différente : tandis que la douleur et la dyspnée se rencontrent dans l'une et l'autre

affection, par contre, la fièvre, les frissons, une élévation de la température appartiennent à la congestion, ainsi que les râles crépitants, un peu d'expectoration muqueuse, visqueuse, comme une solution de gomme.

Au n° 3 de notre salle des femmes nous avons une malade, actuellement en voie de guérison, chez laquelle, au premier moment, le diagnostic a présenté quelques difficultés. Elle était entrée pour un point de côté datant de trois jours avec diminution du murmure respiratoire, sans râles, ni frottement. Mais, chez elle, la douleur n'était pas localisée et, quelques jours plus tard, on percevait des râles fins, un peu de frottement. Bref le mal avait débuté par de la congestion avant de s'affirmer comme pleurésie avec un peu de dépolissement pleural.

Dans d'autres cas, c'est une péritonite sous-diaphragmatique, localisée à l'hypochondre droit et siégeant entre le foie et le diaphragme, qui peut, au début, être confondue avec la pleurésie, l'appareil symptomatique lui ressemblant beaucoup à cause du voisinage du diaphragme; cependant le hoquet et les vomissements, à peu près constants dans la péritonite, tandis qu'ils sont très rares dans la pleurésie diaphragmatique, permettront le diagnostic.

Enfin, je dois citer l'hépatite aiguë avec périhépatite qui peut simuler au début la pleurésie diaphragmatique.

Quant au pronostic, il est assez difficile et les auteurs sont assez loin d'être d'accord. Pour les uns, la pleurésie diaphragmatique est presque toujours une affection grave en soi, tendant à se terminer par la suppuration (Andral et Guéneau de Mussy). D'autres, au contraire, comme Laënnec, s'accordent à lui reconnaître généralement une grande bénignité. Pour moi telle serait aussi mon opinion dans nombre de cas et la suppuration serait fort rare: je n'en ai rencontré, jusqu'à présent, que deux cas; je parle bien entendu de la pleurésie diaphragmatique idiopathique.

Mais assez souvent la pleurésie est symptomatique de la tuberculose. La seconde malade de ma salle Sainte-Thérèse, le n°. 17, en est un exemple. C'est une femme de trente-cinq ans, très robuste lorsqu'elle entra pour la première fois, il y a trois ans, dans mon service, avec une pleurésie diaphragmatique du côté gauche, datant de trois jours, mais très intense. Elle n'avait aucun antécédent morbide personnel ni héréditaire. Au bout de huit jours, la douleur était très atténuée, mais un épanchement abondant s'était fait dans la plèvre qu'il fallut évacuer à l'aide d'une ponction. Le liquide écoulé cubait 1 litre et demi; il était parfaitement clair et citrin. La cicatrisation se fit assez rapidement et au bout de deux mois la malade sortait guérie. Elle resta pendant deux ans très bien portante, puis elle dut rentrer à l'hôpital, présentant déjà un certain degré d'affaiblissement, du murmure respiratoire à la base du côté gauche; elle resta quelques temps dans les salles et rentra de nouveau chez elle, et y resta jusqu'à il y a deux mois.

A cette époque, elle est rentrée dans mon service pour la troisième fois avec une pleurésie diaphragmatique du côté droit, sèche, très aiguë, accompagnée d'une hyperesthésie diffuse de la portion supérieure de l'abdomen, de névralgie phrénique. Cette fois, la malade était pâle, amaigrie, l'aspect maladif, aussi elle m'inspirait quelque méfiance. En effet l'examen du poumon droit me révéla quelques craquements, de l'expiration prolongée en même temps qu'il y avait une expectoration muco-purulente. Bref cette femme était phthisique. Cette seconde poussée se calma de nouveau et la malade rentra encore une fois chez elle, mais pour bien peu de temps, car, à la fin du mois dernier — il y a quinze jours — elle a eu une nouvelle poussée subaiguë du côté droit, moins intense il est vrai, mais avec de la péritonite tuberculeuse, en même temps que l'état des poumons s'accentuait aussi.

Aujourd'hui les accidents péritoniens sont atténués, mais on entend des craquements humides, au sommet du poumon. Et ce nouveau cas justifie la méfiance que je vous exprimais tout à l'heure à l'égard de ces pleurésies assez fréquemment symptomatiques de la tuberculose. Cependant nous savons aussi que la pleurésie diaphragmatique même tuberculeuse peut, lorsqu'elle reste localisée, guérir, et c'est ainsi qu'à l'autopsie d'individus qui ont succombé à une tout autre affection, on rencontre quelquefois les traces d'un vieux foyer de tuberculose enkysté, caséeux, inoffensif.

Quant au traitement, je dirai que, de ce que la pleurésie diaphragmatique est souvent le début de la tuberculose, elle doit toujours être soignée énergiquement et localement par les révulsifs et surtout par les ventouses scarifiées, puis par les vésicatoires, et quand la maladie a passé à l'état subaigu, je fais appliquer pour quelques jours, sous forme de cuirasse, un large emplâtre de Vigo. Pour calmer la douleur j'ai recours aux injections de morphine. Enfin, j'ai grand soin de l'état général, et je prescris ou l'arsenic ou le lait additionné de bromure et d'iodure de potassium, auxquels on ajoute un peu de chlorure de sodium; enfin une nourriture intensive, et une excellente hygiène.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Le Bec.

Ablation de la langue, du voile du palais, de l'amygdale gauche; ligature de la linguale; résection du maxillaire; trachéotomie préventive; mort par accidents pulmonaires le septième jour.

L'idée de la trachéotomie préventive, dans les opérations qui se pratiquent sur les voies supérieures de la respiration, fut mise en avant par Frendelenburg (1) en 1873, mais uniquement dans le but d'empêcher le sang de tomber dans les bronches. Barker (2), en 1879, relate quatre extirpations de la langue, faites ainsi avec trachéotomie, et cite une statistique de Schlœffer, dans laquelle sur 50 cas on trouve 12 p. 100 de morts par accidents pulmonaires, puis une autre statistique de University College Hospital, avec 23 p. 100 de mort.

Nous empruntons ces détails à une communication que M. Ch. Monod fit à la Société de chirurgie en février 1886. Le but qu'il se proposait était de démontrer que la trachéotomie avait une influence favorable sur l'issue de ces graves traumatismes, en permettant de tamponner la cavité buccale avec de l'iodoforme, ce qui rend la plaie aseptique et met ainsi le malade à l'abri des dangers d'une pneumonie septique.

Je dois ajouter que tous les membres de la Société n'ont pas admis l'existence de cette forme de pneumonie, et que l'on a signalé les accidents pulmonaires dus à l'introduction de l'air trop froid, par la canule.

---

(1) Frendelenburg. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1873.
(2) Barker. *The Lancet*, 1879.

C'est à des accidents de bronchite de ce genre, que notre malade a succombé.

Le nommé A... (Marius), soixante-six ans, cordonnier, est atteint, depuis quelques mois, d'un écoulement fétide de la bouche et de douleurs de l'arrière-gorge. Il porte une ulcération épithéliomateuse qui couvre la luette, l'extrémité libre du voile du palais, l'amygdale gauche, le côté gauche de la base de la langue, qui adhère un peu à la face interne du maxillaire à gauche. Il existe un petit ganglion sur la carotide externe.

Le malade est gras, nullement cachectique. Il est emphysémateux. Rien dans les urines, ni au foie. Au cœur un léger souffle à la pointe.

4 octobre 1887. Opération. Le malade est chloroformé. Je pratique la trachéotomie avec facilité, bien que les veines du cou soient très développées, puis le chloroforme est administré avec une éponge mise devant la canule.

Je fais alors une longue incision partant du menton, se terminant à la parotide, et passant sous le maxillaire. Cette incision me sert à faire la ligature de l'artère linguale, avant son entrée dans le triangle digastrique. Cette ligature est assez délicate, parce que le malade a le cou très gras, que les veines sont volumineuses, le malade ayant une respiration assez pénible. La faciale est liée en passant.

Je me mets immédiatement en devoir de pratiquer la résection sous-périostée de la moitié gauche du maxillaire inférieur, en observant la recommandation de M. le professeur Verneuil, de ne couper la muqueuse gingivale, qu'après la section de l'os.

Un aide relève alors le lambeau sur la joue, et par l'ouverture béante, la langue est attirée en bas. Une chaîne d'écraseur est placée d'avant en arrière, sur la ligne médiane, en dehors du mal, puis, quand la section est faite, on divise la base de la langue au ras du larynx. Ces deux sections sont faites très lentement, par M. le docteur Monnier, qui a bien voulu m'assister. J'attaque avec le couteau thermique le reste du mal, et je détache le haut de la loge amygdalienne droite, le voile du palais à son insertion osseuse, les piliers gauches et l'amygdale, puis une grande partie du feuillet interne du périoste, qui adhérait à la langue. Je fais également l'ablation de la glande sous-maxillaire et du ganglion induré, situé sous la carotide externe.

Quand tout est terminé, la cavité est bourrée de gaze iodoformée, la plaie de la joue fermée par des sutures, en laissant une ouverture pour le drainage. Quatre pinces sont laissées sur des vaisseaux.

Une sonde de caoutchouc est enfin introduite par la narine droite et enfoncée dans l'œsophage.

5 octobre. Le malade n'a pas eu une mauvaise nuit : Temp. 38°2. Je change les pièces extérieures du pansement. Les pinces sont enlevées. Il ne se fait aucun écoulement de sang. Temp. 38°2. Rien dans les poumons.

7 octobre. Le malade se plaint beaucoup de la soif. Les mucosités sont très abondantes dans la trachée, ce qui nécessite un nettoyage fréquent de la canule. Le malade est gai, et ne paraît pas souffrir. Alimentation par la sonde. Temp. 37°8.

8 octobre. Les poumons contiennent des râles nombreux. Le malade a très grande soif, il est un peu agité, et sa respiration paraît gênée. Temp. 38°8. Pouls fort et plein 102.

9 octobre. Râles abondants, mais pas d'aggravation dans l'état général. Le malade est calme, mais il se plaint de la sonde œsophagienne. Temp. 38°6.

10 octobre. Mucosités abondantes, soif persistante. Pansement.

11 octobre. Le malade est faible, le pouls est rapide. La trachée rejette souvent des mucosités. Les poumons contiennent de nombreux râles. Temp. 39 degrés.

12 octobre. Pendant la journée, le malade se plaint de sa sonde et la retire. L'infirmier de service veut la remettre et l'introduit dans le larynx. L'interne arrive et la retire immédiatement, et ne peut la remettre dans l'œsophage. La canule est retirée. Les poumons s'engorgent. Temp. 39°2.

13 octobre. La nuit a été calme, bien que le malade soit très faible, il respire facilement et boit un peu.

A trois heures l'interne est appelé. Il trouve le malade très faible, et les bronches très engorgées. Mort à cinq heures.

VARIÉTÉS

Questions médico-légales relatives à l'abus de la morphine (1).

Par MM. Lutaud et Descouts.

Tous les médecins ont été à même de constater les progrès du morphinisme pendant ces dernières années. La médication hypodermique, qui rend de si grands services en thérapeutique, s'est généralisée, en ce qui concerne la morphine, au point d'inspirer de sérieuses inquiétudes.

Nous n'avons pas à rechercher ici quelles sont les causes qui déterminent chez les malades l'usage des injections hypodermiques, usage qui est toujours justifié, au moins dans ses débuts. On conçoit facilement qu'une médication, qui combat avec succès l'élément douleur, ait rapidement conquis la faveur du corps médical et des malades. Les premières piqûres de morphine ont toujours lieu sur les conseils et sous la surveillance du médecin. Ce n'est donc pas l'usage, mais l'abus de la morphine que nous devons combattre.

Le malade a été soulagé par les premières injections faites par son médecin ; s'il s'agit d'une maladie chronique, l'emploi de la morphine doit être continué pendant longtemps, et il devient dès lors impossible au praticien de faire lui-même chaque injection. C'est alors que le malade apprend à s'appliquer lui-même la médication sous-cutanée et à se passer du concours du médecin. Il est alors morphinomane.

Tant que la morphine est appliquée dans les maladies chroniques graves et douloureuses, telles que le cancer, certaines affections médullaires, il n'y a pas de sérieux inconvénients. Le morphinisme est, dans ces cas, un bienfait qui permet à un grand nombre de personnes, atteintes d'affections incurables, d'éviter les douleurs et les angoisses de la maladie.

Mais, le plus souvent, il n'en est pas ainsi. Le médecin applique la morphine pour une affection aiguë, telle que la sciatique, les coliques hépatiques, les névralgies, etc. Le soulagement est obtenu, mais le malade a trouvé un tel bien-être dans l'emploi de la médication morphinée qu'il en continue l'emploi et finit par s'y habituer. Il continue à se servir de la seringue laissée à sa disposition ; après avoir épuisé la solution qui lui est restée, il cherche à se procurer une nouvelle provision de morphine. C'est dès lors un morphinomane qui aura besoin d'une dose quotidienne de toxique. Comment pourra-t-il se la procurer ? C'est un point que nous éluciderons plus loin. Nous voulons dès maintenant examiner rapidement les conséquences de l'intoxication sur l'économie, pour mieux en faire ressortir les graves inconvénients.

Les conséquences du morphinisme chronique sont parfois favorables, quelquefois indifférentes et le plus souvent nuisibles.

Elles sont favorables dans les maladies chroniques et incurables. L'un de nous a récemment publié un assez grand nombre d'observations tendant à démontrer l'utilité du morphinisme chronique chez les femmes atteintes de cancer utérin. La morphine, amenant un ralentissement de la nutrition, diminue les hémorrhagies, supprime la douleur et semble prolonger l'existence dans les affections où la mort à courte échéance ne peut être évitée. Il va sans dire que, chez les malades de cette catégorie, le morphinisme devient une ressource thérapeutique ; mais cette ressource n'en doit pas moins rester sous le contrôle du médecin.

---

(1) Rapport présenté au Congrès international de médecine légale.

Dans la seconde catégorie, nous rangerons les cas, beaucoup plus rares, où l'emploi prolongé de la morphine, à des doses variant de 25 à 50 centigrammes par jour, a pu être prolongé pendant des années sans affecter sensiblement l'organisme. Chez quelques malades soumis à notre observation, la morphine a pu être employée pendant six, huit et même dix années sans provoquer aucun trouble grave dans l'économie. Le médicament agit alors à la manière d'un stimulant, et le morphinisme chronique est alors comparable à l'alcoolisme chronique.

Mais ces cas sont exceptionnels. Le plus souvent, les malades ne savent pas se modérer dans l'emploi du médicament. La faible dose, qui agissait comme agent stimulant, est augmentée chaque jour. Les malades ne peuvent accomplir aucun acte important sans avoir fait l'injection hypodermique; l'injection, renouvelée toutes les heures et même plus fréquemment, donne lieu à des abcès et à des phlegmons; les malades s'étiolent, leur maigreur devient extrême et la mort est souvent la terminaison du morphinisme. Nous n'insisterons pas sur la description du morphinisme, qui est connue de tous les médecins.

Comment les morphinomanes se procurent-ils le poison? Comment certains d'entre eux arrivent-ils à assurer leur provision, qui est quelquefois de 1 gramme et plus par jour?

C'est là une question complexe sur laquelle notre enquête a principalement porté.

Le morphinomane est presque toujours porteur d'une ordonnance de médecin. C'est la première ordonnance qui lui a été délivrée à une période de sa maladie où l'emploi du médicament était justifié. Grâce à quelques subterfuges, grâce aussi à l'ignorance ou à la connivence de certains pharmaciens, elle a été renouvelée un grand nombre de fois et a pu assurer la subsistance du morphinomane pendant quelques mois.

Mais cette ordonnance, à force d'être renouvelée, ne peut plus servir. Elle est tellement maculée, que le pharmacien, alors même qu'il se considère le droit de renouveler plusieurs fois une ordonnance toxique, ne peut plus accepter pour sa justification un chiffon de papier usé et déchiré dont les fragments ont été juxtaposés avec du papier gommé. Le client morphinomane est, du reste, suspect au pharmacien. Nous dirons même que, depuis diverses condamnations extrêmement sévères encourues par quelques membres de cette corporation, qui avaient livré des doses toxiques de morphine, le nombre de pharmaciens qui transgressent la loi est devenu de plus en plus rare.

Nous avons consulté plusieurs pharmaciens de Paris connus parmi les plus honorables. Tous nous ont dit que la quantité de morphine qu'ils vendent aujourd'hui est à peu près insignifiante. Le propriétaire d'une des plus importantes pharmacies de Paris nous a affirmé que, pendant l'année 1888, il a à peine vendu pour 200 francs de morphine, alors que la vente, pendant les années antérieures, dépassait 1 000 francs. Les pharmaciens voient encore leurs anciens clients morphinomanes, mais ils savent qu'ils ne s'approvisionnent plus chez eux.

Par qui le poison est-il vendu?

C'est sur ce point que notre enquête nous paraît avoir donné des résultats. Une de nos malades, atteinte d'un cancer de l'utérus et que nous avions autorisée à employer elle-même la médication morphinée, était arrivée à consommer 75 centigrammes à 1 gramme par jour. Nous ne lui avions jamais refusé les ordonnances nécessaires pour se procurer le médicament que nous considérions à bon droit comme nécessaire. Lors d'une visite récente, cette malade nous dit que, grâce à l'intermédiaire d'un ami, commissionnaire en marchandises, elle se procurait elle-même la morphine par flacons de 30 grammes, ce qui lui permettait de réaliser une économie considérable. Dernièrement, M. le professeur Brouardel nous disait avoir vu, chez une mondaine très connue, un flacon contenant 200 grammes de morphine. Un grand nombre de renseignements analogues nous ont été fournis par des confrères et des pharmaciens.

Il résulte donc de notre enquête que *ce n'est plus aujourd'hui dans le détail de la pharmacie* que le morphinomane se procure le poison, *mais dans les maisons de droguerie*. Le morphinomane a ainsi le triple avantage :

1° D'échapper à la surveillance du médecin;

2° De se procurer le toxique en quantités illimitées;

3° De le payer beaucoup moins cher.

Il est bon, en effet, de faire remarquer que le prix relativement élevé auquel la morphine est vendue en solution était un frein salutaire pour beaucoup de malades qui ne pouvaient suffire à une dépense quotidienne de 2 ou 3 francs.

C'est donc le droguiste et non le pharmacien détaillant qui alimente aujourd'hui le morphinomane. A-t-il le droit de le faire? Peut-on apporter quelque restriction à cet état de choses essentiellement préjudiciable à la santé publique?

L'ordonnance de 1846, qui régit la manipulation et la vente en gros des toxiques, permet, en effet, aux magasins de droguerie, de vendre les substances vénéneuses. La seule restriction imposée aux droguistes est qu'ils doivent inscrire sur leurs livres le nom et l'adresse de l'acheteur (1).

Or, on conviendra que ce n'est pas là une garantie suffisante. On comprend les inconvénients que pourraient avoir, pour l'industrie, les entraves apportées à la vente des substances qui ne sont pas exclusivement employées en thérapeutique. Mais ces inconvénients n'existent pas pour la morphine qui ne s'emploie qu'en médecine et ne présente aucun usage industriel.

Nous pensons donc qu'il y a lieu de réglementer la vente de la morphine par les maisons de droguerie. Il nous semble qu'on pourrait imposer aux droguistes l'obligation de ne vendre de la morphine qu'aux pharmaciens et même de livrer ce toxique au domicile même du pharmacien, afin de se garantir contre les individus qui pourraient usurper ce titre en se présentant dans les maisons de droguerie. Cette obligation n'apporterait, du reste, aucune entrave au commerce, puisque les maisons de droguerie ont l'habitude de livrer chaque jour, au domicile du pharmacien, les substances nécessaires à son approvisionnement.

Telle nous paraît être la seule mesure qui puisse réellement combattre le morphinisme et s'opposer à la vente au public de ce dangereux toxique.

Certains morphinomanes se procurent leur provision grâce à certains intermédiaires plus ou moins interlopes, tels que les marchandes à la toilette. Mais nous pensons qu'il suffit de signaler le fait à l'Administration, qui est suffisamment armée par la loi pour combattre ce commerce illicite.

D'autres morphinomanes se procurent la morphine en faisant eux-mêmes leurs ordonnances qu'ils signent du nom d'un médecin. Nous avons observé plusieurs cas de ce genre, principalement chez les femmes. Mais il s'agit là d'un véritable faux contre lequel la justice peut sévir et nous ne pensons pas qu'aucune réglementation nouvelle puisse être utilement appliquée dans ce cas. Il suffit de signaler ce fait à la vigilance des pharmaciens. Les fausses ordonnances seraient, du reste, beaucoup moins fréquentes si les médecins avaient le soin de n'écrire leurs prescriptions toxiques que sur du papier portant leur adresse imprimée et de les signer lisiblement.

En ce qui concerne la vente au détail de la morphine par des pharmaciens, nous ne pensons pas qu'il y ait lieu d'édicter aucune réglementation nouvelle. Les lois existantes sont suffisantes et les pharmaciens connaissent les risques qu'ils courent en livrant de la morphine sans ordonnance.

Nous proposerons cependant que toutes les prescriptions de morphine, exécutées par le pharmacien, soient inscrites non seulement sur le livre d'ordonnances, mais encore sur le livre de police. On sait que, chaque fois que le pharmacien vend une substance vénéneuse en gros pour un usage domestique, il doit inscrire sur un livre spécial le nom de la substance, la quantité livrée et le nom de la personne à laquelle il vend. On pourrait

(1) Le Conseil d'hygiène s'occupe en ce moment de cette question et prépare quelques modifications à l'ordonnance de 1846.

ainsi avoir un double contrôle, et les précautions imposées au pharmacien ne pourraient qu'augmenter sa vigilance.

Un autre point de vue nous paraît devoir être signalé. Il est relatif au renouvellement des ordonnances toxiques et plus particulièrement de celles prescrivant de la morphine.

La question a été discutée à la Société de médecine légale et elle a été tranchée d'une façon très nette. *Le pharmacien ne doit pas renouveler une ordonnance toxique.* Si la loi n'est pas formelle à cet égard, il n'est pas permis de mettre en doute le principe. Il est de toute évidence que si le pharmacien pouvait renouveler indéfiniment une ordonnance toxique, le public pourrait se procurer des quantités énormes de poison et qu'il serait facile d'éluder la loi.

L'obligation imposée aux pharmaciens de ne pas renouveler les ordonnances toxiques sera, du reste, insérée dans la prochaine édition du Codex. En attendant, il faut recommander aux médecins, lorsqu'ils prescrivent de la morphine, de ne pas omettre la mention suivante : *Cette ordonnance ne doit pas être renouvelée.*

Le pharmacien devra, de son côté, inscrire, sur chaque ordonnance de morphine qu'il prépare, une mention indiquant la date de l'exécution de l'ordonnance. Cette précaution est indispensable pour servir de contrôle.

Nous proposons donc au Congrès d'émettre les vœux suivants :

1° Les droguistes et fabricants de produits chimiques et pharmaceutiques ne peuvent vendre de la morphine qu'aux pharmaciens; la livraison du toxique ne peut avoir lieu qu'à domicile;

2° Le pharmacien ne peut exécuter qu'une seule fois une ordonnance toxique; lorsqu'il livre de la morphine, il doit transcrire la prescription, non seulement sur le livre d'ordonnances, mais encore sur le livre de police, sur lequel doivent être inscrits le nom et le domicile des personnes à qui il vend des substances toxiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Congrès de chirurgie tiendra ses séances le mardi, à neuf heures du matin et à trois heures du soir; le mercredi, à trois heures du soir; le jeudi, à neuf heures du matin; le vendredi, à trois heures du soir; le samedi, à neuf heures du matin et à trois heures du soir. — Le mercredi matin, visite dans les hôpitaux; le jeudi soir, visite à l'Institut Pasteur, à la Faculté, à la Morgue, etc.; le vendredi matin, visite à la classe XIV de l'Exposition (instruments de chirurgie).

— Parmi les députés nommés hier au scrutin de ballottage, nous relevons les noms des confrères suivants :

Paris : IIIe arrondissement, M. Chautemps; — Ve arrondissement, MM. Naquet et de Lanessan; — VIe arrondissement, M. Després; — XIIIe arrondissement, M. Méry; — XVIe arrondissement, M. Marmottan.

Aube : M. Michou; *Corrèze :* M. Vacher; *Maine-et-Loire :* M. Guignard; *Marne :* M. Lenglet; *Nièvre :* M. Turigny; *Nord :* M. Dron; *Vienne (Haute-) :* M. Vacherie; *Yonne :* M. Merlon.

— Par décision ministérielle, en date du 2 octobre 1889, M. Pitois, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour le 50e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 4 octobre, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins aides-majors de première classe Treillet et Brault, pour l'emploi de surveillant à l'École du service de santé militaire de Lyon; — Delarocheaulion, pour le 10e d'artillerie.

— Le jury du concours de l'internat est provisoirement constitué comme suit : MM. Déjerine, Moutard-Martin (de Saint-Antoine), Bouchard, Félizet, Humbert, Marjolin et Bar.

— Le jury du concours de l'externat est provisoirement constitué comme suit : MM. Dreyfous, Merklen, Brault, Faisans, Jalaguier, Michaux et Doléris.

— *École de médecine de Caen.* — Un concours s'ouvrira le 26 mars 1890, à l'École de pharmacie.

— *Assistance publique.* — Un concours aux emplois de médecins du traitement à domicile s'ouvrira le lundi 18 novembre 1889.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 (service des secours).

Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi 18 octobre, quatre heures, inclusivement.

Les candidats doivent justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt-cinq ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'État, prendre l'engagement de résider, aussitôt après leur institution, dans l'arrondissement où ils doivent exercer leurs fonctions, ou dans un quartier limitrophe. — Il sera délivré récépissé de la déclaration de candidature et du dépôt des diverses pièces.

Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux de Paris sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 14 octobre 1889.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le chef du laboratoire. — MM. les élèves seront exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

— Le lundi 9 décembre 1889, à midi précis, aura lieu à l'asile Sainte-Anne un concours pour la nomination à dix places d'interne titulaire en médecine.

Le registre d'inscription est ouvert à la Préfecture de la Seine (pavillon de Flore, bureau du personnel) tous les jours, de onze heures à trois heures, du jeudi 7 novembre au samedi 23 novembre inclusivement.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Longuet (de Bourges), et de M. David, interne à l'hospice de Bron.

— *Faculté de médecine de Paris.* — I. *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions, ouvert le jeudi 10 octobre, sera clos le samedi 23 novembre, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi.

1° Inscriptions de première, deuxième et troisième années de doctorat, — de première et deuxième années d'officiat, les jeudi 10, vendredi 11, samedi 12, mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18, samedi 19, mercredi 23, jeudi 24, vendredi 25, samedi 26, mercredi 30, jeudi 31 octobre, et les mercredi 6, jeudi 7, vendredi 8, samedi 9 novembre.

2° Inscriptions de quatrième année de doctorat, — de troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 13, jeudi 14, vendredi 15, samedi 16, mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22 et samedi 23 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et approuvés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de quatrième année de doctorat et de troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 12 novembre 1889.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre 1888-89. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Inscription des élèves nouveaux. — L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours de midi à trois heures, dans le cabinet du Doyen, du samedi 16 octobre au samedi 9 novembre inclus. On constituera le dossier scolaire de ces élèves, et on leur délivrera une feuille d'inscriptions, une carte d'étudiant, ainsi qu'un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat, pour prendre leur inscription et retirer le bulletin de versement des droits à payer à la caisse du receveur des droits universitaires.

II. *Consignations pour examens.* — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens sont délivrés, à partir du 7 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 7 et le mardi 8 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale : sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. *Travaux pratiques.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs ; obligatoires pour les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat ; facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite :

1° Les étudiants ayant seize inscriptions ;

2° Les docteurs français ;

3° Les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

IV. *Cartes d'étudiant.* — Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1889-90, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

Travaux pratiques d'histologie. — Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie sera ouvert, à partir du mardi 15 octobre 1889, de une heure à trois heures de l'après-midi.

Ces travaux sont obligatoires pendant le semestre d'hiver pour tous les étudiants de troisième année. La première série (qui comprendra 110 élèves) aura lieu avant les travaux pratiques d'anatomie.

MM. les étudiants sont donc priés de prendre leur neuvième inscription le plus tôt possible. Ils seront convoqués individuellement par lettre spéciale.

Le personnel des travaux pratiques d'histologie, pour le premier semestre de l'année scolaire 1889-90, est composé comme suit : M. Rémy, agrégé, chef des travaux ; — M. Variot, chef-adjoint ; — M. Chatellier, préparateur.

Salle A (cette salle comprendra les quarante premiers élèves inscrits) : M. Girode, préparateur-adjoint ; MM. de Grandmaison, Martin et Nageotte, aides-préparateurs.

Salle B (comprenant les trente élèves suivants) : M. Pilliet, préparateur-adjoint ; MM. Raoult, Aublé et Thérèse, aides-préparateurs.

Salle C (comprenant quarante élèves) : MM. Launois et Morau, préparateurs-adjoints ; MM. Benoit, Vincent, Hugues et Dubar, aides-préparateurs.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 116. — JEUDI 10 OCTOBRE 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 10 OCTOBRE 1889. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une lecture de M. G. Sée sur l'action de l'iodure de potassium sur le cœur; un rapport de M. Verneuil sur le mémoire de M. Jeannel, intitulé : « Nouvelle opération pour la cure des formes graves du prolapsus rectal » ; et une communication de M. Poncet (de Lyon), sur les tumeurs épithéliales résultant de la dégénérescence de certains kystes sébacés du cuir chevelu et de la face, tel est le bilan de la séance de l'Académie.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(QUATRIÈME SESSION)

Séance d'ouverture.

L'ouverture de la quatrième session du Congrès français de chirurgie a eu lieu lundi dernier, à deux heures et quart de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris. Parmi les chirurgiens qui assistaient à cette séance, on remarquait MM. Verneuil et Guyon (de Paris), Demons (de Bordeaux), Ollier (de Lyon), Panas et Lannelongue (de Paris), Roux (de Lausanne), Heydenreich (de Nancy), O. Bloch (de Copenhague), Thiriar et Jacobs (de Bruxelles). A cette séance étaient présents MM. Peyron, directeur de l'Assistance publique, et Monod, directeur de l'Assistance publique au mnistère de l'Intérieur, etc.

Le bureau de la quatrième session du Congrès français de chirurgie est ainsi composé :

Présidents d'honneur : MM. Longmore (de Netley), Tilanus (d'Amsterdam), Thiry (de Bruxelles). Démosthène (de Bucharest), Jacques Reverdin (de Genève), O. Bloch (de Copenhague), Rochard (de Paris), Heydenreich (de Nancy), Tripier (de Lyon), Demons (de Bordeaux), Combalat (de Marseille), Pamard (d'Avignon) et Tédenat (de Montpellier).

Président : M. le baron Larrey, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académe des sciences et de l'Académie de médecine;

Vice-président : M. Félix Guyon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux;

Secrétaire général : M. le docteur Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine;

Secrétaires : MM. les docteurs Picqué, L.-H. Petit, Coudray;

Secrétaire-adjoint : M. Marcel Baudouin.

M. le baron Larrey prononce l'éloge de Legouest et de Maurice Perrin, et propose, comme président du prochain Congrès de chirurgie française, M. Demons (de Bordeaux).

M. Pozzi, secrétaire général, prend ensuite la parole pour rendre compte de la situation financière. Il constate que les membres du Congrès sont au nombre de 266 et qu'il est nécessaire d'élever à 25 francs la cotisation de chaque membre du prochain Congrès. Il réclame la nomination d'un secrétaire général adjoint.

COMMUNICATIONS

Une modification pratique de la méthode antiseptique de Lister. — M. OSCAR BLOCH (de Copenhague). La méthode du traitement antiseptique des plaies, dont on se sert généralement à présent, a cet inconvénient que l'étoffe de pansement préparée perd de sa valeur antiseptique, et cela de plus en plus, selon la durée de la conservation. D'ailleurs, la préparation d'étoffes antiseptiques exige beaucoup de peine. L'auteur communique une manière spéciale d'appliquer la méthode du traitement antiseptique des plaies. En voici le principe : l'étoffe stérilisée qui sert à faire le pansement est empaquetée de façon qu'elle puisse se conserver aussi longtemps qu'il plaira, sans perdre de sa qualité d'étoffe stérilisée ; le supplément antiseptique du pansement est produit au moment même où l'on doit se servir de celui-ci. Il suffit de l'imprégner d'eau phéniquée. Le pansement ainsi préparé n'irrite pas la peau et n'est pas toxique.

Traitement chirurgical de la pérityphlite. — M. ROUX (de Lausanne). L'auteur recommande l'intervention, dans certains cas, et pratique à la paroi abdominale une incision analogue à celle qui se fait pour aller à la recherche de l'iliaque externe.

Les greffes appliquées à la guérison des difformités par cicatrices. — M. HEYDENREICH (de Nancy). Un grand nombre de difformités par cicatrices (adhérences anomales, flexion forcée des membres, déviations diverses, etc.) peuvent être guéries par la méthode suivante : on enlève le tissu cicatriciel, de manière à permettre le redressement des parties, et on recouvre la surface saignante ainsi obtenue au moyen des greffes pratiquées suivant la méthode de Thiersch. Cette manière de procéder, qui est d'une grande simplicité, a fourni d'excellents résultats à M. Heydenreich qui cite deux observations intéressantes. Dans le premier

cas, il s'agit d'un enfant qui avait, à la face palmaire de la main gauche, une cicatrice empêchant l'abduction du pouce. Dans la deuxième observation, l'auteur rapporte l'histoire d'un jeune homme brûlé grièvement par un pétard. La brûlure intéressait l'aine gauche et la partie antérieure de la cuisse jusqu'à 5 centimètres au-dessus de la rotule.

La brûlure dépassait encore les limites précédentes, car le creux poplité avait été atteint par le pétard. La cicatrice avait déterminé la flexion de la cuisse sur le bassin. Le fémur formait avec l'abdomen un angle obtus.

Les résultats obtenus par les greffes furent très bons.

L'expérience démontre que la surface greffée n'éprouve qu'une faible rétraction. Il y a ressemblance parfaite entre la peau voisine et la surface greffée. Cette similitude est d'autant plus complète que la sensibilité reparaît sur la greffe.

En cas d'insuccès, l'opéré ne se trouve pas dans une mauvaise situation, au point de vue des interventions futures. On peut, en effet, recommencer sans dommage.

Une comparaison rapide de cette méthode avec la méthode italienne permet de mettre en relief les avantages du procédé dont s'est servi M. Heydenreich.

Thiersch redoute les antiseptiques. M. Heydenreich a employé avec avantage les solutions d'acide phénique à 1 et 2 p. 100.

L'auteur donne le conseil de tailler des lambeaux épidermiques. Il est inutile, pour le moins, d'attaquer profondément la peau. Si le bistouri pénètre jusqu'au tissu cellulo-graisseux, la greffe a beaucoup moins de chance de réussir. Plus le lambeau sera superficiel, plus la réussite sera certaine.

Le pansement se compose de bandelettes de protective imbriquées. Les pansements rares sont les meilleurs.

Valeur des ponctions intestinales dans certains cas d'obstruction intestinale. — M. DEMONS (de Bordeaux). La thérapeutique de l'occlusion intestinale est encore, à l'heure actuelle, hérissée de difficultés. La question reste ouverte. Les phlegmasies sous-péritonéales, péricæcales, etc. produisent des compressions intestinales qui peuvent amener l'interruption dans le cours des matières. Des accidents graves (anxiété, gêne respiratoire, vomissements, etc.) se produisent. L'expérience a démontré que, dans un certain nombre de ces cas, on était en présence d'un étranglement interne ou d'une péritonite. Souvent le praticien est embarrassé et sa conduite hésitante.

S'il existe une douleur localisée, avec les symptômes indiquant l'existence d'une occlusion intestinale, l'indication semble être d'aller à la recherche du mal et d'opérer. Il faut, en effet, faire une opération sanglante, quand un abcès est formé. Mais s'il n'y a pas de suppuration, pourquoi ferait-on une laparotomie? Cette intervention grave n'est pas indiquée. Il faut alors avoir recours aux ponctions intestinales, quand on a épuisé tous les moyens médicaux usités en pareil cas (purgatifs, lavements, électricité). On peut ranger la pratique des ponctions intestinales entre le traitement médical de l'occlusion intestinale et les opérations chirurgicales dirigées contre cette affection.

Une jeune femme, atteinte de constipation opiniâtre, de météorisme, et ayant des vomissements jaunâtres, se trouvait dans une situation critique. Les moyens médicaux avaient été vainement essayés. L'occlusion persistait. M. Demons, appelé pour faire la laparotomie, se contente de pratiquer sur la ligne médiane, et au niveau d'un point bien sonore à la percussion, une ponction avec une aiguille n° 1 de l'appareil Dieulafoy. Il retire quinze seringues de gaz. On fait une deuxième ponction, puis une troisième permettant de retirer une demi-seringue de gaz. Bref, on obtient un soulagement très notable et bien évident. C'est ce qui encouragea M. Demons à plonger six fois l'aiguille dans l'intestin. Le lendemain nouvelle ponction qui permet de ramener dans l'appareil Dieulafoy du gaz et un peu de liquide jaunâtre. Pendant cinq jours, la malade est soumise à des ponctions répétées. L'amélioration se maintient.

Par le toucher vaginal et rectal, on constate une tumeur inflammatoire dans le petit bassin. Une incision est pratiquée audessus du ligament de Fallope : sortie d'une grande quantité de pus. Au bout d'un certain temps, la guérison survient.

Il est certain que dans ce cas, la laparotomie — opération sérieuse — n'aurait pas donné un meilleur résultat que celui obtenu à l'aide des ponctions intestinales répétées. On a été au plus pressé, et on a donné à la guérison le temps de se produire, à la suite d'une intervention qui s'imposait et qui n'était pas difficile.

Une seconde malade, ayant une hématocèle péri-utérine suppurée, fut soumise à des ponctions intestinales pour combattre le météorisme qui aggravait singulièrement la situation. L'effet de ces ponctions fut excellent. L'état de l'opérée s'améliora et M. Demons put inciser, par la suite, le cul-de-sac postérieur. La guérison fut obtenue.

La troisième opération est pratiquée sur une petite fille. Elle était dans un triste état : l'abdomen distendu, le pouls fréquent et la fièvre élevée. Il y avait arrêt dans le cours des matières. La pression sur l'abdomen avec la main n'était pas trop douloureuse.

Des ponctions répétées furent suivies d'une amélioration. Peu de temps après, un gros abcès s'ouvrit spontanément dans la région lombaire.

Le quatrième cas se rapporte à une femme que M. Demons avait opérée, peu de temps auparavant, pour un kyste de l'ovaire. Les accidents du péritonisme étaient inquiétants. Il existait, tout particulièrement, un météorisme considérable. M. Demons, après avoir enlevé quelques sutures abdominales, pratiqua des ponctions intestinales. Cette tentative fut suivie de succès.

Il y a quatre ans, M. Demons donnait des soins à un homme qui présentait des symptômes d'étranglement interne (vomissements fécaloïdes, ventre distendu, état général grave). On avait donné déjà plusieurs purgatifs à ce malade. Des ponctions firent sortir de l'intestin soixante seringues de gaz. Deux heures après, il y avait une amélioration sensible. Cet homme mourut deux ans après : il avait un cancer intestinal. Si on avait pratiqué la laparotomie, lors des accidents, au lieu de piquer l'intestin avec la fine aiguille de Dieulafoy, aurait-on prolongé de treize mois la vie de cet homme?

Enfin, un jeune homme de vingt-cinq ans présentait les symptômes ultimes d'un étranglement interne. Son état était à peu près désespéré. Plusieurs ponctions furent faites à deux reprises. La guérison prouva l'excellence du procédé.

Comment se fait-il qu'un moyen aussi facile, aussi simple, à la portée de tout le monde, soit si peu employé?

C'est une méthode française qui a été reprise par les Anglais, dans ces derniers temps. Il est bon de revenir à une pratique qui a été en honneur dans notre pays.

Même quand la laparotomie est nettement indiquée, il n'est pas inutile d'enfoncer une aiguille dans l'intestin pour le vider de ses gaz. On sait, en effet, que dans la laparotomie, le météorisme constitue une des grosses difficultés de l'opération. En vidant l'intestin de ses gaz, la recherche des lésions sera plus facile et on se rendra facilement maître des anses intestinales qui tendent quelquefois à sortir hors du ventre.

M. Demons s'est toujours servi de l'aiguille n° 1 de l'appareil Dieulafoy. Peut-être pourrait-on faire usage d'une aiguille plus grosse, mais cela ne serait pas prudent. Les précautions antiseptiques ont toujours été soigneusement observées.

En résumé, la méthode des ponctions intestinales est inoffensive et doit être regardée comme un puissant moyen palliatif pour mettre fin aux accidents d'obstruction intestinale. Bien plus, c'est souvent une méthode curative excellente, et qui peut dispenser le malade de courir les risques d'une laparotomie grave.

Déformations permanentes des doigts et de la main, déterminées par la tuberculose. — M. LANNELONGUE (de Paris). On sait très bien aujourd'hui que le spina ventosa est une affection tuberculeuse. Nélaton avait déjà affirmé le fait. Gœntz (de Genève) pensait que la maladie était d'origine scrofuleuse.

En 1878, il décrivit, sous le nom d'ostéite tuberculeuse, l'affection dont M. Lannelongue s'occupe aujourd'hui.

La tuberculose agit sur les phalanges, tantôt insidieusement, avec lenteur, tantôt avec rapidité. Mais que la lésion se produise lentement ou promptement, le résultat est le même, il y a perte de substance, nécrobiose de l'os. En même temps apparaît un processus de réparation.

Les déformations qui portent sur les doigts se présentent sous différents aspects. On peut créer quelques types.

L'allongement des phalanges peut se produire suivant des modes variables. Tout d'abord la première phalange, en même temps qu'elle est augmentée de longueur, peut être atteinte d'hyperostose : elle est donc plus grosse et plus longue qu'à l'état normal. Dans une deuxième variété, la première phalange est allongée, mais elle n'est pas déformée. La deuxième phalange est réduite de volume, elle est moins longue qu'elle devrait l'être. Dans les cas de ce genre (première phalange allongée, deuxième moins longue), le doigt a sa longueur normale.

Une autre variété doit être désignée sous le nom de doigt *rentrant*. Les altérations portent sur le métacarpien, celui-ci cesse de s'accroître, quand les doigts continuent à s'allonger. L'articulation métacarpo-phalangienne correspondante est plus élevée que les autres. Dans cette déformation, le doigt paraît plus court, mais en réalité il a conservé sa longueur.

Il suffit d'indiquer la variété dite doigt *flottant* ou *ballant*.

Dans le doigt repoussé, le métacarpien se développe plus qu'il ne convient, il s'allonge et repousse le doigt.

On doit signaler les cas dans lesquels il existe une déviation de l'axe des doigts. La première phalange est luxée en avant, et les deux autres sont portées en arrière. Les déplacements ont pour point de départ l'action musculaire qui prédomine. Il se passe au niveau des doigts le même phénomène que l'on observe dans la coxalgie, etc. La déviation a toujours lieu dans le même sens, en subissant l'influence prépondérante d'un muscle ou du groupe de muscles.

Aux doigts, l'action qui imprime à la déformation son aspect spécial est celle des fléchisseurs. Les tendons extenseurs, ainsi que le fait a été constaté en maintes occasions, sont plus altérés que les tendons fléchisseurs. Leur destruction est plus facile par propagation de la lésion osseuse, car on sait que leur gaine est plus proche des os que la gaine des fléchisseurs.

Parfois plusieurs doigts sont atteints en même temps et il peut exister des déformations entrant dans l'une des catégories précédentes.

En résumé, à la première période, quand il n'existe qu'un peu de gonflement, quand les articulations et les gaines synoviales sont respectées, on peut, par quelques moyens locaux (teinture d'iode) et surtout par une médication tonique et reconstituante, par une hygiène appropriée, guérir la malade et conserver le doigt dans un état satisfaisant. Dans d'autres cas, on échoue, quoi que l'on fasse. Les fongosités émergent et les lésions suivent une marche envahissante.

Il faut intervenir et enlever tout ce qui est mauvais. On ne craindra pas de pratiquer, au besoin, la résection totale de la phalange. On réussit quelquefois, mais malheureusement pas dans tous les cas.

La séance est levée à quatre heures.

Séance du 8 octobre (matin). — Présidence de M. Larrey.

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES POUR LES TUBERCULOSES LOCALES.

M. GUYON (de Paris) donne les résultats éloignés de deux opérations tentées pour la cure radicale de la tuberculose vésicale. Il insiste sur la fréquente localisation des lésions dans les vésicules séminales et la prostate, alors qu'il n'existe aucune altération apparente ou histologique des reins. Si l'état local et l'état général ne peuvent laisser l'espoir de faire une cure radicale, on peut encore pratiquer la taille hypogastrique qui modifie très heureusement les lésions et améliore l'état moral des malades. La taille périnéale ne peut-elle pas rendre les mêmes services? Il y avait lieu de le penser *a priori*. La taille périnéale est plus simple et plus facile, mais malheureusement elle n'a pas donné d'aussi bons résultats que sa rivale, la taille hypogastrique. Dans la thèse de Hartmann, on trouvera six cas qui militent en faveur de l'ouverture de la vessie par l'abdomen. La taille hypogastrique est, dans certains cas, le seul moyen de soulager, sinon de guérir les malades atteints de cystite tuberculeuse.

L'intervention précoce peut être suivie d'une guérison complète. Il est malheureusement difficile de dire d'une façon précise ce que l'on entend par intervention précoce. Parfois on opère alors qu'on croit être au début des lésions vésicales et on ne récolte que des insuccès. Dans d'autres cas, au contraire, l'intervention porte sur des sujets malades depuis plusieurs mois, et le succès est complet.

Il est permis d'espérer qu'en se renseignant à toutes les sources fournies par la clinique, le chirurgien parviendra à reconnaître les cas peu avancés susceptibles d'une cure radicale. Mais si celle-ci ne peut être tentée raisonnablement, il sera encore indiqué de pratiquer la taille hypogastrique, qui est un moyen palliatif excellent.

M. LAVAUX (de Paris) pense que la taille hypogastrique n'est pas indiquée dans la tuberculose vésicale. Grâce aux injections intra-vésicales de cocaïne et d'acide borique, pratiquées sans taille, on obtient d'excellents résultats, sans faire courir des risques inutiles aux patients.

M. GUYON ne dit pas de faire systématiquement la taille hypogastrique à tous les individus qui ont de la tuberculose vésicale. Ce n'est pas sa pratique. Et la preuve c'est qu'il n'a trouvé que peu de sujets à opérer de cette façon, parmi les nombreux malades qu'il voit chaque jour. Le traitement médical améliore incontestablement beaucoup de cystites tuberculeuses. Cependant, dans certains cas, l'évolution de la maladie oblige le chirurgien à une intervention plus active. Mais si, malgré tous les moyens usités pour calmer la douleur, celle-ci ne cède pas, on est autorisé à pratiquer la taille hypogastrique. On connaît la bénignité des opérations en général, depuis l'introduction des antiseptiques dans la pratique chirurgicale. A cette heure, on a le droit d'être hardi et de se demander, dans certains cas, s'il n'y a pas lieu de tenter une opération radicale pour débarrasser un sujet d'une tuberculose locale. Il n'est pas possible de donner une solution définitive à ce problème de thérapeutique, mais la pratique de M. Guyon lui permet d'espérer la cure radicale, dans cette affection rebelle des voies urinaires.

M. VERNEUIL (de Paris). La question du traitement des tuberculoses locales est importante. Ces affections sont, en effet, fréquentes; la nature ne peut rien ou presque rien contre elles et la thérapeutique échoue le plus souvent. Il est donc naturel de s'adresser à la médecine opératoire pour arrêter des lésions qui s'étendent sans cesse. Il y a une sorte de concurrence entre la médecine opératoire et la thérapeutique, pour guérir les tuberculoses locales. On doit examiner de sang-froid et sans parti pris les avantages et les inconvénients réciproques de la thérapeutique conservatrice et de la médecine opératoire. Pour élucider ce débat toujours ouvert, il importe peu d'émettre des hypothèses et de bâtir des théories. Il faut des faits pour trancher cette question qui l'intéresse depuis quarante ans. Si l'on veut arriver à un résultat pratique, les opérateurs doivent classer les cas dans lesquels la chirurgie intervient.

Il est nécessaire de diviser les résultats immédiats, que l'on obtient par une opération, en résultats bons, médiocres, nuls et mauvais.

Le résultat *bon*, c'est le succès opératoire réalisé complètement. La cicatrisation est parfaite, l'accident disparaît. Ce bon résultat est souvent obtenu, grâce à la méthode antiseptique.

Dans la catégorie des résultats *médiocres*, il faut ranger ces cas qui ne sont pas des succès opératoires complets. L'échec n'est pas complet non plus ; c'est un résultat mixte, bâtard. L'abcès n'existe plus, par exemple, mais une fistule persiste. Il y a soulagement, mais non guérison. C'est l'opération palliative.

Le résultat peut être *nul*. La chose est facile à comprendre. Il existait une fistule, on l'a ouverte, elle ne se cicatrise pas. On a transformé un tunnel en un canal ouvert.

Les résultats sont parfois *mauvais* et même mortels, en dépit de tout ce que l'on peut dire à ce sujet. Les méthodes antiseptiques ne mettent pas les opérés à l'abri d'une terminaison funeste. Une intervention bénigne peut se terminer par la mort. On pratique une opération de gravité insignifiante et on voit survenir la granulie. Tantôt la mort arrive peu de jours, peu d'heures après l'acte chirurgical, tantôt l'intervention a fait naître des accidents graves qui évoluent lentement, mais qui finissent par se terminer par la mort. Il faut donc savoir qu'en dehors de toutes les complications pyohémiques, septicémiques, qu'en dehors de tous les accidents dus à la suppuration, les opérés meurent pour des raisons multiples que j'ai maintes fois exposées.

A côté des résultats immédiats, il faut mettre les résultats *éloignés*. Ceux-ci sont bons, médiocres, nuls ou mauvais.

Les résultats éloignés sont bons, quand, au succès opératoire, se joint le succès thérapeutique. Il faut l'avouer, pour les tuberculoses locales, souvent les résultats éloignés sont mauvais. Mais il y a lieu de faire des distinctions. Certaines régions semblent donner de meilleurs résultats que d'autres. C'est ainsi que l'on sait que les résections du coude guérissent bien, en général. On n'en peut pas dire autant de plusieurs autres résections.

Les résultats éloignés sont médiocres, quand les lésions tuberculeuses reparaissent *in situ* ou à distance, après une trêve qui peut durer plusieurs mois, un an et même plus. Les cas de ce genre sont fréquents. Les malades peuvent vivre pendant de longues années, mais la mort survient du fait des lésions bacillaires.

On ne doit pas ranger indifféremment tous les cas. Il est nécessaire de faire des catégories. Il faut tenir compte des circonstances qui tiennent à la lésion elle-même, au malade, au milieu dans lequel se trouve le patient, et à l'opération. Enfin on ne négligera pas les circonstances qui ont précédé et suivi l'acte chirurgical. On prendra en considération le siège et l'étendue des lésions. Les enfants, les adolescents, les adultes, les vieillards atteints de tuberculose locale, ne se comportent pas de la même façon, en présence du bacille de Koch. L'hérédité est un facteur important dans l'appréciation des cas. Enfin les sujets riches et les individus qui subissent l'influence déprimante de la misère, réagissent d'une façon différente.

C'est en classant tous les faits dans différentes catégories, qu'on arrivera à une saine appréciation. Peut-être parviendra-t-on ainsi à reconnaître les cas qui devront être traités par le bistouri, le fer rouge, etc., et ceux qui sont du ressort de l'hygiène et d'une thérapeutique non chirurgicale.

M. **HOUZEL** (de Boulogne-sur-Mer). Le traitement le plus efficace à opposer aux tuberculoses locales, est l'ablation hâtive et complète ; elle a des avantages immédiats et éloignés qui sont les suivants :

Le premier bénéfice est de faire disparaître, en quelques jours, des lésions rebelles mettant souvent plusieurs années à se guérir, quand elles se guérissent.

En observant scrupuleusement la méthode antiseptique, sans aucun danger post-opératoire, elle donne une cicatrice linéaire, à peine apparente, que le chirurgien peut dissimuler dans les plis naturels de la région, tandis que la maladie, abandonnée aux seules ressources de la thérapeutique médicale, aboutit presque toujours à une suppuration prolongée, laissant après elle de larges cicatrices réticulées.

Les résultats éloignés sont non moins précieux : tout en sauvegardant le présent, le bistouri préserve l'avenir.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien la tuberculose locale n'est qu'un accident ; en la supprimant alors, avant qu'elle ait eu le temps d'infecter le malade, on la guérit rapidement et sûrement ; — ou bien elle n'est que l'expression d'un état général de l'économie, et l'ablation est encore le traitement qui donne le plus de chances de guérison.

Tant qu'un individu est seulement en puissance de tuberculose, sans manifestations locales, la thérapeutique et l'hygiène peuvent le sauver : mais dès qu'un foyer s'est engendré, dès qu'il y a là des produits actifs, vivants, dont l'évolution naturelle est de gagner de proche en proche, jusqu'à ce qu'ils soient maîtres de la place, la maison est en flammes, il faut coûte que coûte arrêter l'incendie, dût-on, pour l'éteindre, détruire une partie du logis.

M. **BOUSQUET** (de Clermont-Ferrand). L'examen impartial des faits qu'il a opérés permet à l'auteur d'arriver à établir les propositions suivantes :

1° Les opérations pratiquées pour les tuberculoses locales, en s'entourant des procédés de la méthode antiseptique, ne donnent lieu à aucune complication ;

2° Même dans les cas où nous avons été obligé de faire des incisions fort étendues, nous n'avons jamais vu se produire une généralisation du mal ;

3° Dans les cas où nous avons été obligé d'intervenir sur des personnes dont les poumons présentaient des lésions manifestes de la tuberculose, non seulement il n'y a pas eu aggravation du mal, mais les patients se sont fort bien trouvés de l'intervention Leur état général s'est amélioré ;

4° A moins de contre-indication absolue par l'état trop avancé de la lésion pulmonaire, toutes tuberculoses rentrant dans la classe de celles que nous avons étudiées (tuberculose du tissu cellulaire, des os et des articulations) doivent être l'objet d'une intervention chirurgicale locale ;

5° L'amputation du membre nous paraît la seule ressource dans les tuberculoses osseuses diffuses, envahissantes ; mais alors il ne faut s'y résoudre qu'après avoir employé tous les moyens thérapeutiques utilisés en pareille circonstance pour arrêter les progrès du mal.

M. **DANIEL MOLLIÈRE** (de Lyon). A. *Suites immédiates* : 1° Les opérations ne sont dangereuses chez les tuberculeux que parce qu'elles nécessitent le repos au lit et déterminent une réaction fébrile.

Les faits démontrent que les phthisiques peuvent, aussi bien que d'autres, supporter les opérations, pourvu qu'ils soient préservés de la fièvre traumatique.

Donc, avec la méthode antiseptique, les opérations ne sont pas plus dangereuses chez les phthisiques que chez les autres malades ;

2° L'administration des anesthésiques semble exercer une action défavorable sur la marche de la tuberculose. Elle doit donc être aussi courte que possible ;

3° En pratiquant des opérations radicales en cas de tuberculose locale, on peut obtenir des réunions immédiates comme chez d'autres patients ;

4° L'infection mixte chez les tuberculeux peut compromettre les résultats immédiats des opérations ;

5° Les opérations banales (kélotomies, amputations traumatiques, etc.) donnent des résultats immédiats aussi favorables chez les tuberculeux que chez les autres malades.

L'influence de la phthisie sur l'évolution des plaies est donc douteuse.

B. *Suites éloignées* : 1° L'extirpation des tuberculoses locales peut donner des résultats durables, sinon définitifs, et préserver l'organisme de l'infection générale ;

2° En supprimant l'infection mixte, elles peuvent retarder la marche de la généralisation ;

3° En se bornant à examiner les résultats des opérations pour tuberculose osseuse, on voit :

a. Que, pour le membre supérieur, les opérations conserva-

trices peuvent donner des résultats durables au double point de vue fonctionnel et vital (ablation des articulations du membre supérieur);

b. Que, pour le membre inférieur, les résultats fonctionnels de ces opérations n'ont qu'une durée limitée (deux ou trois ans). Les résultats curatifs sont nuls;

c. L'amputation pratique à tenter donne des résultats beaucoup plus durables, sinon définitifs.

Ces conclusions ne sont applicables qu'aux adultes. L'auteur fait toutes réserves au sujet de la chirurgie infantile.

M. OLLIER (de Lyon) ne veut parler que des résultats des résections pratiquées sur des sujets atteints de lésions tuberculeuses du pied. On a dit que les résections qui portaient sur le pied donnaient, d'habitude, des résultats opératoires mauvais. Ces insuccès sont-ils dus à une particularité anatomique ou physiologique de la région? Il ne le croit pas.

En principe, il est partisan de l'amputation chez les tuberculeux ayant dépassé trente et surtout quarante ans. Mais cette règle générale souffre de nombreuses exceptions. C'est ainsi que, dans une circonstance spéciale, il a été amené à faire la résection des os du pied chez un individu qui avait dépassé la quarantaine. Le résultat a été excellent et se maintient toujours.

Il a enlevé trente-deux fois l'astragale, quelquefois avec le calcanéum. Dans cette série, il n'a relevé aucune mort immédiate.

Le coude, a-t-on dit, est une région privilégiée pour la réussite des résections. C'est vrai. Pourquoi? Parce que les opérés peuvent sortir vite de l'hôpital où ils respirent un air mauvais. Ils quittent les salles et vont dans une atmosphère plus pure, tandis que les malades, qui ont subi une résection sur les os du pied, sont obligés de rester à l'hôpital pendant plusieurs mois. Ils sont dans des conditions défectueuses d'hygiène. Le bacille est autour d'eux et ne demande qu'à recommencer une nouvelle culture sur le même sujet. Il faut donc ménager la sortie des opérés de cette catégorie. Il faut qu'ils quittent l'hôpital le plus tôt possible.

Depuis neuf ans environ, M. Ollier a recommencé les résections portant sur l'astragale. Il avait abandonné la pratique de ces opérations, à cause des mauvais résultats qu'il avait constatés à l'époque où on faisait mal l'antisepsie. Depuis qu'il a recommencé les résections du pied, en se servant de la méthode antiseptique, il a obtenu des succès incontestables. En ce moment, il compte douze à treize opérés qui datent de plus de six ans. Les résultats éloignés sont excellents, car tous ces individus, qui ont subi la résection de l'astragale, marchent bien, et, fait important, ils n'ont aucune récidive au niveau de l'articulation.

Quatre, parmi ces opérés, ont repris leur vie de cultivateur. D'autres continuent à mener leur ancienne existence, et exercent leur métier comme par le passé.

Dans un certain nombre de cas, au moment de l'opération et dans les pansements ultérieurs, il faut avoir en vue l'ankylose. Mais dans d'autres circonstances, il faut savoir qu'on peut obtenir des mouvements.

Quelques malades ont succombé du fait de la tuberculose, qui avait envahi des organes importants. C'est un point difficile de la pratique, que de savoir quand il faut réséquer des os atteints de tuberculose. A son sens, il ne faut pas réséquer les os, quand la tuberculose est avancée. Les cas moyens sont favorables. Si les lésions locales sont très profondes et très étendues, l'amputation est préférable. Il faut amputer dans les cas douteux, chez les malades qui ont des altérations osseuses, permettant au chirurgien de se demander ce qu'il vaut mieux faire. Le plus souvent il sera bon de faire de préférence l'amputation. Cependant, il ne faut pas trop généraliser et négliger la résection.

Il existe des tuberculoses locales éteintes : les bacilles ont disparu, les altérations osseuses ne se manifestent guère que par la présence des fistules. Ce sont des foyers éteints. La tuberculose n'existe pour ainsi dire plus dans ces os. La résection donne de très beaux succès.

Mais il y a des tuberculoses locales somnolentes; sous l'influence d'un trauma, le réveil de la tuberculose se manifeste. En somme, quand la tuberculose locale n'a pas une marche envahissante, quand les ganglions sont respectés, on peut opérer.

Il faut insister sur l'absence de récidive, après les résections dont il s'agit. Mais, dira-t-on, ces opérés qui sont guéris localement peuvent avoir ailleurs une manifestation bacillaire, dans un temps plus ou moins éloigné. C'est exact, mais quand on voit un individu qui a subi une résection de l'astragale et du calcanéum se porter très bien, marcher fort convenablement et vivre sans récidive locale, on peut considérer cet individu comme guéri de sa tuberculose locale. Que si une altération tuberculeuse se produit dans un point quelconque de l'économie, loin du foyer, cette détermination de la maladie bacillaire ne provient pas de la lésion locale. L'économie était déjà infectée ou s'est infectée par la suite, mais l'arthrite et les lésions osseuses des os du pied n'ont pas été la cause de l'infection à distance.

Quand faut-il pratiquer les résections des os? Certes, au point de vue des succès opératoires, on peut dire que plus on opère de bonne heure, meilleurs sont les résultats. Mais l'intervention trop précoce est déplorable, parce que, dans beaucoup de cas, on peut éviter au malade une opération sérieuse. Il faut opérer quand il y a des lésions irréparables dans l'articulation.

Chez l'enfant, les résections, comme on le sait, donnent des succès très beaux. On peut faire, chez eux, des opérations économiques et intervenir souvent, beaucoup plus souvent que chez l'adulte.

En résumé, même dans les résections portant sur les os du pied, on obtient des résultats éloignés excellents, à la condition de faire des opérations conservatrices aussi complètes que possible. On réussira à éviter un grand nombre d'amputations qui semblent être nécessaires. On aura soin de faire quitter l'hôpital aux opérés, dans un bref délai. C'est une condition de succès.

Il est certain que le chirurgien qui désire faire une opération brillante, consigner dans son observation la réunion par première intention et signer l'exeat du malade le quinzième jour, à partir du jour de l'intervention, ce chirurgien se résignera difficilement à pratiquer des résections pénibles et qui immobilisent les opérés pendant des mois. Mais, quand on y réfléchit, on doit se féliciter d'avoir conservé un pied qui rend des services à l'opéré, plutôt que d'avoir sacrifié une partie d'un membre à la satisfaction d'avoir pratiqué une rapide et facile amputation.

M. DÉMOSTHÈNES (de Bucharest). Dans sa pratique hospitalière, il a observé 15,4 p. 100 de tuberculoses locales sur l'ensemble des malades admis dans ses salles. Il a pratiqué 281 opérations (grandes et petites) pour guérir les tuberculoses locales. Parmi ces opérations, quelques-unes étaient d'une réelle gravité, néanmoins la mortalité opératoire n'a été que de 4,2 p. 100. Les résultats immédiats sont assez favorables. Les résultats éloignés sont difficiles à faire connaître. Ils échappent à toute statistique. On sait qu'il est difficile de suivre les malades qui ont quitté l'hôpital.

Certains d'entre eux, qui ont été guéris localement, ont été indemnes de tuberculose ultérieure. Il n'en est pas, malheureusement, toujours ainsi. Ainsi, après l'extirpation des ganglions, la récidive est assez rapide. Quelquefois trois semaines après l'opération, on voit survenir un chapelet ganglionnaire dans la région même où étaient les ganglions extirpés.

Les lésions osseuses récidivent assez fréquemment, mais la récidive met plus longtemps à se montrer. Les abcès tuberculeux, traités d'une façon radicale, se reproduisent souvent extrêmement vite.

Dans les lésions tuberculeuses des os, il est préférable de faire des amputations que des résections, à cause de la fréquence des récidives après les résections. Cependant, une opération conservatrice complète a beaucoup de chance de guérir complètement.

Les résultats immédiats, à la suite des opérations dirigées contre la tuberculose locale, sont très souvent favorables.

Les résultats éloignés dépendent du genre d'opération faite. Il faut faire entrer en ligne de compte, pour l'appréciation des résultats, le siège et l'étendue des lésions, l'acte opératoire lui-

même qui aura été large ou parcimonieux, l'état général du malade, etc.

Quoi qu'il en soit, on n'est jamais sûr de mettre un sujet, opéré pour une tuberculose locale, à l'abri d'autres manifestations de même nature.

Peut-être obtiendra-t-on des résultats plus heureux, quand on connaîtra mieux les conditions de multiplication des bacilles de Koch. La méthode d'atténuation du virus, qui a donné des résultats remarquables entre les mains de M. Pasteur, deviendra peut-être le point de départ d'une révolution dans la thérapeutique des affections tuberculeuses locales.

En attendant, il faut attaquer directement ces lésions bacillaires localisées, car il y a des chances de guérison complète. Il s'agit de déterminer les cas opérables et de choisir le moment opportun pour intervenir dans les meilleures conditions.

M. TERRILLON (de Paris). Le traitement chirurgical de la salpingite tuberculeuse était inconnu jusqu'à ce jour. Dans le cours de ses laparotomies, M. Terrillon a eu la bonne fortune de rencontrer six cas d'oophoro-salpingite tuberculeuse. La tuberculose était localisée aux ovaires et aux trompes. Les bacilles n'existaient pas ailleurs. Il faut dire, tout d'abord, que les résultats immédiats ont été bons, d'une façon générale.

Quand doit-on pratiquer l'opération? Quels sont les résultats éloignés de l'ablation des annexes malades dans les cas de salpingo-ovarite tuberculeuse? Voici quelques observations résumées qui faciliteront la solution des questions qui ont été posées :

Premier cas. — Jeune femme de vingt-deux ans, mère de deux enfants. Symptômes de suppuration du bassin. Opération en septembre 1886. Abcès caséeux de la trompe et de l'ovaire. Pus tombé dans le péritoine. Drainage. Mort.

Deuxième cas. — Femme de vingt-quatre ans. Salpingite depuis cinq ans. Lors de l'opération, on constate que l'une des trompes est grosse comme les deux poings et qu'il existe des masses tuberculeuses dans l'ovaire. De l'autre côté, rien. Ablation des annexes malades. Guérison.

Troisième cas. — Malade depuis sept ans. Suppuration. On enlève deux poches purulentes du bassin ; drainage ; guérison. Ne souffre plus. L'opération date du 2 mars 1885.

Quatrième cas. — Femme de trente ans. Symptômes apparaissent après un troisième accouchement. Signes de suppuration pelvienne. Râclage et ablation de la poche. Drainage. Guérison.

Cinquième cas. — Femme de vingt-six ans. Opérée le 12 avril 1889. Les trompes et les ovaires sont envahis. Le péritoine participe au processus. Guérison. Amélioration de l'état général.

Sixième cas. — Signes d'une salpingite chez une femme qui n'a jamais eu de grossesse. Trompes volumineuses avec granulations tuberculeuses sur les trompes et le péritoine. Guérison.

Ces cas prouvent que l'on doit pratiquer l'ablation des trompes et des ovaires tuberculeux. Le succès peut être obtenu comme dans les autres variétés de salpingite. Mais les difficultés opératoires sont considérables. Souvent les tissus sont adhérents aux parties voisines, et il faut se livrer à une pénible dissection. Dans certaines circonstances, l'extirpation est impossible ou du moins incomplète. L'infection du péritoine est facile.

A part ces difficultés opératoires, l'ablation des masses oophoro-salpingitiques d'origine tuberculeuse n'offre pas plus de dangers que si ces masses n'étaient pas de nature bacillaire. L'extirpation des trompes et des ovaires tuberculeux est aussi rationnelle que l'ablation de ces organes dans les autres variétés de salpingite et d'ovarite. Bien mieux, si on pouvait soupçonner la nature de la salpingite, il faudrait opérer le plus tôt possible.

La salpingite tuberculeuse doit être enlevée, car c'est une affection qui n'a aucune tendance à rétrocéder. Il faut empêcher l'extension au péritoine en supprimant le mal. La localisation de la tuberculose aux annexes prouve que l'affection reste cantonnée dans les trompes et les ovaires assez longtemps : nouvelle raison pour enlever la lésion avant la diffusion des bacilles. Enfin, en supprimant des masses oophoro-salpingitiques, on fait disparaître une cause d'affaiblissement de l'état général.

Le diagnostic de la nature de l'affection est difficile. Dans deux cas, M. Terrillon avait soupçonné l'origine tuberculeuse de la salpingite. On devra avoir l'attention éveillée sur ce fait que les femmes qui ont une salpingite tuberculeuse ne présentent pas, dans leurs antécédents, les causes ordinaires de l'inflammation des trompes (grossesse, fausses couches, blennorrhagie, etc.). La marche récidivante pourra peut-être servir à établir le diagnostic étiologique. Il est de toute évidence que l'on devra consulter soigneusement l'état des poumons. L'ancienneté de la lésion, le volume de la tumeur, les poussées successives feront penser à la tuberculose des annexes de l'utérus.

Les résultats obtenus seront-ils durables? Ils sont de date trop récente pour qu'il soit possible de faire une réponse définitive. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'état local s'est amélioré et que la santé générale a bénéficié de l'opération. Dans tous les cas, on ne peut nier le bénéfice obtenu.

M. ROUTIER (de Paris). Les lésions pulmonaires de la tuberculose ne sont pas une contre-indication à l'opération qui a pour but de traiter les affections tuberculeuses locales. Une caverne pulmonaire n'empêche pas d'intervenir avec l'instrument tranchant sur une lésion bacillaire locale. Les malades bénificient de l'opération, même quand leurs poumons sont très envahis.

Sa pratique démontre l'immunité et l'efficacité des opérations faites dans ces conditions.

Sur 880 opérations qu'il avait relevées l'an dernier, il avait signalé un cas de mort. L'opéré avait succombé à une pneumonie franche, non tuberculeuse (examen de M. le docteur Damaschino). Aujourd'hui il possède 150 opérations pratiquées pour guérir des tuberculoses locales. Il a eu 2 morts. La mortalité est donc de 1, 2 0/0. Le deuxième cas de mort se rattache à un individu qui avait subi l'amputation de Chopart. La mort était survenue par anurie. Un rein était rempli de matières caséeuses.

A l'heure actuelle, on peut pratiquer de grandes opérations sur les tuberculeux. L'antisepsie réduit les traumatismes au minimum de gravité.

Les résultats éloignés, difficiles à bien connaître, sont bons. Un individu, qu'il a amputé depuis plusieurs années, va bien. Deux cochers sont très satisfaits d'avoir subi des opérations graves pour des tuberculoses locales. Il n'a pas observé de fistule après ses opérations. L'extirpation des ganglions du cou ne donne pas de résultats satisfaisants. La récidive apparaît au bout de six, huit mois, un an.

En résumé, les opérations pratiquées pour la cure des tuberculoses locales sont bénignes. L'antisepsie empêche le réveil de la diathèse. Bien mieux, la destruction du foyer local agit favorablement sur l'état général.

M. QUEIREL (de Marseille) est partisan des interventions chirurgicales dans le cas de tuberculose locale. Il faut nettoyer, curer ces lésions comme l'accoucheur pratique le curage quand l'utérus renferme des germes.

Les adultes ont besoin d'une intervention plus large que les enfants. Tout en tenant compte du réveil des états généraux par le trauma chirurgical, il y a lieu d'opérer ces affections tuberculeuses, car le traumatisme opératoire est réduit au minimum, grâce à l'influence des nouvelles méthodes.

La séance est levée.

Séance du 8 octobre (soir). — Présidence de M. REVERDIN.

COMMUNICATIONS

Des greffes osseuses. — M. PONCET (de Lyon). Un enfant de treize ans était atteint d'une ostéomyélite d'ancienne date et qui siégeait à la partie inférieure de la jambe droite. L'articulation tibio-tarsienne était remplie de pus. M. Poncet pratique une large incision, ôte de gros sequestres, procède à une véritable

décortication périostique et se sert de greffes osseuses antiseptiques. Le résultat immédiat fut bon. Trois ans après l'opération, on fait l'examen de ce jeune homme.

Tout d'abord l'opéré déclare qu'il marche facilement. Il venait de 17 kilomètres à pied et il avait déjà parcouru des distances plus considérables. Sa jambe droite lui rend d'excellents services, quoiqu'elle ait subi un raccourcissement de 8 centimètres. Le tibia sain s'est accru de 2 centimètres et demi en deux ans, mais le tibia du côté malade a perdu 2 centimètres. Il est probable que cette diminution dans la longueur du tibia est due à la pression exercée par le poids du corps sur l'extrémité supérieure de cet os. Cependant on avait pris des précautions minutieuses pour éviter cette pression. L'articulation tibio-tarsienne est ankylosée et le pied se trouve dans une bonne position. Ce jeune homme ne boite pas, malgré l'énorme raccourcissement de son tibia. Il porte une bottine qui lui permet de gagner 3 ou 4 centimètres. Son bassin est incliné de telle façon que la claudication est évitée.

Le résultat qu'ont donné ces greffes osseuses fragmentaires mérite de fixer l'attention. Ces greffes peuvent consolider, renforcer les os dans lesquels elles sont incorporées. Ces greffes bien disposées forment une sorte de mortier qui donne de la solidité à l'os.

Greffes autoplastiques larges. — M. OLLIER (de Lyon). Il s'agit de greffes ayant 10, 11 centimètres carrés, qu'on prend sur la peau de l'opéré, ou sur celle d'un membre récemment amputé. Pour découper de tels lambeaux on se sert d'un instrument large.

En 1871, M. Ollier s'est occupé de cette question. Il avait donné le nom de greffes dermo-épidermiques à ces larges lambeaux ainsi taillés. Il voulait obtenir en une seule séance une greffe très large et avoir une cicatrisation rapide. Il décrivit la greffe autoplastique. Le but de l'auteur était de refaire entièrement une grande surface de peau. A cette époque, on faisait mal l'antisepsie, cependant M. Ollier nettoyait la peau avec soin et recouvrait le lambeau d'une baudruche qui était enlevée le huitième ou le dixième jour. Il a revu les greffes ainsi pratiquées longtemps après l'opération. Elles étaient parfaites. Les poils n'étaient pas tombés. Au début de sa pratique, il a eu des échecs. Les opérations se faisaient dans de mauvaises conditions. Il est important, pour avoir un bon lambeau, un tissu non rétractile, de ne pas laisser de tissu cicatriciel.

M. Ollier a été étonné de trouver, dans les *Bulletins de la Société de chirurgie de Paris*, sa méthode de greffe décrite sous le nom de méthode de Thiersch. Il y a là une erreur. Dès le mois d'avril 1872, M. Ollier a communiqué, à l'Académie de médecine et à l'Institut, son procédé de greffe autoplastique. Cette communication a reçu une publicité suffisante dans les différents journaux scientifiques français. Il est vrai qu'on a oublié ces faits, même en France. Cependant la priorité de M. Ollier ne peut être mise en doute par personne.

Grâce à l'antisepsie et surtout à l'asepsie, on peut obtenir des greffes sur des tissus récemment cruentés, mais il est préférable de placer ces grands lambeaux sur des plaies en voie de granulation.

Quand la greffe est prise sur le sujet dont il s'agit de réparer la perte de substance, c'est une greffe autoplastique. Si la greffe est prise sur un membre amputé et transportée sur la plaie d'un individu, c'est une greffe dite omoplastique.

Dans ces derniers temps, M. Ollier a fait beaucoup de greffes osseuses. Il a pratiqué des trous dans des os et il y a introduit des chevilles faites avec des os de mouton. Cette petite opération avait pour but de consolider une pseudarthrose. Ces chevilles ont accéléré la consolidation.

Après avoir perforé des os de lapin, M. Ollier a mis d'autres os dans ces ouvertures. Ces os, introduits comme des chevilles, ont été rongés. Les chevilles osseuses ont disparu, mais elles ont servi à consolider l'os.

Résultat fonctionnel après résection totale de l'os iliaque; démonstration; présentation du malade. — M. ROUX (de Lausanne). La résection totale de l'os iliaque fut pratiquée pour débarrasser un homme, jeune encore, d'une énorme tumeur (chondro-sarcome). L'opération dura trois heures un quart. Le résultat est excellent.

Nature du coryza caséeux (1). **— M. BORIES** (de Montauban). On n'est pas fixé sur la nature du coryza caséeux. Les uns admettent que la matière caséeuse provient de matières qui s'écoulent des kystes dits butyreux. M. Duplay professe que ces masses sont dues à l'exfoliation épithéliale, etc. M. Bories déclare que le coryza caséeux est le résultat de la nécrobiose des masses polypeuses, sous l'influence de la compression que ces masses polypeuses éprouvent dans les fosses nasales.

L'auteur cite des observations qui démontrent la coexistence des polypes muqueux et de ces masses caséeuses.

M. Bories croit avoir saisi la transformation de la masse polypeuse en matière caséeuse. Il y a une sorte de dégénérescence caséeuse par un processus analogue à celui que produit le ramollissement cérébral, conséquence d'une endartérite ou d'une embolie.

Le coryza caséeux n'est pas une entité morbide; c'est le résultat d'un processus de dégénérescence, qui peut avoir pour point de départ différentes affections du nez.

Fibro-lipome de la capsule celluleuse du rein qui a nécessité la laparotomie et la néphrectomie. — M. THIRIAR (de Bruxelles). Quand l'opération fut entreprise, M. Thiriar avait diagnostiqué un kyste multiloculaire de l'ovaire droit.

Les renseignements donnés par la malade avaient contribué à donner le change au chirurgien. Le début de la tumeur remontait, au dire de la malade, à six mois. Elle avait débuté par la partie inférieure du ventre. Cette masse était fluctuante, mobile, occupait l'hypogastre, la fosse iliaque et remontait dans l'hypochondre et l'épigastre. Bref, la palpation et la percussion faisaient croire à une tumeur de l'ovaire.

Après l'incision de la paroi abdominale, on constate que la tumeur est sous-péritonéale. Le péritoine est ouvert. On tombe sur du tissu graisseux et la décortication de la tumeur se fait sans écoulement de sang.

L'uretère du rein droit ne peut être écarté. On le coupe. L'opérateur parvient à enlever une tumeur qui pesait 12500 grammes. Le rein était descendu du côté de la fosse iliaque. La néphrectomie est pratiquée séance tenante. Résection du péritoine qui est suturé de façon à refaire la cavité péritonéale. Les suites furent simples. La quantité d'urine, qui était de 200 ou 300 grammes le premier jour, atteignit 600 le deuxième jour et 1200 le troisième. La guérison fut complète. Quinze jours après, la malade sortait.

Il s'agissait d'un fibro-lipome de la capsule celluleuse du rein, tumeur rare, si l'on s'en rapporte au Traité des affections chirurgicales du rein de M. Le Dentu.

Pseudo-tumeurs autour de corps étrangers. — M. CASTEX (de Paris). Assez souvent on fait le diagnostic de fibrome, quand on est en présence d'un corps étranger méconnu qui s'est entouré d'une coque fibreuse. L'auteur rapporte plusieurs observations.

Un terrassier, âgé de 17 ans, avait une tumeur au-dessus de la rotule du côté gauche. Cette tumeur, du volume d'une noisette, était indépendante du ligament rotulien. Le diagnostic porté était : nodosité fibreuse. Il s'agissait d'une épine de bois noir dans une capsule fibreuse.

Une fille de onze ans présente, au niveau du tiers moyen et du tiers inférieur du bras, une tumeur qui pouvait être un fibrome

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 121.

ou un sarcome. Il sortit un jour une épine noire de cette pseudo-tumeur qui rétrocéda spontanément.

Les cas de M. Schwartz, de M. Routier, etc., sont à peu près semblables.

Le corps étranger, ayant pénétré à l'insu des malades, détermine la production d'une coque fibreuse. Ces pseudo-tumeurs ressemblent beaucoup à des fibromes. Il est bon de connaître les faits de ce genre. Parfois on évitera l'erreur, en interrogeant les individus qui portent cette lésion.

De l'emploi de la force dans le traitement de certaines formes de pied bot. — M. REDARD (de Paris) ne veut pas faire le parallèle des différentes méthodes usitées pour traiter le pied bot. Les opérations sanglantes, en particulier, sont indiquées dans certaines circonstances.

Le redressement donne des succès remarquables. La méthode est ancienne. Le redressement avec la main n'est pas toujours facile. Le procédé est brutal et aveugle. Les chirurgiens américains — Morton (de Philadelphie) en particulier — ont fait construire des appareils pour le redressement du pied bot. M. Trélat se sert d'un appareil pour redresser le varus équin. Tous ces appareils ont des inconvénients.

M. Redard a conçu le plan d'un appareil qui a été exécuté par M. Collin. M. Redard peut développer une grande force et d'une façon continue, en se servant de son modèle de redresseur du pied.

Il ne redresse pas le pied en une seule séance. Il mobilise progressivement, en gagnant un peu chaque jour.

Au bout de quatre mois, le traitement instrumental peut être terminé et le résultat très bon. L'appareil est destiné surtout à redresser le pied bot varus équin congénital.

Plus l'enfant est jeune, plus la réussite est facile.

Le redressement méthodiquement conduit est d'une innocuité parfaite.

Goître kystique double rétro-sternal suffocant.—M. BOUTARESCO (de Braïla). Deux tumeurs situées, l'une dans la région sus-claviculaire droite, l'autre à la région antérieure du cou, cette dernière s'avançant de 10 centimètres dans le médiastin. Extirpation en deux séances différentes. Guérison complète sans accidents tardifs.

Traitement des fractures transversales de la rotule par la boîte-gouttière à suspension, suivi de la formation d'un cal osseux, complète chez quatre sujets, incomplète chez les deux autres. — M. PHILIPPE (de Saint-Mandé). Des faits relatés dans ce travail, on peut tirer les conclusions suivantes :

La formation du cal osseux, après les fractures de la rotule, devient la règle par l'application de la boîte-gouttière à suspension. L'ossification a été complète pour les deux tiers des cas, incomplète pour l'autre tiers.

Le membre fracturé a recouvré ses fonctions et sa solidité dans la grande majorité des sujets atteints.

Il n'y a eu reproduction de la solution de continuité que chez un seul malade (cinquième observation), à la suite de circonstances toutes particulières ; l'ancienne fracture n'étant consolidée que depuis vingt-trois jours, le blessé était tombé sur le genou malade.

La durée du traitement a été de trente-neuf jours en moyenne.

La contexture de la nouvelle rotule présente des dispositions particulières ; elle diffère peu généralement de l'état normal ; elle est ordinairement plus longue que la rotule opposée.

Les résultats exceptionnels, obtenus par son appareil (1), doivent être attribués aux effets physiologiques de la suspension qui possède une action véritablement *sédative* sur la contraction musculaire, en relâchant les muscles et, en particulier, le triceps fémoral, dans les cas de fracture de la rotule, aussi bien que pour les autres fractures en général.

L'impossibilité dans laquelle se trouvent les chirurgiens d'obtenir la consolidation osseuse de la rotule, leur a suggéré la méthode de la suture de cet os, en ouvrant l'articulation fémoro-tibiale ; opération aidée de l'antisepsie.

Malgré l'opinion contraire des chirurgiens anglais et de quelques opérateurs français ; ce traitement est loin d'être inoffensif ; malgré l'observation scrupuleuse des règles antiseptiques.

Les accidents qu'on a observés après l'opération sont : des réactions vives ; suppuration ; nécrose ; ankylose ; septicémie ; il y a eu un cas d'amputation ; cinq cas de mort.

En faisant usage de la boîte-gouttière, on pourra réserver tout à fait exceptionnellement l'opération de la suture aux cas dans lesquels on aura pu constater l'impotence complète du membre affecté ; ce qui arrive surtout chez les malades atteints de fractures anciennes de la rotule. Or, ces derniers cas ne se présenteront presque jamais, puisqu'on possède une boîte à suspension qui assure la formation d'un cal osseux.

Les complications graves de la fracture pourront aussi nécessiter quelquefois l'ouverture de l'articulation.

L'auteur fera suivre la lecture de ce travail de la présentation du malade qui fait le sujet de sa sixième et dernière observation, dont la rotule a été complètement reconstituée et dont le membre a recouvré ses fonctions.

Les quatre autres blessés, de l'année 1868 à 1885, sont morts, longtemps après l'accident si ce n'est le sujet de la troisième observation qui a succombé à une maladie aiguë du cerveau tout à fait étrangère à la fracture.

Nouveau procédé pour la cure des fistules uréthro-rectales.—M. ZIEMBIKI (de Lemberg). Chez un malade qui avait subi vainement une série d'opérations, M. Ziembiki imagine le procédé suivant.

Dans un premier temps il fait une incision qui part du coccyx, va à l'anus, et une autre incision se dirigeant de la partie antérieure vers le raphé. Enfin, troisième incision autour de l'anus. Il mobilise le rectum en arrière et sur les côtés dans toute sa partie extrapérinéale, en respectant l'urèthre, mais de façon à séparer les orifices fistuleux sans augmenter la déchirure de l'urèthre.

Deuxième temps : Grâce à ce large décollement, avivement et suture séparée de chaque orifice.

Troisième temps : M. Ziembiki imprime une légère torsion au rectum, de façon à ce que l'urèthre ne corresponde plus à la même surface du rectum. On met ainsi en contact avec la paroi uréthrale une portion saine de la paroi rectale. La partie du rectum qui correspondait à la fistule n'est plus en rapport avec l'urèthre, par suite du mouvement de torsion. Le rectum est fixé dans cette nouvelle position. Guérison quatre semaines après. Par ce procédé on peut aviver et suturer facilement les orifices fistuleux.

Si la réunion par première intention n'est pas obtenue, on peut espérer un succès autoplastique d'une façon secondaire. On supprime les adhérences et on change le parallélisme des orifices fistuleux en faisant basculer le rectum.

La séance est levée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 octobre 1889. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une note de M. le docteur Collin, médecin-major, sur la vaccination des réservistes et des hommes de l'armée territoriale ;

(1) Voir pour la description l'*Union médicale* du 27 août 1870 ; *Manuel de petite chirurgie* de Jamain et Terrier, éditions de 1880 et de 1885 ; *Gazette des hôpitaux*, 19, 21, 30 juin, 3 et 12 juillet 1881.

2° Un pli cacheté sur le traitement de la leucorrhée, adressé par M. le docteur Abeille (de Nantes);

3° La relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur la population civile et militaire de Bourg-en-Bresse, en décembre 1888 et janvier 1889, par M. le docteur Aubert, médecin-major de première classe.

COMMUNICATIONS

Comment l'iodure de potassium agit sur le cœur. — M. GERMAIN SÉE lit sur ce sujet un travail qu'il résume de la manière suivante :

Le vrai médicament du cœur, c'est l'iodure de potassium. Loin d'être un dépresseur, il s'applique surtout aux lésions mitrales ou myocardiques non compensées, et avec débilité cardiaque. Il relève tout d'abord l'énergie du cœur et la pression vasculaire. Puis, en dilatant plus tard toutes les artérioles, il y facilite l'abord du sang, de sorte que le cœur se trouve délivré de ses résistances et recouvre sa puissance contractile. Enfin par la vaso-dilatation qui s'étend naturellement aux artères coronaires ou nourricières du cœur lui-même, l'iodure lui rend un nouveau service, en activant le mouvement du sang, ainsi que la nutrition intime dans l'organe central de la circulation, qui domine la vie.

RAPPORTS

Nouvelle opération pour la cure des formes graves du prolapsus rectal. — M. VERNEUIL lit un rapport sur le mémoire adressé sur ce sujet par M. Jeannel.

Il s'agit d'une femme de cinquante-sept ans qui, en novembre 1888, ressentit subitement à l'anus une douleur très vive. Elle constata, au point douloureux, une tumeur qui rentrait facilement et saignait un peu.

Reçue à l'hôpital, la malade présente de l'incontinence des matières fécales et d'urine. A la région périnéale, on voit sortir de l'anus une tumeur rouge, saignante, pyriforme, mesurant de 10 à 12 centimètres de long. Par des pressions exercées méthodiquement, on peut faire rentrer la masse dans le rectum et l'y maintenir, à la condition d'y laisser la main tout entière.

M. Jeannel, considérant comme impuissantes l'électrisation et l'excision des plis rayonnés de l'anus, commença par tenter une cautérisation longitudinale avec le thermocautère, comprenant toute l'épaisseur de la muqueuse jusqu'à la musculeuse exclusivement. Cette tentative échoua, M. Jeannel résolut alors de replacer le rectum à sa place et de l'y maintenir.

Pour cela il suffisait, après avoir ouvert le ventre comme dans la colotomie par la méthode de Littre, de découvrir et de saisir l'S iliaque, de tirer sur son bout rectal de bas en haut, de façon à ramener dans le petit bassin les parties invaginées et prolabées, et de le fixer solidement à la paroi abdominale.

Ce premier résultat obtenu, on s'efforcerait de combattre les complications, c'est-à-dire la rectite, le ténesme, la diarrhée, en supprimant temporairement la défécation par la voie naturelle, en établissant dans la fosse iliaque un anus artificiel.

Pour compléter la cure il faudrait s'occuper aussi de la restauration de l'orifice anal. L'exécution de ce plan présenta quelques difficultés. Il fut difficile de trouver l'S iliaque; une fois trouvé, une simple traction suffit à réduire rapidement toute la masse prolabée. On fixa l'intestin par le procédé de Maydl qui consiste à passer à travers le mésentère une grosse sonde uréthrale recouverte de gaze iodoformée; et pour rendre plus sûre encore la formation des adhérences, on comprit deux appendices épiploïques dans les quelques points de suture destinés à rétrécir la plaie abdominale.

Les suites furent très simples. Le 11 février, au cinquième jour, selle abondante par l'anus périnéal, sans réapparition du prolapsus.

Le 12, création d'un anus artificiel par incision pratiquée au thermocautère sur le sommet de l'anse intestinale herniée. Le 14, selle abondante par cet orifice. Le 15, suppression de la sonde traversant le mésentère.

Deux mois après l'opération, la malade est très bien et le prolapsus ne reparaît pas et semble guéri d'une manière complète et permanente. M. Jeannel abandonna à cette époque la malade.

Il la revit le 15 septembre et constata que l'anus périnéal avait repris presque complètement sa forme et sa place. Situé au fond de la rainure interfessière, il est entouré de plis rayonnés très marqués. La muqueuse ne fait aucune issue au dehors quand la malade fait un effort expulsif. Le sphincter a recouvré une grande partie de la contractilité qu'il avait perdue. Cette amélioration s'est produite sans aucun traitement local; elle eût encore été plus accentuée si on avait employé l'électricité, les applications froides, les injections d'ergotine.

Telle est l'opération de M. Jeannel. La malade sera complètement guérie par la cure de l'anus iliaque qui sera faite bientôt.

L'opération de M. Jeannel n'est pas seulement ingénieuse et originale dans ses principes, elle l'est également dans ses moyens. C'est ainsi que les trois actes qui la composent sont complètement inédits. Sans doute, jusqu'ici les chirurgiens reportaient bien le rectum dans le bassin, mais toujours en le refoulant de bas en haut ou de dehors en dedans. Or, M. Jeannel procède exactement à l'inverse, c'est-à-dire de dedans en dehors, ce qui réduit l'invagination beaucoup plus sûrement.

Le mode de fixation de l'intestin n'est pas moins ingénieux, et promet surtout d'être plus efficace que dans les procédés ano-périnéaux. En effet, tandis que, dans ces derniers, les adhérences cicatricielles nouvellement créées s'élèvent tout au plus à quelques centimètres de l'anus, — ce qui les expose à céder tôt ou tard sous l'influence des efforts de la défécation, — les adhérences pariéto-coliques établies dans la fosse iliaque remplissent admirablement les fonctions du méso-colon naturel.

Il est certain, toutefois, qu'en raison du nombre des actes successifs qu'elle exige (laparotomie, colopexie, création de l'anus artificiel, puis fermeture de celui-ci), l'opération de M. Jeannel est plus compliquée que toutes celles qu'on achève en une seule séance et nécessite, pour obtenir la guérison, un temps beaucoup plus long; mais, en revanche, elle est à la fois plus efficace et plus bénigne que ses rivales. Elle est toutefois contre-indiquée dans les cas récents de gravité moyenne, dans les cas très anciens, à cause des adhérences établies entre les deux cylindres intestinaux et qui rendent le prolapsus irréductible, et, enfin, dans les cas où le prolapsus est compliqué de tumeur maligne où, étant irréductible, on craint de le déchirer.

Prix. — M. BUCQUOY lit un rapport sur le prix Monbinne.

COMMUNICATION

Cylindromes du cuir chevelu. — M. PONCET (de Lyon) présente l'observation d'un malade qui portait soixante tumeurs du cuir chevelu. Ces tumeurs offraient les caractères de vieilles loupes dégénérées. Elles étaient confluentes et présentaient des volumes divers depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une tomate. La peau qui les recouvrait présentait des ulcérations. Ces tumeurs, dures au toucher, résistantes et rénitentes, étaient mobiles sur la paroi cranienne.

On ne constatait aucune fluctuation.

Dans la région sous-maxillaire existaient de grosses masses ganglionnaires mobiles et sur la peau du tronc on notait des tumeurs semblables à celles du cuir chevelu.

L'examen microscopique a démontré que ces tumeurs, de nature épithéliale, appartenaient à la classe des tumeurs cylindromateuses. Au point de vue clinique, ces tumeurs, demi-malignes, s'accroissent insensiblement, restent indolentes jusqu'au jour où la peau est envahie; elles n'ont pas de tendance à la généralisation, mais elles peuvent infecter les ganglions qui reçoivent leurs lymphatiques de la peau secondairement envahie.

Le seul traitement à conseiller est l'extirpation avec l'instrument tranchant.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons sur un cas d'hystérie mâle, avec astasie-abasie (1), par le docteur J. Grasset.

La dénomination d'astasie-abasie est due à M. le docteur Blocq; elle est entrée dans le vocabulaire médical. Elle s'applique à une incoordination particulière, qui rend aux malades la marche et la station debout impossibles. Cependant, il n'y a ni ataxie locomotrice, ni parésie, ni paralysie. Le trouble fonctionnel porte exclusivement sur l'ensemble des mouvements nécessaires pour la marche des contractions musculaires qui assurent l'équilibre du corps dans la station debout. Les malades peuvent être capables de marcher à quatre pattes, de marcher avec les jambes croisées, comme celui de M. Grasset, ils sont incapables d'exécuter, dans leur combinaison physiologique, les actes musculaires nécessaires pour la progression normale. Le trouble moteur est donc essentiellement fonctionnel.

M. Grasset en rapporte un remarquable exemple survenu chez un hystérique, et il insiste sur les rapports de l'abasie et de la grande névrose. Il profite de la circonstance pour établir le diagnostic complet de ce symptôme, et pour comparer les uns aux autres les nombreux troubles du fonctionnement musculaire que l'on a passés en revue dans ces derniers temps : la chorée rythmée, la maladie des tics convulsifs, le paramyoclonus multiplex, la maladie de Thomsen, la claudication intermittente.

C'est rendre service aux élèves et même aux médecins, que de leur donner un fil conducteur qui leur permette de se retrouver au milieu de ces dénominations multiples et de ces syndromes voisins les uns des autres. Nos lecteurs trouveront bientôt dans ce journal, sous forme de Revue générale, une étude comparée de ce genre. L'idée qui a guidé M. Grasset est, en effet, excellente; elle mérite d'être développée. Albert Mathieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Mardi matin, pendant la seconde séance du Congrès de chirurgie, un incendie s'est déclaré dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Les membres du Congrès, avertis par une fumée intense, eurent le temps de sortir sans accident, avant que les flammes ne se fussent propagées dans la salle.

Les pompiers de la caserne de la rue du Vieux-Colombier arrivèrent sur-le-champ et parvinrent à se rendre maîtres du feu après une demi-heure de travail environ.

Les tableaux qui décoraient le grand amphithéâtre ont été entièrement détruits, ainsi que tout le mobilier contenu dans l'hémicycle ; les premiers gradins seuls ont été atteints.

On attribue cet accident à la mauvaise construction du calorifère.

Les séances du Congrès ont lieu maintenant dans le petit amphithéâtre.

— Par décret, en date du 5 octobre 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Peiron, Monier, Rooryck, Lapeyre, Tourdot, Nivière, Gourny, Brunschwig, Thuau, Poey-Noguez, Jondeau, Petit, Engelbach, Festal, de Thierry et Méneau.

— Par décret, en date du 8 octobre, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les médecins-majors de première classe Pineau et Boutonnier; M. Larger, médecin-major de l'armée territoriale :

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Rigal, Gerboin, Le Rouvillois et Lavat.

— La composition écrite du concours de l'internat aura lieu le lundi 21 octobre, à midi, dans l'une des salles de l'Hôtel-Dieu annexe (bâtiment de l'ancien Hôtel-Dieu, entrée rue de la Bûcherie, 33).

La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria.

— Le registre d'inscriptions pour le stage dans les hôpitaux sera ouvert à partir du vendredi, 25 octobre, pour MM. les étudiants pourvus de huit inscriptions.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Roby, aide de physique, est chargé, pendant l'année scolaire 1889-1890, des fonctions d'aide d'histologie, en remplacement de M. Arrivat, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Vieu est maintenu, pour l'année scolaire 1889-1890, dans les fonctions d'aide de physiologie.

Sont nommés pour deux ans, à partir du 1er novembre 1889 :

Aide de physique, M. Camichel ; aide de chimie, M. Michel; aide d'histoire naturelle, M. Augé ; aide d'anatomie, M. Lavergne; aide de médecine opératoire, M. Morrel ; — en remplacement de MM. Roby, Massal, Zoleski, Mouret et Castagné, dont le temps d'exercice est expiré.

— M. le docteur Lemoine, officier d'Académie, est nommé membre du comité d'inspection et d'achat de livres près la bibliothèque de Granville.

— Les étudiants en médecine ou en pharmacie, qui sont admis à réaliser leur année de service dans les conditions de la circulaire ministérielle du 12 octobre 1886 (7e direction du ministère de la Guerre), seront tous dirigés sur un corps de troupe, au titre duquel ils pourront être autorisés à remplir, soit dans ce corps, soit dans un hôpital militaire ou militarisé, les fonctions dévolues aux médecins ou aux pharmaciens auxiliaires, par le décret du 10 janvier 1884.

Quant aux étudiants en médecine ou en pharmacie qui désireraient partir avant d'avoir atteint l'âge de vingt-quatre ans, et qui ne rempliraient pas les conditions exigées pour être utilisés comme médecins ou pharmaciens auxiliaires, ils seront dirigés sur l'un des corps de troupe appelés à recevoir cette année les conditionnels de la région.

— On vient d'inaugurer la première station des voitures d'ambulance pour le transport des contagieux, située rue de Staël, derrière le lycée Buffon. Cette station desservira les VIe, VIIe, XIVe et XVe arrondissements.

Sur les douze voitures commandées, cinq sont prêtes. Elles contiennent un brancard et un siège pour l'infirmière. Celle-ci peut communiquer avec le cocher et lui donner des ordres.

Chaque voiture porte un numéro qui indique sa destination (typhiques, varioleux, diphthériques, etc.). Voitures et chevaux sont désinfectés après chaque opération, il en est de même des cochers et des infirmières.

Des téléphones relieront la station de la rue de Staël à l'hôpital des Enfants-Malades. Quand la station de la rue de Chaligny sera prête, elle sera mise en communication téléphonique avec l'hôpital Trousseau.

— Le tribunal d'Helsingborg, dit le *Temps*, vient d'être le théâtre d'une affaire très curieuse.

Un jeune étudiant en médecine avait porté plainte contre un médecin de la ville, parce que celui-ci l'avait hypnotisé à plusieurs reprises sans autorisation ; il serait résulté de ces opérations une altération fâcheuse de son système nerveux, et un affaiblissement de ses facultés mentales. De nombreux témoins étaient cités par le plaignant.

A la grande surprise du tribunal, les témoins non seulement se contredisaient absolument entre eux, mais racontaient les choses les plus invraisemblables et les plus contradictoires. Personne n'y comprenait rien ; on aurait dit des fous défilant devant

(1) In-8o. Prix : 2 francs. — Montpellier, Coulet; Paris, G. Masson.

le tribunal. Enfin, un médecin, témoin également, vint déclarer devant les juges, que son confrère avait hypnotisé tous les témoins et leur avait suggéré les déclarations qu'ils venaient de faire.

Le tribunal n'a pas voulu continuer l'audience et a ajourné l'affaire pour la faire examiner par quelques sommités médicales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire français illustré des Mots et des Choses, par MM. Larive et Fleury, orné de plus de 3 500 gravures et de 140 cartes tirées en deux teintes. Le Dictionnaire en est à la lettre **R** et formera **3** volumes.

On peut souscrire à forfait au prix de **80** francs (quel que soit le nombre de livraisons et tous frais compris de port, emballage et recouvrement) payables par traites mensuelles de **5** francs. On reçoit immédiatement tout ce qui est paru.

La librairie Georges Chamerot fournit à tempérament les livres des principaux éditeurs.

Les livres sont facturés au prix de catalogue. Le paiement est fait par traites mensuelles de 5 francs pour une somme de 100 francs et au-dessous. Au delà de 100 francs, le total des fournitures est payable en vingt mois et 20 échéances de sommes égales. Le port sera compté à raison de 3 p. 100 du montant de la facture pour la France et 6 p. 100 pour la Corse, l'Algérie, les colonies et l'étranger. — *Envoi de spécimens et catalogues sur demande.* — Paris, G. Chamerot, éditeur, 19, rue des Saints-Pères.

Traité d'anatomie pathologique, par E. Lancereaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome III, seconde partie : Anatomie pathologique spéciale, anatomie pathologique des systèmes, système locomoteur, anatomie pathologique des appareils, appareil de l'innervation et des sensations spéciales. 1 vol. in-8° avec 55 figures dans le texte. Gratis pour les souscripteurs. Prix du tome III complet, 1 vol. in-8° avec 186 figures dans le texte. — Prix : 25 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Syphilis et paralysie générale, par A. Morel-Lavallée, exchef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, et L. Belières, ancien interne des asiles de la Seine. Avec une préface du professeur Fournier. Un vol. grand in-8° de 250 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Du rhumatisme chronique et de son traitement thermal, par le docteur Charles Lavielle, médecin de l'établissement thermal des Baignots, à Dax (Landes), etc. In-8° de 185 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

L'irrigation naso-pharyngienne, par le docteur Paul Raugé, ancien interne des hôpitaux de Lyon, etc. Grand in-8° de 72 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 117. — SAMEDI 12 OCTOBRE 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 12 OCTOBRE 1889. — N° 117.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(QUATRIÈME SESSION)

Séance du 9 octobre (soir). — Présidence de M. Démosthène.

COMMUNICATIONS

Physiologie de la trachée et des bronches. — M. NICAISE (de Paris), dans le courant de l'année 1864, pratiquant une trachéotomie difficile, introduisit son doigt dans la trachée et fut fort surpris de la sensation de constriction qu'il éprouva. Il eut alors l'idée de se livrer à quelques recherches sur le rôle de la trachée et des bronches, dans la respiration, et fit des expériences dans les laboratoires de Paul Bert et de M. Bouchard. Il conclut, de ces expériences, qu'à l'état normal la trachée est en contraction continue dans les deux temps de la respiration, phénomène attribué au tissu élastique qui entre dans sa composition. La portion membraneuse lui permet de se dilater. Pendant la dilatation, la trachée agirait à la façon d'un tube élastique comprimant l'air dans son intérieur, et jouerait un rôle considérable dans la phonation et le chant. Il y aurait, pendant l'expiration, un certain degré de dilatation et un rétrécissement pendant l'inspiration.

Pour ce qui concerne le rôle des bronches, on observerait, d'après M. Nicaise, des phénomènes bien différents, suivant que l'on étudie le rôle des divisions bronchiques extra ou intrapulmonaires. Les premières se dilateraient pendant l'expiration et se rétréciraient pendant l'inspiration. Le contraire aurait lieu pour les rameaux intrapulmonaires de l'arbre bronchique.

M. Nicaise étudie le rôle de la trachée et des bronches dans l'expectoration, ainsi que les tumeurs herniaires de cette région, ou trachéocèles.

Résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel, dans la fente ptérygo-maxillaire, par le procédé de Lossen-Braun. — M. PAUL SEGOND (de Paris). Cette opération n'a pas encore été pratiquée dans notre pays. Il lui doit trois beaux succès dont il donne la relation.

Il s'est efforcé de bien régler les divers temps du manuel opératoire, et, pour lui, ce procédé de névrectomie doit être désormais considéré comme le procédé de choix dans le traitement chirurgical des névralgies du nerf maxillaire supérieur. A l'appui de son dire, M. Paul Segond insiste d'abord sur la bénignité des suites opératoires; puis, rappelant en peu de mots les opérations variées qui ont été proposées et pratiquées pour sectionner le nerf maxillaire sur les divers points de son trajet, depuis le trou grand-rond jusqu'au trou sous-orbitaire, il montre comment la résection totale du nerf, après section à ras du trou grand-rond, est en définitive l'intervention qui réalise le mieux toutes les conditions voulues pour éviter le retour des douleurs. A la suite de cette opération, on peut, en effet, rayer du pronostic d'avenir toutes les éventualités de récidives par cicatrisation nerveuse ou par extension de la névralgie aux fibres nerveuses qui naissent en arrière de l'orbite.

En terminant sa communication, M. Paul Segond décrit avec soin les règles opératoires auxquelles il faut se conformer pour donner à l'intervention les meilleures garanties de précision et de sécurité.

L'opération comprend cinq temps :

1° L'incision des téguments;

2° La résection temporaire de l'arc zygomato-malaire, qui est scié à sa partie antérieure, fracturé à son extrémité postérieure et rabattu en arrière avec le masséter;

3° La mise à découvert de la fente ptérygo-maxillaire;

4° La recherche du nerf, sa résection à ras du trou grand-rond et son arrachement total par le trou sous-orbitaire;

5° La remise en place des parties divisées, la suture et le pansement.

Dans la description de ces divers temps opératoires, M. Paul Segond insiste surtout sur le meilleur mode de section du malaire, sur la manière de trouver le nerf dans la fente ptérygo-maxillaire et sur la nécessité formelle d'obtenir toujours la réunion par première intention. La section de l'os malaire doit être très oblique et aussi antérieure que possible. De la sorte, on obtient une large surface de section précieuse pour la coaptation ultérieure des fragments, et, de plus, on réduit à son minimum la saillie de l'os malaire, saillie toujours gênante, car elle forme, avec l'apophyse coronoïde, deux promontoires qui défendent l'accès de la fente ptérygo-maxillaire.

Pour la recherche du nerf et du ganglion, on a dit à tort qu'il fallait d'abord les reconnaître à la partie supérieure de la fente. En fait, lorsque la rainure ptérygo-maxillaire est mise à nu par le décollement du muscle temporal, il est impossible de rien voir, et c'est à l'aide d'un crochet à strabisme, manié suivant certaines règles particulières, qu'il faut aller déloger et charger le nerf. Les hémorrhagies, qui ont été signalées au moment de la section du nerf, sont exceptionnelles et faciles à maîtriser.

Quant à la nécessité d'obtenir la réunion par première intention, elle présente ici une évidence particulière. C'est, en effet, le seul moyen d'obtenir une cicatrice cutanée convenable, d'assurer l'intégrité des mouvements de la mâchoire et d'éviter la formation d'un tissu cicatriciel rétractile, susceptible d'occasionner une récidive par compression des extrémités nerveuses.

Pour que la réparation soit encore plus parfaite, M. Paul Segond pense qu'il faut rechercher la réunion sans drainage. C'est ainsi qu'il a procédé chez ses trois opérés, et il n'a eu qu'à

s'en louer. La suppression du drainage est, dans le cas particulier, d'autant plus légitime qu'il est peu d'opérations réalisant mieux les conditions fondamentales de sa réussite : asepsie du foyer opératoire, possibilité d'obtenir et de maintenir la coaptation parfaite des parties divisées à l'aide d'un pansement compressif.

Abcès du médiastin antérieur venant faire saillie sur la paroi latérale droite du cou. Incision, drainage, guérison. — M. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand). Un cultivateur vigoureux, sans aucune tare appréciable, vit une tumeur se former sur la partie latérale du cou (côté droit), en arrière du sterno-mastoïdien ; une incision, faite comme pour la ligature de la vertébrale, permit de faire descendre, dans la cavité du médiastin, deux gros tubes à drainage accouplés en siphon. La suppuration dura deux ans, et le malade se rétablit parfaitement.

Se basant sur la longue durée du traitement et sur l'examen des observations qu'il a pu recueillir, l'auteur conclut qu'en pareille circonstance, il y aurait intérêt à trépaner le sternum pour permettre au pus un écoulement par la partie la plus déclive de l'abcès.

C'est, du reste, par cette voie que la matière donne issue au pus toutes les fois que ces abcès sont abandonnés à eux-mêmes.

Sur les 14 observations recueillies par l'auteur, dix fois les choses se passèrent de la sorte (7 guérisons et 3 morts).

Quelques nouveaux procédés d'entérorrhaphie.—M. CHAPUT (de Paris). Les deux premiers procédés sont spécialement applicables à la cure de l'anus contre nature (1) :

1° Le premier procédé extra-péritonéal consiste à sectionner, d'abord, l'éperon avec un entérotome quelconque. Pour obtenir ensuite l'oblitération du cylindre bi-intestinal, M. Chaput abrase, avec la curette tranchante, la muqueuse, sur une hauteur de 1 centimètre environ, et sur toute la circonférence du cylindre. Ce dernier est ensuite disséqué et isolé de la paroi abdominale sur une étendue de 2 centimètres environ, sans ouvrir le péritoine autant que possible. Il réunit alors les surfaces avivées par des points séparés très serrés. Il ne reste plus qu'à suturer à part la paroi abdominale. Ce procédé mérite le nom de « suture par abrasion et application ».

Ce chirurgien a obtenu de bons résultats avec la ligature en masse du cylindre bi-intestinal, avec ou sans abrasion de la muqueuse; mais ce procédé a l'inconvénient de ne pas assez ménager l'étoffe; en outre, lorsqu'on n'a pas la précaution d'abraser la muqueuse, il se produit une fistule plus ou moins longue à guérir;

2° Lorsqu'on est décidé à ouvrir le péritoine pour la cure de l'anus contre nature, le procédé le plus avantageux dans l'espèce est l'*entérorrhaphie longitudinale*, qui ne nécessite pas de résection et qui présente de grands avantages.

Elle consiste à inciser longitudinalement les deux bouts de l'intestin sur une hauteur de 6 à 10 centimètres; on suture ensuite, par des points séparés, les lèvres correspondantes des deux incisions, de façon à établir une anastomose entre les deux anses.

Pour oblitérer l'extrémité du cylindre bi-intestinal, on abrase la muqueuse et on applique l'une à l'autre les surfaces avivées, comme dans le procédé précédent. Un lambeau d'épiploon est ensuite fixé à la surface des lignes de suture.

3° Le troisième procédé, d'une application plus générale, est une *entérorrhaphie circulaire par abrasion et application*. On l'exécute de la façon suivante : sur chaque bout de l'intestin, on abrase la muqueuse sur la hauteur de 1 centimètre et sur toute la circonférence, on renverse ensuite en dehors les bords que l'on vient de gratter et on les applique l'un contre l'autre, de manière à opposer les surfaces avivées. On suture à points séparés très serrés, et on fixe par quelques points une bande d'épiploon à la surface de la ligne de suture.

(1) L'auteur a fait des expériences sur des chiens. C'est le résultat qu'il a obtenu sur ces animaux qu'il expose.

Résection partielle des septième et huitième nerfs intercostaux et du bord inférieur gauche du thorax. — M. LE PRÉVOST (du Havre), après avoir épuisé la série des médications anti-névralgiques, tant locales que générales, chez une jeune fille chloro-anémique, atteinte depuis quatre années d'une névralgie très douloureuse des septième et huitième intercostaux gauches, s'est décidé à tenter la névrotomie des branches nerveuses affectées. Il a commencé par réséquer la plus grande partie du rebord cartilagineux du thorax, au niveau duquel les douleurs présentaient leur maximum d'intensité, et qui, asymétriquement renflé et saillant, était suspect de chondrite. Il a ainsi mis à découvert l'extrémité antérieure des septième et huitième nerfs intercostaux qu'il a ensuite sectionnés sur une étendue de 6 à 7 centimètres environ. La plaie guérit sans incident et les douleurs s'atténuèrent au point que la malade, ayant retrouvé le calme et le repos, put quitter l'hôpital quinze jours après l'opération. Six semaines plus tard cet heureux résultat s'était maintenu.

Lorsqu'une névralgie intercostale siégeant, ce qui est fréquent, au niveau des septième et huitième espaces, est passée à l'état chronique et a résisté à un traitement médical, rationnel et persévérant, on est en droit peut-être de recourir à la névrotomie.

Cette opération, dangereuse dans la continuité du nerf, en raison du voisinage de la plèvre, est relativement aisée au niveau de son extrémité antérieure, pourvu que l'on observe les règles suivantes, sans qu'il soit d'ailleurs nécessaire de réséquer le bord correspondant du thorax.

1° Inciser parallèlement au bord inférieur du thorax, sur une étendue de trois travers de doigt au-dessus et au-dessous du neuvième cartilage costal, toujours reconnaissable à son articulation mobile ;

2° Diviser les fibres musculaires du grand droit et du grand oblique ;

3° Dénuder avec précaution, au moyen de la sonde cannelée, la face intérieure du rebord cartilagineux, auquel sont intimement accolés les nerfs intercostaux, dont la direction est perpendiculaire. A un travers de doigt au-dessus du sommet du neuvième cartilage, on trouve le septième nerf intercostal ; à un travers de doigt au-dessous de ce même cartilage, on découvre le huitième.

Le neuvième nerf intercostal a paru moins fixe dans sa situation et plus difficile à découvrir.

Il est bien entendu que la névrectomie reste une médication d'exception, utilisable seulement dans les cas rebelles et très douloureux.

Cystocèle inguinale. — M. GUÉLLIOT (de Reims). La cystocèle inguinale est moins rare que ne le supposent les ouvrages classiques.

Elle est confondue souvent avec la hernie intestinale ou épiploïque et cette confusion peut persister pendant et après l'opération.

Les meilleurs signes diagnostiques sont : les troubles de la miction, la tension du périnée, et, après découverte de la hernie, son siège en dehors de la gaine fibreuse du cordon, son épaisseur, la difficulté de former un pédicule.

Elle entraîne souvent des accidents sérieux et des conséquences graves.

Il y a lieu de la traiter par des palliatifs et par des moyens chirurgicaux et, en particulier, par la dissection suivie d'excision et de suture.

Ces conclusions ont été prises à la suite d'un travail dont le point de départ a été une opération faite par l'auteur. Comme cela arrive d'ordinaire, la cystocèle inguinale ne fut reconnue

qu'au cours de l'opération. Le malade n'eut qu'à se louer de l'intervention qui lui a été profitable.

Autoplastie par la méthode italienne modifiée. — M. BERGER (de Paris), depuis dix ans, fait des autoplasties par la méthode italienne modifiée. Il a déjà pratiqué trente opérations. On sait en quoi consiste essentiellement cette méthode. On transplante, sur une solution de continuité plus ou moins large, un lambeau de peau pris dans un point du corps parfois très éloigné du siège de la solution de continuité. Lorsque l'adhérence est établie entre la perte de substance et la greffe, on coupe la base du lambeau.

Une condition indispensable de succès est l'immobilisation des deux parties du corps sur lesquelles on agit. Si l'on prend un lambeau de peau à l'avant-bras pour l'appliquer sur une perte de substance qui siège au front, par exemple, il est de toute nécessité que la tête et l'avant-bras soient immobilisés de telle façon qu'aucun tiraillement ne soit possible par suite des mouvements du membre supérieur et de la tête. Cette immobilisation, si importante au point de vue du succès, constitue une des grandes difficultés de cette méthode. Il est extrêmement pénible pour les malades de maintenir certaines positions pendant deux et trois semaines de suite.

La méthode italienne modifiée n'est pas préférable aux autres méthodes d'autoplastie.

Quand on peut employer une autre méthode, il vaut mieux laisser de côté la méthode italienne. On peut même dire que les indications de cette opération sont justement les contre-indications des autres méthodes d'autoplastie.

Cependant, on peut ranger les autoplasties, exécutées suivant la méthode de M. Berger, en deux catégories : tantôt c'est une opération autoplastique de nécessité, tantôt c'est une opération de choix.

C'est une méthode de nécessité, quand on a pour but de combler des pertes de substance incurables, invétérées, entourées de cicatrices étendues. Certains ulcères spontanés, mal connus, et qui proviennent peut-être d'une syphilis congénitale, doivent être réparés par la méthode italienne. Tous les autres procédés autoplastiques échouent fatalement dans ces cas. Il est rare que les ulcères variqueux soient justiciables de cette méthode ; mais, en revanche, certaines pertes de substance, d'origine traumatique, celles qui siègent à l'olécrane, autour de la rotule, au talon surtout, ne peuvent être guéries sans une autoplastie par la méthode italienne. Celle-ci est encore la seule praticable, quand le chirurgien veut remédier à des rétractions et à des déformations cicatricielles, par exemple, lorsqu'il s'agit de réduire des flexions permanentes de l'avant-bras sur le bras.

C'est une méthode de choix, quand l'autoplastie porte sur la face et que la perte de substance, qu'il faut faire disparaître, est d'une grande étendue. Il est évident, en effet, que si on prend un lambeau de peau sur une autre partie de la face pour combler une large brèche qui siège à côté, on risque fort de créer une difformité à côté de l'autoplastie. Si le lambeau se sphacèle, on a sur la face deux pertes de substance au lieu d'une.

Avant de pratiquer l'opération, il est indispensable d'étudier le plan opératoire. Il faudra déterminer exactement l'endroit où l'on prendra le lambeau, l'étendue de celui-ci, la situation fixe qu'il faudra donner aux deux parties du corps que l'on rapprochera et que l'on maintiendra dans l'immobilisation. Il est parfois nécessaire de préparer l'attitude, d'entraîner le sujet, de l'habituer à garder longtemps certaines positions.

Des appareils sont souvent indispensables pour obtenir l'immobilisation désirée. Parfois, on se servira d'appareils plâtrés ; dans d'autres cas, on se résignera à faire fabriquer des appareils orthopédiques.

Ainsi, pour la face, on assurera l'immobilisation du bras sur la tête dans une position spéciale, à l'aide d'un appareil construit dans ce but. Ces précautions doivent être soigneusement prises, si on veut réussir.

Pendant l'avivement, on ne se servira jamais de ligature pour faire l'hémostase. La compression, le froid, etc., arrêtent bien l'hémorrhagie. Au besoin, il faut attendre un peu l'arrêt du sang avant de continuer. On ne mettra pas de ligatures, parce qu'on ne doit pas interposer un corps étranger entre le lambeau et la surface qu'il faut recouvrir.

La peau sera taillée profondément. Le bistouri enlèvera même le tissu cellulaire sous-cutané. C'est une condition de succès. La fixation des bords doit être parfaite, mais il faut surtout assurer l'adhésion de toute la surface cruentée. Un peu de compression sera utile.

Les soins consécutifs sont parfois simples, parfois délicats. Ici, les pansements très rares seront indiqués ; là, on devra changer les pansements tous les jours, tous les deux jours. A la face, par exemple, on exercera une surveillance de tous les instants. On n'oubliera pas que les soins les plus minutieux sont nécessaires, ne serait-ce que pour soutenir le moral des opérés, qui se lassent parfois d'être pendant longtemps dans des positions bizarres.

On ne fera pas la section du pédicule avant le quinzième jour. L'expérience a démontré qu'il fallait couper ce pédicule en un seul temps, et non pas partiellement à plusieurs jours d'intervalle. Du reste, ce pédicule doit être, plus tard, l'objet d'une petite autoplastie.

M. Berger a pratiqué trente opérations par la méthode italienne modifiée. Cinq fois il a fait des autoplasties de la face. Dans un cas, il a perdu un malade. L'accident fatal est dû à l'intoxication iodoformique.

Les restaurations des paupières ont donné d'heureux résultats. Trois fois il a combattu avec succès des flexions permanentes du coude.

A part ce cas de mort, il y a à noter un cas d'érysipèle, un cas de gangrène du lambeau, et une hémorrhagie peu grave.

La méthode italienne est trop négligée. Elle n'a pas la prétention d'empiéter sur le domaine des autres méthodes d'autoplastie, mais elle peut rendre des services incontestables et inespérés dans des cas inopérables par les autres méthodes autoplastiques. Il y a donc lieu d'appeler l'attention sur une opération qui a donné de beaux succès à l'auteur de cette communication.

Diverticule du rectum ; opération ; guérison. — M. TERRIER (de Paris). Le 28 mars 1888, un homme entrait dans son service et accusait des troubles de la défécation. Il existait une pesanteur du côté du rectum et de la douleur en allant à la garde-robe. Cet homme n'avait pas un bon état général. Il était fatigué par des souffrances prolongées et il présentait une certaine quantité d'albumine dans l'urine.

L'examen local permet de reconnaître une saillie dans la région ano-périnéale. L'ampoule rectale était plus développée à droite qu'à gauche. Dans cette ampoule, on trouvait aisément un diverticule qui permettait l'introduction du doigt. Au niveau de l'orifice de communication des deux cavités, existait une sorte de sphincter.

M. Terrier commence par pratiquer la désinfection du rectum. Il donne du lait et du naphtol à son malade, en même temps qu'il lui fait administrer des lavements boriqués. Lorsque les selles furent peu odorantes, presque décolorées, on jugea que l'antisepsie intestinale était suffisante. L'opération fut pratiquée de la façon suivante.

Un aide avait poussé au-dessus de l'ampoule des tampons d'ouate iodoformée. Le doigt de cet aide était maintenu dans le rectum.

Le malade fut mis dans la position de la taille périnéale et l'incision fut pratiquée sur la saillie signalée plus haut. Le bistouri arriva jusqu'à la paroi rectale. Le diverticule fut soigneusement disséqué et enlevé, en même temps que l'ampoule rectale était reséquée de façon à rétrécir cette portion, anomalement dilatée, du rectum. On égalisait ainsi les deux parties latérales de l'ampoule.

La paroi rectale fut suturée au catgut et la peau au crin de

Florence. Un drain fut placé et on mit dans le rectum de l'ouate iodoformée. On appliqua un pansement antiseptique externe. La réunion immédiate fut obtenue au niveau de la peau et au niveau de la muqueuse. Il y avait une double réunion par première intention et la peau glissait sur les parois rectales.

Les faits de ce genre sont rares et il n'en existe pas dans la littérature française. Dans l'*Encyclopédie de médecine et de chirurgie de Philadelphie* (année 1836), on trouve un travail dans lequel l'auteur signale des diverticules à la partie inférieure du rectum. Mais la pathogénie qui est invoquée ne soutient pas l'examen.

Gross (de Philadelphie) avançait que les diverticules ne sont que l'exagération des dispositions anatomiques normales du rectum (colonnes, valvules décrites par les auteurs).

Dans l'Anatomie pathologique de Cruveilhier, on trouve un exemple de hernies tuniquaires de l'intestin.

Le cas de M. Terrier se rapportait à cette dernière catégorie.

L'observation précédente démontre que l'on peut obtenir une antisepsie parfaite du rectum et, par suite, des réunions par première intention dans cette région. Il a été possible d'intéresser la paroi rectale, en passant au-dessus des sphincters, de réséquer une portion du rectum et d'obtenir une réunion par première intention.

Analgésie locale par la cocaïne. — M. RECLUS (de Paris). En chirurgie, on ne se sert presque plus de la cocaïne. Cet agent n'inspire aucune confiance aux opérateurs, qui ne comptent pas sur son pouvoir analgésique. Une pratique, portant sur sept cents cas, permet à l'auteur de préconiser l'anesthésie par la cocaïne.

Celle-ci, pour avoir un effet fidèle et puissant, doit être employée en injections intradermiques.

Les badigeonnages de cocaïne, à la surface de la peau ou des muqueuses, ne peuvent avoir que des applications restreintes. On peut en faire usage utilement dans l'uréthrotomie interne, et pour faire certaines petites opérations sur le vagin, etc. Les solutions de cocaïne introduites dans la vaginale qui contient du liquide, enlèvent la douleur si fréquente à la suite de l'injection iodée.

Pour laver un genou, l'injection de cocaïne est excellente. Existe-t-il, par exemple, une hydarthrose du genou, on enfonce une seringue dans la partie externe du cul-de-sac sous-tricipital. Le liquide cocaïnisé est injecté en partie hors de la séreuse et en partie dans l'intérieur du cul-de-sac. Une deuxième injection est pratiquée de la même façon, en bas et en dedans. Deux trocarts à hydrocèle sont enfoncés, l'un en haut et en dehors, l'autre en bas et en dedans, au niveau des piqûres de la seringue de Pravaz. Il suffit de mettre le trocart supérieur en communication avec un vase contenant du liquide antiseptique et placé à une certaine hauteur. L'écoulement se fait par le trocart inférieur. Toute cette opération se passe sans aucune douleur.

Ce sont les injections interstitielles qui doivent rendre des services en chirurgie. Il faut entrer dans le derme et pousser progressivement le piston de la seringue, à mesure que celle-ci s'enfonce, de façon à produire une traînée anesthésique. Il faut donc que la pointe de la seringue soit dans le derme et non pas dans le tissu cellulaire. On reconnaît qu'on est à la bonne place, quand l'aiguille ne joue pas trop facilement, dans un tissu lâche, et quand il se produit une légère bosselure de la peau qui devient blanchâtre.

On fera l'opération deux ou trois minutes après l'injection.

Il est bon de remarquer que le thermocautère semble détruire l'effet de la cocaïne, à mesure que la pointe de feu a brûlé les tissus.

La cocaïne a une action analgésique efficace. On a dit que cet agent n'agissait pas, quand les tissus dans lesquels on l'injecte étaient enflammés. C'est une erreur.

L'action analgésique est prolongée. M. Reclus a pu pratiquer des opérations longues, sans faire souffrir les malades. Dans une cure radicale de hernie qui avait duré une heure cinq, le malade n'a commencé à sentir quelque chose qu'au moment où on posait les dernières sutures.

On a dit que certaines régions ne pouvaient être anesthésiées. Il est certain qu'il est difficile d'obtenir l'analgésie des os avec la cocaïne. Cependant on peut couper des phalanges sans aucune douleur, grâce à la cocaïne.

On connaît les dangers de la chloroformisation, quand l'opération porte sur la région ano-rectale. La cocaïne peut anesthésier cette région. Voici le procédé que M. Reclus emploie pour pratiquer la dilatation anale. Il met dans l'anus un tampon de coton imbibé d'une solution de cocaïne à 2 p. 100. Le doigt étant introduit dans l'anus, on pratique avec une seringue de Pravaz une couronne anesthésique. Six injections (environ 6 centigrammes en tout) sont poussées tout autour de la muqueuse. On dilate après deux minutes d'attente.

On répète que la cocaïne est dangereuse. Cet agent n'a donné la mort que dans quatre cas : dans un cas, on avait injecté 75 centigrammes; dans un deuxième cas $1^{gr},2$; dans le troisième $1^{gr},25$ et dans le quatrième $1^{gr},50$.

Il en est de la cocaïne comme de tous les anesthésiques. Il ne faut pas dépasser une certaine dose. On peut injecter sans danger de mort 20 centigrammes; on peut, il est vrai, observer certains accidents (nausées, syncopes, etc.). Cependant 10 ou 12 centigrammes suffisent dans tous les cas. Comment se fait-il qu'on ait observé des accidents avec 5 centigrammes? M. Reclus pense qu'on a poussé, dans ces cas, l'injection de cocaïne dans une veine. Grâce à sa pratique de traînée anesthésique, une veine ne peut recevoir qu'une quantité insignifiante de cocaïne, puisque l'aiguille s'avance toujours dans le derme.

Avec la cocaïne, on obtient donc une anesthésie ou mieux une analgésie fidèle, efficace et sans danger.

Sur la résection préalable de la moitié du maxillaire inférieur dans les cas de néoplasme de la langue et des parties voisines. — M. LABBÉ (de Paris). Cette opération préliminaire a le grand avantage de permettre d'aborder largement et facilement les tumeurs situées profondément. Elle permet donc de tenter l'extirpation des néoplasmes qui s'enfoncent très loin et qui seraient inopérables, si on n'avait pas une voie bien ouverte et bien accessible pour les aborder.

On a objecté que ce délabrement, comme premier temps de l'opération, entraînait une difformité considérable. Mais la prothèse dentaire permet de remédier à cette difformité. M. Labbé présente un malade qui a subi la résection du maxillaire inférieur et l'ablation d'une tumeur de la langue. Il est opéré depuis onze mois. Il n'a pas de récidive et sa difformité est corrigée à l'aide d'un appareil qu'il porte dans la bouche.

Désarticulations simultanées de Lisfranc à droite et sous-astragalienne avec décapitation de l'astragale au pied gauche. — M. DÉMOSTHÈNE (de Bucharest) insiste sur le bon résultat qu'il a obtenu dans un cas où cette double opération avait été nécessitée par la gangrène.

De l'épanchement sanguin comme cause de l'impotence du membre après les fractures de la rotule. — M. TRIPIER (de Lyon) a eu l'occasion de faire l'autopsie d'une femme de soixante et un ans, atteinte d'une affection cardiaque et qui, à la suite d'une chute, eut une fracture de la rotule. Il existait plusieurs fragments qui avaient été diagnostiqués pendant la vie.

L'examen de l'articulation et des parties périphériques démontra que le vaste interne et le vaste externe étaient remplis de sang : au niveau du droit antérieur, il n'y avait pas d'épanchement sanguin.

Le sang était abondant dans l'articulation et provenait de l'intérieur de celle-ci.

L'abondance de cette hémorrhagie provient-elle de l'artériosclérose dont était atteinte cette femme? C'est une hypothèse fort discutable.

M. Tripier a pratiqué de nombreuses injections dans les articulations. Il a constaté que l'injection suit toujours la même voie entre la séreuse et les tissus fibreux.

L'écartement de 2 centimètres entre les fragments de la rotule coïncide avec la déchirure des parties molles. Ce sont des conditions favorables à l'épanchement du sang dans l'articulation et à sa diffusion.

Si le sang qui s'est répandu au niveau des muscles ne se résorbe pas, les muscles s'altèrent. M. Tripier ne croit pas aux paralysies réflexes du triceps à la suite de fracture de la rotule. La théorie soutenue par M. Valtat dans sa thèse n'est pas exacte.

M. Tripier n'est pas partisan de l'immobilisation, des appareils inamovibles. Il est partisan du massage, du moins dans les cas récents.

La séance est levée.

Séance du 10 octobre (matin). — Présidence de M. ROCHARD.

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES POUR LES TUBERCULOSES LOCALES (1).

M. LE DENTU. La première des questions proposées à la discussion du Congrès est tellement vaste, qu'il est bien difficile de l'embrasser tout entière, dans une étude forcément concise. Résumer ses idées sur « les résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales », c'est, pour un chirurgien, établir le bilan de sa pratique sur un terrain immense, représentant une grosse fraction du domaine de la chirurgie. Ce terrain lui-même s'est tellement agrandi depuis quelques années, que le terme « tuberculose locale » n'a plus maintenant qu'une valeur conventionnelle. Doit-il désigner les tuberculoses à siège unique, ou de siège extérieur, ou simplement celles qui, par suite même de leur localisation ou de leur unicité, sont particulièrement favorables à l'action chirurgicale? C'est à coup sûr de cette dernière façon qu'il faut en comprendre le sens, mais sans perdre de vue que plusieurs des tuberculoses viscérales ou internes ont été l'objet de tentatives opératoires plus ou moins heureuses, ce qui permet d'étendre singulièrement le cadre des tuberculoses chirurgicales, mais à condition d'ajouter que, pour les considérer comme chirurgicales, il faut qu'elles soient bien localisées. On en peut dire autant, d'ailleurs, des tuberculoses externes; lorsqu'elles existent en grand nombre sur un même sujet, elles appellent spécialement le secours de la médecine et de l'hygiène, et l'action opératoire n'exerce sur elles une influence salutaire, que si elles sont uniques ou en petit nombre.

Ceci posé, et la question étant ainsi comprise, je veux voir surtout, dans le libellé adopté par la commission préparatoire, une invitation pour les chirurgiens, non pas à faire connaître tous les résultats de leur pratique, ce qui pourrait aboutir à un simple alignement de chiffres ou à un exposé d'impressions générales sur des points trop nombreux, mais à fixer l'attention du Congrès sur quelques faits précis, étudiés avec une certaine prédilection, se rattachant directement à la grande question des tuberculoses chirurgicales.

Cependant il me paraît indispensable de présenter, avant les faits particuliers dont je désire vous entretenir, quelques considérations générales sur les conditions de succès et sur la valeur curative de l'intervention opératoire.

Il est de la plus grande importance, de réduire aux proportions exactes la portée d'une sorte d'axiome qui domine depuis plusieurs années le traitement des tuberculoses chirurgicales. Cet axiome, c'est que la suppression d'un foyer isolé de tuberculose, considéré comme primitif, doit mettre le sujet à l'abri de la généralisation, comme si l'apparition de ce foyer était véritablement la preuve de la fixation, dans un point de l'économie, de tous les bacilles qui s'y seraient introduits par une voie quelconque. Cet axiome est d'autant plus spécieux que la clinique a démontré, d'une manière irréfutable, l'efficacité fréquente, sinon constante, des opérations *complètes* et *précoces*.

Ce n'est certes pas moi qui m'élèverai contre cette vérité, à l'appui de laquelle je pourrais, comme tant d'autres, apporter bien des preuves. Je dirai même qu'elle doit être considérée comme le pivot du traitement chirurgical de la tuberculose, qu'elle le légitime et doit l'encourager désormais plus que jamais, maintenant que l'antisepsie lui fournit une aide puissante; mais, au point de vue doctrinal, cette vérité ne peut, ne doit être acceptée que soumise à une certaine restriction.

Elle ne peut être prise au sens absolu, car alors il faudrait nier l'infection générale primitive et la prédisposition héréditaire; il faudrait nier que des bacilles pussent circuler dans l'économie sans accuser aucunement leur présence, et que, une fois la première colonie constituée, quelques-uns pussent continuer à parcourir les voies circulatoires ou opérer des migrations dans les tissus, sans mettre en jeu les réactions défensives de ces derniers. Les données les plus récentes de la pathologie microbienne obligent, au contraire, à admettre pour tous les cas, en dehors de ceux de contagion extérieure qui seront toujours exceptionnels, l'infection préalable des humeurs de l'économie et secondairement la localisation que la prédisposition héréditaire rend possible, probable ou facile suivant les sujets.

Une fois la colonisation bacillaire constituée, les altérations des tissus donnent lieu, plus ou moins rapidement, à une *infection en retour* à laquelle le système lymphatique offre ses innombrables voies de propagation. De là, des généralisations plus ou moins étendues, souvent difficiles à distinguer des généralisations primitives, mais qui, fréquemment, sont la conséquence du passage, dans le sang, de nombreux bacilles développés et ayant acquis le maximum de leur puissance nuisible dans le foyer de la première localisation.

C'est contre cette infection en retour que la chirurgie peut beaucoup. Dans quelle mesure exacte, il n'est pas aisé de le dire. Du moins est-il permis d'affirmer cette vérité, de la proclamer bien haut.

Tout autre est la situation, lorsque le chirurgien se trouve aux prises avec des tuberculoses multiples. Sont-elles trop nombreuses ou trop avancées, il y a tout avantage à en confier le traitement à la médecine pure, qui peut fort bien réussir avec l'aide de tous les modificateurs médicamenteux et hygiéniques dont l'efficacité n'est plus à démontrer. Mais si les foyers tuberculeux sont seulement en petit nombre, il n'est pas douteux qu'une opération portant sur l'un d'eux ne puisse exercer une action salutaire à distance sur ceux auxquels on ne touche pas. Ceci est tellement connu aujourd'hui qu'on hésite à l'écrire; cette action salutaire, dont le poumon bénéficie souvent dans une large mesure, se fait sentir aussi bien sur des lésions de siège externe.

Par exemple, je pratiquai, en 1871, la résection tibio-tarsienne à un homme qui, en même temps qu'une arthrite fongueuse tibio-tarsienne, avait une longue et large fistule anale. Cette dernière guérit spontanément, sans traitement, sous la seule influence de l'opération, en dépit de la lenteur de la cicatrisation. De même on voit souvent des foyers externes, de siège autre que la région anale, modifiés favorablement par la seule action éloignée d'une intervention heureuse.

Ceci n'est pas plus vrai, mais est d'une importance encore plus grande, en ce qui concerne les poumons. Les lésions trop avancées, accompagnées d'une cachexie profonde ou d'un état fébrile trop accentué, doivent seules arrêter le chirurgien; mais bien que les malades soient loin de tirer tous les mêmes avantages de l'intervention; bien que chez un certain nombre, la maladie suive son cours, en dépit de la suppression d'un foyer extérieur important, la tuberculose pulmonaire concomitante doit être considérée encore plus comme une indication que comme une contre-indication, lorsqu'elle est encore au premier

(1) Voyez encore *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1047.

degré et souvent même lorsqu'elle a atteint le deuxième degré.

Un des cas où j'ai été le plus frappé du bien fondé de ce précepte, est celui d'un homme à qui j'ai réséqué, le 24 novembre 1886, 9 centimètres de sternum et de 2 à 5 centimètres des deuxièmes, troisièmes et quatrièmes côtes, à l'effet de pratiquer le curage d'un vaste abcès tuberculeux du médiastin antérieur, conséquence d'une arthrite fongueuse de l'articulation des deux premières pièces du sternum. Cet homme avait, dans les deux poumons, des lésions tuberculeuses étendues du second degré et il était déjà dans un état de cachexie qui m'a fait longtemps hésiter à intervenir. Depuis sa guérison, qui demanda six mois, et date actuellement de trois ans, sa santé est restée florissante, au point que, à son embonpoint, son teint coloré, jamais on ne pourrait se douter que l'on a devant soi un tuberculeux, revenu à la vie après une série d'accidents fort graves.

Je choisis cet exemple entre beaucoup d'autres que je pourrais citer, parce que, plus que tout autre, il a été confirmatif, à mes yeux, d'une opinion aujourd'hui courante, banale même, à laquelle l'expérience de chaque jour apporte un appoint de force nouvelle.

Si l'intervention exerce notoirement une influence salutaire à distance, peut-elle provoquer, à distance également, des accidents que rien ne pouvait faire prévoir et qui la suivent de trop près pour qu'on ne soit pas tenté de l'en rendre responsable? En un mot, la suppression par mode opératoire d'un foyer tuberculeux est-elle susceptible de provoquer dans quelque point, sans corrélation anatomique avec le premier, l'explosion d'accidents auxquels pourrait être appliquée l'épithète de métastatiques?

Je n'ai pas observé de faits de ce genre après des opérations, mais seulement après un traitement dirigé contre une affection tuberculeuse.

Par exemple, une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'un commencement de coxalgie, m'est présentée pendant l'été de 1876. Comme les accidents sont récents et encore peu accentués, je conseille le repos au lit et un vésicatoire sur la fesse. Un mois à peine après, on me ramène la malade entièrement guérie, jouissant de toute l'étendue des mouvements de la cuisse sur le bassin. Le résultat me paraît bien beau, cependant je suis bien obligé de l'accepter tel quel. Mais quelques jours plus tard, une méningite tuberculeuse se déclare et se termine rapidement par la mort.

En 1872, je soignais, à Lariboisière, un jeune homme de dix-huit ans, atteint d'arthrite fongueuse du genou droit, affection qui n'avait provoqué jusque-là ni fièvre, ni amaigrissement. Une application de raies de feu, sous le chloroforme, amène une amélioration très marquée de l'état local; mais, bientôt, la fièvre s'allume, un amaigrissement rapide se produit, et le malade tombe assez vite dans un état typhoïde des plus inquiétants. Suspectant les poumons, je le fais ausculter après moi par M. Millard, qui n'y découvre rien de net. La mort survient et les poumons sont trouvés farcis de granulations miliaires.

Voilà deux cas où l'explosion d'accidents éloignés a suivi immédiatement l'application d'un traitement rationnel à une tuberculose locale, externe. Comment faut-il les interpréter? Il est bien évident que la doctrine de la métastase, comme on l'entendait jadis, dans le sens d'une sorte de répercussion, n'est pas acceptable à l'endroit d'une maladie d'origine microbienne. La seule interprétation conciliable avec les doctrines actuelles, c'est qu'une colonisation latente s'est révélée tout d'un coup sous l'influence d'un acte thérapeutique quelconque, même de peu de violence; et encore cette influence à distance est-elle contestable, car on peut tout aussi bien, peut-être, invoquer une simple coïncidence, ou plutôt une simple succession des accidents n'ayant entre eux aucune filiation. C'est même sur cette interprétation qu'on s'appuie pour dire que de pareils accidents ne peuvent arrêter la main du chirurgien prêt à intervenir contre une tuberculose externe. Rien ne permet de les prévoir, et, de plus, leur extrême rareté en écarte la probabilité. C'est donc un élément négligeable dans le problème des indications et des contre-indications. Tel est aussi mon avis, mais l'interprétation du point litigieux n'en doit pas moins être réservée.

Il me reste à traiter de quatre points sur lesquels je désire spécialement attirer votre attention. Ce sont :

1° Les indications opératoires à tirer des altérations de la moelle diaphysaire des os longs, au voisinage des tumeurs blanches;

2° Les résultats éloignés des opérations pratiquées sur les reins tuberculeux;

3° Les avantages de la taille hypogastrique dans le cas de cystite tuberculeuse;

4° Le curage de la prostate tuberculeuse.

A. *Indications opératoires à tirer des altérations de la moelle diaphysaire des os longs, au voisinage des tumeurs blanches.* — Diverses altérations de la moelle dans le canal diaphysaire des os longs, au voisinage des tumeurs blanches, ont été signalées par plusieurs auteurs. C'est tantôt une infiltration tuberculeuse en foyers ou diffuse, tantôt un processus inflammatoire chronique aboutissant à ce qu'on a appelé dégénérescence lie de vin ou à la transformation lymphoïde de Waldeyer; tantôt un état gras, une stéatose du tissu osseux qui commence par les épiphyses et s'étend, par en haut et par en bas, à des étendues variables du squelette du membre malade.

La médullite des épiphyses et leur stéatose donnent toujours lieu à une raréfaction du tissu osseux qui peut devenir une contre-indication aux résections, lorsqu'elle est trop accentuée. Elles peuvent, aussi bien que les foyers de fongosités éloignés des surfaces articulaires, nécessiter l'amputation immédiate du membre. Malheureusement les mêmes lésions se rencontrent fréquemment dans la diaphyse. En même temps que la moelle de cette dernière se transforme complètement en graisse, le tissu compact se raréfie, de telle sorte qu'à la coupe le corps de l'os semble constitué par deux cylindres emboîtés l'un dans l'autre. Cette raréfaction a pour conséquence fréquente une friabilité assez grande pour que la diaphyse se laisse écraser facilement par une cisaille. Dans les épiphyses et dans les os spongieux, comme ceux du tarse, elle permet la pénétration presque sans résistance d'une lame de bistouri.

Dans des circonstances plus rares, non seulement la moelle de la diaphyse se liquéfie, mais elle tend à disparaître. Elle se raréfie comme le tissu osseux, elle se résorbe même assez complètement pour que le canal médullaire ne contienne rien ou presque rien. Introduit-on une tige rigide dans le canal ainsi vidé de son contenu normal, cette tige s'enfonce sans résistance jusqu'aux épiphyses, et elle ne ramène, lorsqu'on la retire, aucun débris indiquant qu'elle a traversé un tissu organisé, mais seulement un peu de graisse liquide. Il se peut même qu'elle revienne au dehors presque sèche. L'os humain, ainsi modifié, présente les caractères d'un os d'oiseau.

Lorsqu'un chirurgien, ayant pris le parti d'amputer un malade atteint d'arthrite fongueuse, rencontre une diaphyse altérée à ce point, peut-il compter sur la guérison sans persistance d'une fistule? Il est prudent de toute façon de reporter le trait de scie plus haut et de raccourcir les lambeaux déjà taillés. Cela peut suffire dans le cas de médullite chronique simple ou de stéatose sans raréfaction trop accusée de la moelle; mais si cette dernière a disparu en grande partie, est-il permis d'espérer qu'un travail de prolifération ostéogénique oblitérera complètement le canal largement ouvert et que l'amputation assurera à l'opéré une guérison complète? Peut-être, si le sujet est très jeune, mais peut-être seulement. Voici un fait qui démontre que cet espoir est quelquefois chimérique.

Observation I. — M... (Célina), quinze ans, sans profession, entré à Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 62, en avril 1882. Elle est atteinte d'une arthrite fongueuse du genou gauche, horriblement douloureuse. Je l'ampute le 10 mai au lieu d'élection, mais comme la moelle est fongueuse et raréfiée, je reporte la section du fémur vers le milieu de la cuisse. Le thermocautère est promené légèrement sur la tranche osseuse, parce que la moelle

offre encore en ce point un aspect anomal (congestion notable, friabilité, diminution de consistance). La guérison complète n'a lieu qu'en septembre.

J'ai revu l'opérée en 1887; elle rentrait dans mon service pour une fistule de son moignon, qui datait de quelque temps. Elle m'a appris à ce moment que, depuis l'amputation, elle avait fréquemment des abcès qui se guérissaient parfois momentanément pour se rouvrir bientôt.

En revanche, deux fois j'ai pris le parti d'amputer dans l'articulation située à l'extrémité supérieure de l'os dégénéré, et deux fois j'ai obtenu une guérison complète. Voici ces deux faits :

Obs. II. — J... (Auguste), trente et un ans, entre en 1881 à Saint-Louis, salle Saint-Augustin, nº 22, pour une arthrite fongueuse du coude gauche. Il a subi, il y a un mois, une opération pour fongus tuberculeux du testicule. Le 8 juin, je fais pratiquer l'amputation du bras par mon interne, M. Walther; mais, une fois l'os scié, je m'aperçois que le canal médullaire ne contient qu'une petite quantité d'une moelle diffluente et décolorée. Un long et gros stylet pénètre comme dans un espace vide jusqu'à la tête de l'humérus. Séance tenante, je désarticule l'épaule. Le malade guérit entièrement en un mois environ, mais, comme il était foncièrement tuberculeux, il se forma des fistules dans son moignon au mois de septembre suivant. Celles-ci se tarirent au bout de quelque temps.

Obs. III. — L... (Augustine), âgée de seize ans, entrée à Saint-Louis, salle Gosselin, nº 8, le 12 mars 1889. Cette jeune fille avait déjà été dans mon service l'année précédente, pour des fongosités de la bourse séreuse prérotulienne, mais, après abrasion de ces fongosités, j'avais constaté que la rotule présentait un orifice en son milieu. J'avais laissé provisoirement les choses dans l'état et la fistule s'était tarie, mais pour se rouvrir bientôt.

Comme le genou avait conservé à peu près ses dimensions normales, je m'arrêtai à l'idée de faire l'arthrectomie, ou la résection, suivant l'étendue et la profondeur des lésions. La petite malade souffrait horriblement: des bouffées de râles muqueux s'entendaient au sommet des poumons. L'état général s'altérait; il fallait agir promptement.

Le 8 mai de cette année, j'ouvris l'articulation et je vis d'abord que la rotule était soudée au fémur et au tibia. C'était une raison de faire la résection et non le simple nettoyage articulaire; mais à mesure que je coupais des tranches des épiphyses, je m'apercevais que le tissu osseux se raréfiait et se réduisait à une simple coque sans consistance. J'arrivai ainsi jusqu'aux diaphyses. Le canal médullaire des trois os était vide ou à peu près. J'en conclus qu'une altération semblable devait exister jusqu'au grand trochanter, et que la désarticulation de la cuisse était nécessaire; mais, comme les parents de cette jeune fille n'étaient pas là pour donner leur autorisation, je plaçai un pansement provisoire (tamponnement à l'iodoforme) et je renvoyai la malade à son lit.

Ce fut seulement cinq jours après, le 13 mai, que je désarticulai la cuisse, après avoir trépané le fémur dans sa partie moyenne, pour m'assurer que mon diagnostic était exact. La jeune fille a guéri sans fistule.

Donc, dans les deux cas où j'ai désarticulé, le résultat a été excellent; dans le seul cas où j'ai fait l'amputation, bien que ce fût à bonne distance, il a persisté des fistules, et il s'est formé plusieurs abcès successifs. L'idée de la désarticulation, dans l'article supérieur, est donc légitime, mais il va de soi que son application doit être subordonnée aux conditions de résistance constatées chez le sujet.

B. *Résultats éloignés des opérations dans le cas de rein tuberculeux.* — Je n'ai pas le loisir d'envisager la question dans son ensemble; je me contenterai de dire que la malade, opérée par M. Verneuil et par moi, en 1885, est complètement guérie en ce moment. On trouvera l'observation de cette malade dans mon *Traité des affections chirurgicales des reins*, p. 533.

C. *Quatre cas de taille hypogastrique pour cystite tuberculeuse.* — Bien que la question de la taille hypogastrique, appliquée à la cure de la cystite tuberculeuse, soit à l'ordre du jour, on peut dire qu'elle n'a pas encore été résolue d'une façon définitive. Jusqu'ici, les résultats n'ont pas été extraordinairement satisfaisants, peut-être parce que les sondes ou les tubes de caoutchouc ne sont pas laissés à demeure assez longtemps.

Observation I. — La première cystite tuberculeuse que j'ai traitée par la taille hypogastrique, existait chez un malade, âgé de trente et un ans, D... (Alexandre), salle Cloquet, nº 39. L'opération fut pratiquée le 15 décembre 1886.

Le résultat fut médiocre. L'hématurie ne tarda pas à faire de nouveau son apparition. Mais il est bon de dire que, dans ce cas, mon diagnostic de cystite tuberculeuse n'était peut-être pas rigoureusement exact et que, lors de l'intervention, il y avait peut-être déjà une altération tuberculeuse des reins.

Obs. II. — Mon deuxième malade, H... (Ernest), âgé de vingt-huit ans, était couché au nº 34 de la salle Cloquet.

Je passe sur les premiers symptômes. Les signes de tuberculose n'étaient pas douteux; mais les lésions, peu accentuées, consistaient uniquement en fines granulations superficielles sans ulcérations. Tubes de Perier pendant dix jours, grand soulagement, mais les symptômes pénibles réapparaissent après peu de temps. Tous les traitements restent inutiles. Le malade, rentré dans mon service, souffre sans doute beaucoup moins qu'auparavant, mais les mictions sont encore trop fréquentes. Il peut rester près de deux heures sans uriner. Il urine parfois encore un peu de sang. La marche, impossible jadis, est possible actuellement pendant une heure. Nonobstant ces quelques changements, le résultat ne peut être regardé que comme médiocre.

Dans les deux cas suivants, je ne me suis pas borné à faire la taille hypogastrique, j'ai laissé une sonde à demeure dans la plaie de l'hypogastre et entretenu ainsi une fistule permanente. Je considère comme essentiel d'établir une fistule permanente.

Obs. III. — D..., âgé de quarante-deux ans, entre salle Cloquet, le 27 décembre 1889. Je lui pratique la taille hypogastrique le 27 février. La projection de la lumière électrique permet de voir nettement des villosités violacées parsemées d'ulcérations. Une sonde en caoutchouc large est substituée aux deux tubes de Perier. Elle est encore en place plus de sept mois après l'opération. Plus de souffrances, miction facile par la sonde.

Systématiquement, je laisse la sonde à demeure dans une fistule hypogastrique, entretenue à dessein.

Obs. IV. — D..., âgé de trente-trois ans, entre salle Cloquet, le 20 février 1889. Je le taille le 6 mars. Lésions très avancées. Vessie très friable qui se déchire. Pas de sutures possibles. Sonde à demeure jusqu'à ce jour. Les douleurs sont nulles, l'état général bon.

D. *Curage d'une prostate tuberculeuse.* — B... (Laurent), jeune homme de trente ans. Abcès du périnée, ouvert l'an passé par M. Segond. Il passe de temps en temps du pus par l'urèthre, mais en réalité pas d'urine par la fistule. Je diagnostique un abcès provenant du lobe gauche de la prostate, et je fais, le 9 novembre 1888, le curage, après agrandissement de la fistule.

Le résultat que j'ai obtenu a été excellent.

Cependant, ce succès ne m'autorise pas à préconiser le curage de toutes les prostates tuberculeuses. L'indication de cette opération se tire de l'existence d'une fistule qui n'a aucune tendance à se fermer.

Je croyais avoir été le premier, en France, à pratiquer cette opération, mais je me plais à reconnaître que M. Bouilly avait publié un fait semblable, en 1884, dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*.

M. Léonté (de Bucharest) emploie d'abord le traitement médical et met en œuvre toutes les ressources de l'hygiène pour guérir les lésions tuberculeuses des os. Parfois on a la chance de guérir ainsi la tuberculose osseuse, mais quand on échoue, il faut s'adresser à l'intervention chirurgicale. Dès que celle-ci devient nécessaire, il vaut mieux pratiquer des amputations que de faire des résections qui donnent des résultats beaucoup moins sûrs. Souvent la résection ne réussit pas, et on est

forcé de recourir en dernier ressort à l'amputation. Il est donc préférable de commencer par celle-ci qui supprime tout le mal.

M. SCHWARTZ a eu l'occasion d'amputer le bras d'une jeune fille, qui avait une tumeur blanche du coude. La guérison fut obtenue aisément, mais, fait plus important, cette jeune fille, qui était atteinte de tuberculose pulmonaire, vit son état général s'améliorer, et bientôt on put constater la disparition des signes stéthoscopiques.

Tous les cas ne sont pas suivis d'un succès semblable. La statistique de M. Schwartz donne une mortalité qui peut être évaluée à 2,5 p. 100.

On peut dire que souvent les opérations chirurgicales, entreprises pour guérir les tuberculoses locales, donnent de bons résultats. L'état général des opérés s'améliore, et la tuberculose viscérale peut s'arrêter et rétrocéder. Dans d'autres cas, il paraît évident que l'acte opératoire a donné un véritable coup de fouet à la maladie.

M. VIGNES (de Paris) cite deux observations qui démontrent la généralisation de la tuberculose après l'énucléation de l'œil.

M. ROMNICEANU (de Bucharest). 1° La ponction seule ou suivie du lavage de la poche et l'injection d'éther iodoformé ou glycérolé n'est pas un traitement sûr des abcès tuberculeux chez les enfants.

2° L'ouverture et le raclage de la poche des abcès froids, ainsi que la résection des os malades dans les abcès par congestion, est le seul traitement chez les enfants.

3° L'ouverture avec le bistouri provoque une hémorrhagie, affaiblit l'enfant et favorise l'auto-inoculation ainsi que l'apparition de l'érysipèle; on doit donc préférer le thermocautère.

4° Le drainage des abcès tuberculeux, et les injections d'éther iodoformé et glycérolé, après l'ouverture et le raclage, sont le plus souvent un bon moyen de guérison.

5° L'énucléation des ganglions tuberculeux est souvent suivie de récidives chez les enfants.

6° Les résections, dans la tuberculose locale, sont souvent suivies de récidives. Les amputations sont préférables.

7° Les amputations chez les enfants, pour la tuberculose locale, sont presque toujours couronnées de succès. Elles ne doivent et ne peuvent pas guérir par première intention. Les lambeaux, chez les enfants, doivent être très longs.

8° La trépanation du tibia, en cas de tuberculose locale, constitue la seule et durable guérison.

9° La guérison d'une tuberculose locale est annoncée par l'amélioration de l'état général.

M. VILLENEUVE (de Marseille), dans le testicule tuberculeux, propose, lorsque l'épididyme est seul atteint, de remplacer les opérations pratiquées ordinairement (curage, cautérisation ignée, injection, castration) par l'ablation méthodique de l'épididyme, et réunion par première intention. Cette opération, qu'il croit nouvelle, peut s'appeler « épididymectomie » ou « castration épididymaire ».

M. Villeneuve donne une observation à l'appui.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA PÉRITONITE

M. DÉMOSTHÈNE expose quelques considérations sur plusieurs cas de péritonite purulente tuberculeuse, traités par la laparotomie, les lavages antiseptiques (acide borique, iodoforme, sublimé corrosif, acide phénique, naphtol) et le drainage.

L'observation des cas de péritonite purulente tuberculeuse traités par lui l'a conduit aux conclusions suivantes :

1° L'identité anatomique des séreuses pulmonaire et abdominale et l'anatomie pathologique entre la pleurésie et la péritonite purulente imposent à peu près la même ligne de conduite, au point de vue du traitement; et ce traitement est du domaine de la chirurgie ;

2° Il y a des cas de péritonite tuberculeuse purulente générale, primitivement ascitique — avec granulations miliaires péritonéales, reproduction prodigieuse du liquide et absence d'exsudats membraneux et de toute adhérence — qui réclament impérieusement une action chirurgicale. Mais ils sont loin de guérir par la ponction ou l'incision suivie de la simple fermeture de la plaie, comme on est disposé à le croire. Leur traitement comporte deux indications pressantes : évacuation facile, par drainage largement pratiqué avec contre-ouvertures, et cessation de la suppuration par des antiseptiques plus énergiques;

3° Dans quelques cas de péritonite purulente localisée, avec fausses membranes et adhérences, dont la nature tuberculeuse est confirmée par l'examen microscopique et par l'inoculation chez le cobaye, on remarque l'absence dans le péritoine des tubercules appréciables, dans les premiers temps de la maladie, alors que le pus est déjà formé.

L'intervention chirurgicale, qui doit viser ici à l'évacuation du pus, dont la facilité de reproduction n'est pas à craindre comme dans les cas précédents, et à la guérison de la loge purulente, est indiquée dès que la présence du pus est constatée;

4° Dans les cas de péritonite purulente enkystée, ne pouvant pas être question d'un lieu d'élection pour l'ouverture du péritoine, celle-ci, toujours précédée de la ponction exploratrice confirmative, sera rigoureusement faite à l'endroit même où l'on a extrait le pus.

Il ne faut pas retarder cette ouverture jusqu'au moment où la collection purulente devient constatable seulement par l'examen extérieur. Il faut aller à la recherche du pus par des ponctions exploratrices, dès que l'on soupçonne la formation du foyer.

Ces ponctions, faites dans des conditions voulues d'asepsie et antisepsie, n'offrent pas de dangers, même lorsque, accidentellement, elles intéressent l'intestin. Elles constituent un précieux moyen de vérifier la présence du pus, soit à travers la paroi abdominale, avant l'ouverture de l'abdomen, soit à travers le péritoine, lorsqu'une première incision ne nous conduit pas sur la loge purulente.

La destruction des adhérences péritonéales, par la traction ou par tout autre moyen, doit être défendue, pouvant déterminer des ruptures intestinales.

S'il se produit, pendant l'opération, une perforation intestinale difficile à retrouver, il ne faut pas s'obstiner à sa recherche; on peut l'abandonner. Elle peut guérir spontanément dans quelques jours, à la condition d'empêcher l'accumulation et la stagnation des matières fécales rendues par la fistule stercorale consécutive.

M. DEMONS (de Bordeaux). On arrivera à résoudre le problème des indications et des contre-indications de la laparotomie dans les cas de péritonite, quand on arrivera à classer les faits, et à séparer les différentes espèces de péritonite. M. Demons espère qu'il résultera de la discussion pendante, devant le Congrès français de chirurgie, que la péritonite est une affection chirurgicale. Les insuccès que l'on signale sont dus, le plus souvent, à une intervention tardive. On opère, quand l'organisme a subi une atteinte trop profonde.

L'auteur rapporte deux observations :

Dans un premier cas, il s'agissait d'une péritonite purulente consécutive à un kyste de l'ovaire. M. Demons pratiqua l'ablation du kyste, et procéda à l'évacuation du pus contenu dans le ventre, par un lavage de la cavité péritonéale. Le simple lavage n'est pas suffisant ; il faut faire soigneusement le raclage de la surface de l'intestin.

Dans le second cas, la laparotomie fut pratiquée pour une péritonite tuberculeuse. Le traitement est plus simple dans les faits de ce genre que dans le précédent. Il s'est servi de poudre d'iodoforme, dans la deuxième opération.

M. LABBÉ (de Paris) a eu l'occasion de traiter, par la laparotomie, quatre péritonites. Trois fois, une erreur de diagnostic avait été faite. Dans les cas de ce genre, il est partisan d'une longue incision de la paroi abdominale. Il fait des lavages répétés, avec de l'eau bouillie légèrement alcoolisée. En pratiquant les laparotomies, il a remarqué que parfois la cavité abdominale était pour

ainsi dire divisée en deux portions, par une sorte de diaphragme, constitué par des fausses membranes. L'intestin est situé, en grande partie, à la partie supérieure, et se trouve ainsi entre le diaphragme proprement dit, et la cloison formée par les fausses membranes. Au-dessous, il existe du liquide.

M. CAMPENON (de Paris). Son expérience personnelle ne porte que sur un seul cas qu'il a eu à traiter. Il s'agissait d'un malade couché dans le service de M. le professeur Dieulafoy, et qui présentait tous les symptômes d'une obstruction intestinale. Cet homme présentait des phénomènes morbides du côté de l'abdomen, depuis quinze jours environ. La laparotomie fut pratiquée et la cavité péritonéale largement irriguée. On était en présence d'une pérityphlite suppurée. L'opération n'empêcha pas la paralysie intestinale de se produire, et la mort survint.

Après la mort, on put s'assurer qu'un foyer purulent avait échappé complètement au lavage.

Ce malade a été opéré dans de très mauvaises conditions. Il existait déjà une péritonite généralisée. Cependant, le traitement chirurgical a failli, dans ce cas, donner un succès. Cet échec n'est pas fait pour décourager les opérateurs. Quand la péritonite détermine une série d'accidents qui indiquent que la terminaison certaine est la mort, il y a lieu de tenter une opération qui donne quelques chances de guérison. Aussi est-on autorisé à pratiquer la laparotomie même chez un mourant, parce qu'on lui offre encore un moyen de salut.

M. DENUCÉ fils (de Bordeaux) communique une observation de péritonite généralisée. Laparotomie; guérison.

M. BRUN (de Paris). L'auteur rapporte l'observation d'une jeune fille de dix-huit ans, qui fut atteinte d'un refroidissement au moment de son époque menstruelle. Des phénomènes graves apparurent : il existait bientôt une péritonite généralisée. Comme il existait au niveau de l'ombilic une zone manifeste de matité, on fit une ponction à ce niveau. Il sortait par la canule une certaine quantité de pus. L'état de la malade était véritablement désespéré. C'est dans ces conditions que la laparatomie fut exécutée. Il existait du pus en abondance dans la cavité péritonéale. On constata, comme dans le cas rapporté par M. Labbé, que la cavité abdominale était divisée en deux parties par un diaphragme formé de fausses membranes.

Un large lavage, avec de l'eau bouillie boriquée, permit de nettoyer la cavité abdominale. Le liquide est enlevé avec des éponges. On place deux gros drains parallèles et liés entre eux de la partie inférieure de la plaie abdominale jusque dans la cavité de Douglas. Un pansement antiseptique recouvre la plaie.

Cette intervention, pratiquée dans de si mauvaises conditions, fut suivie d'un heureux résultat.

M. RICHELOT (de Paris). On n'est pas fixé sur la valeur des différentes méthodes préconisées pour redresser un utérus mobile. Quand il existe en même temps des lésions oophoro-salpingitiques et des adhérences qui maintiennent l'utérus en fâcheuse position, on doit essayer de faire disparaître les produits inflammatoires. Le massage utérin n'est pas en faveur en France, mais on peut arriver à des bons résultats en faisant des irrigations vaginales chaudes. Quand la rétroversion est mobile, on peut employer différentes opérations pour corriger la position vicieuse de la matrice.

Les pessaires peuvent rendre quelques services, dans des cas restreints. Mais enfin, on ne peut laisser un pessaire à une femme pendant toute son existence. Du reste, les pessaires occasionnent des accidents sur lesquels il est inutile d'insister.

L'opération d'Alexander donne incontestablement des succès, mais c'est une opération inconstante dans ses modes opératoires. On n'est jamais sûr de trouver les ligaments ronds. Parfois, on rencontre à l'orifice inguinal un cordon grêle et qui se rompt facilement.

On comprend qu'avec de tels ligaments, il soit impossible de redresser l'utérus d'une façon définitive. De plus, l'Alexander même bien réussi, au point de vue opératoire, donne parfois de mauvais résultats : la rétroversion se reproduit.

La ventrofixation, ou hystéropexie, est une opération grave. Son efficacité est imparfaite. On place l'utérus dans une nouvelle position anomale.

Pour toutes ces raisons, M. Richelot préfère l'opération de Nicolitis.

On attaque l'utérus par la voie vaginale, en ouvrant les culs-de-sac, et en faisant une amputation sus-vaginale. A la partie postérieure, on passe trois fils de catgut dans le vagin et dans le moignon utérin, de façon à les faire ressortir par l'orifice de la cavité utérine. Ces trois fils sont médians; à côté d'eux, à droite et à gauche, on en passe trois autres, partant également de la paroi postérieure du vagin, et traversant tout l'utérus, pour ressortir en avant. Quand on serre ces fils, la partie inférieure de l'utérus est attirée en arrière vers la paroi vaginale postérieure, et la partie supérieure de la matrice bascule en avant. On termine l'opération par la suture du vagin à la périphérie du segment utérin.

M. BOUILLY (de Paris), un des premiers en France, a pratiqué la laparotomie pour combattre les péritonites. Il a eu l'occasion de traiter une péritonite due à la rupture de l'intestin, par un coup de pied de cheval. Dans quatre cas, l'inflammation du péritoine avait été provoquée par la propagation des lésions, qui portaient sur des organes contenus dans l'abdomen. Il faut signaler un cas intéressant : une péritonite aiguë avait éclaté par le fait d'une grossesse extra-utérine. La laparotomie fut faite. Lavage minutieux de la cavité péritonéale. Guérison. M. Bouilly a traité six cas de péritonite puerpérale.

Voici comment procède M. Bouilly : il ne fait qu'une petite incision à la paroi abdominale, contrairement à la pratique d'autres chirurgiens. Une plaie de 5 à 6 centimètres suffit. Il se sert d'une canule en verre pour faire le lavage de la cavité abdominale. Son doigt accompagne la canule qui doit s'enfoncer profondément, de façon à bien irriguer toutes les surfaces et à détacher les fausses membranes qui agglutinent les anses intestinales. Il faut employer environ 8 à 10 litres de liquide pour laver convenablement le ventre. On doit chercher, avant tout, l'évacuation du pus. Un lavage parfait est une condition essentielle de succès.

M. Bouilly met un gros drain dans la cavité abdominale. Quoiqu'il ait fait ses laparotomies dans des conditions détestables, alors qu'il existait des phénomènes infectieux de la plus haute gravité, ce chirurgien a eu, sur un total de 12 laparotomies, 6 guérisons. La mortalité a donc été de 50 p. 100. Mais on peut dire que l'opération a sauvé la moitié des femmes vouées à une mort à peu près certaine.

La séance est levée.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

I

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 8 octobre 1889.

Monsieur le Président,

L'application de l'article 29 de la loi du 15 juillet 1889, sur le recrutement de l'armée, a pour conséquence de modifier les conditions d'admission aux écoles de médecine navale des jeunes gens qui se destinent au service de santé de la marine.

J'ai l'honneur de soumettre à votre haute sanction le projet de décret ci-joint, destiné à régler à nouveau le mode d'entrée des étudiants dans les écoles de médecine et de pharmacie de mon département.

Ce projet de décret reproduit les dispositions de celui du 28 septembre dernier, qui vous a été présenté par M. le ministre

de la Guerre; les seules modifications de détail apportées à cet acte ont été nécessitées par les conditions spéciales du service de la marine.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de la Marine,

KRANTZ.

II

Décret.

Le Président de la République française,

Vu la loi du 15 juillet 1889;

Vu l'article 29 relatif à l'engagement des élèves des écoles de médecine navale;

Vu le décret du 28 septembre 1889, concernant les engagements volontaires, les engagements spéciaux et les rengagements;

Sur le rapport du ministre de la marine,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les dispositions du décret du 28 septembre 1889 sont applicables aux élèves du service de santé de la marine (lignes médicale et pharmaceutique) sous les modifications ci-après :

« ART. 22. — Les jeunes gens nommés élèves du service de santé de la marine souscrivent un engagement d'une durée de trois ans et s'obligent à servir pendant six années dans l'armée active à partir de leur nomination au grade de médecin de deuxième classe ou de pharmacien de deuxième classe.

ART. 23. — L'engagement des élèves de médecine navale est souscrit à la mairie de l'un des cinq ports militaires, ou à la mairie de l'un des arrondissements de Paris.

Le contractant ne doit pas être âgé de moins de dix-huit ans ni de plus de vingt-trois ans au moment de son admission à l'École. Toutefois, cette dernière limite peut être élevée d'une année pour chaque année d'étude suivie des examens réglementaires, subis avec succès par le candidat. Il doit produire les pièces suivantes :

L'extrait de l'acte de naissance;

Les diplômes ou les certificats de baccalauréat exigés pour les examens de docteur en médecine ou pour les examens de pharmacien universitaire de première classe;

Un certificat d'aptitude au service militaire;

Un certificat de bonnes vie et mœurs;

Un extrait pour néant du casier judiciaire;

Et, s'il y a lieu, l'autorisation des parents ou des tuteurs.

Les jeunes gens qui n'ont pas d'études antérieures, soit dans les écoles de médecine ou de pharmacie, ne peuvent être admis dans les écoles de médecine navale que du 1er au 30 novembre de chaque année;

Ceux qui sont en cours d'études médicales ou pharmaceutiques peuvent être admis toute l'année en fournissant, en outre des pièces mentionnées ci-dessus, un certificat de scolarité délivré par la faculté ou par l'école près de laquelle ils ont accompli leurs études universitaires.

ART. 24. — Les engagements sont souscrits pour les équipages de la flotte ou pour l'infanterie de marine.

Si les élèves du service de santé de la marine viennent, pour une cause quelconque, à quitter l'école, ou s'ils n'obtiennent pas, à l'issue de leurs études, le grade de médecin de deuxième classe ou de pharmacien de deuxième classe, ou enfin si, une fois en possession de ce grade, ils ne servent pas dans l'armée active pendant six ans au moins, ils sont mis en route et l'autorité maritime désigne le corps sur lequel ils sont dirigés. Dans l'un ou l'autre de ces trois cas, la durée de l'engagement de trois ans souscrit à l'entrée à l'école ne court que du jour de l'incorporation. »

ART. 2. — Le ministre de la marine est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin officiel* de la marine.

Fait à Paris, le 8 octobre 1889.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de la Marine,

KRANTZ.

III

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 9 octobre 1889.

Monsieur le Président,

L'article 29 de la loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée a fait aux élèves du corps de santé de la marine une situation nettement militaire en les astreignant à souscrire un engagement volontaire préalable. Le décret du 8 octobre 1889 que vous avez bien voulu revêtir de votre sanction consacre ce nouvel état de choses : il fixe la position de ces jeunes gens dans les écoles de médecine navale. Il devait avoir pour complément la détermination des juridictions sous la compétence desquelles ils seront placés et régler en même temps la composition de ces tribunaux, lorsqu'il y aura lieu de les assembler.

Tel est l'objet du projet de décret que j'ai l'honneur de soumettre à votre signature et dont les dispositions concordent avec celles qui ont été précédemment édictées pour les diverses catégories du personnel maritime.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de la Marine,

KRANTZ.

IV

Décret.

Le président de la République française,

Vu l'article 13 du code de justice militaire pour l'armée de mer (loi du 4 juin 1858);

Vu le décret du 21 juin 1858, déterminant les assimilations judiciaires dans les divers services de la marine;

Vu le décret du 21 juin 1858, portant règlement d'administration publique pour l'application, aux colonies, du code de justice militaire pour l'armée de mer;

Vu le décret du 8 octobre 1889, portant institution des élèves du service de santé de la marine,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les élèves du service de santé de la marine sont justiciables des conseils de guerre pour tous crimes et délits.

ART. 2. — Lorsqu'il y aura lieu de traduire devant les conseils de guerre un élève du service de santé de la marine, le conseil sera composé comme suit :

Président :

1 capitaine de vaisseau ou de frégate, colonel ou lieutenant-colonel.

Juges :

1 capitaine de frégate, ou chef de bataillon, d'escadron, ou major;

2 lieutenants de vaisseau ou capitaines;

3 enseignes de vaisseau, ou 1 lieutenant et 2 sous-lieutenants.

ART. 3. — Le ministre de la marine est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 9 octobre 1889.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de la Marine,

KRANTZ.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des Amis des sciences, fondée par Thénard, tiendra sa séance publique annuelle sous la présidence de M. Pasteur, le 17 octobre, à huit heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des lettres, à la Sorbonne.

L'ordre du jour porte : 1° Compte rendu de la gestion du Conseil d'administration, par M. R. Berge, ingénieur civil des mines; 2° Le cinquantenaire de la photographie et le premier Congrès international photographique, conférence par M. Albert Londe, directeur du service photographique à l'hospice de la Salpêtrière.

— *École pratique.* — Les travaux pratiques d'histologie ont lieu les mardis, jeudis et samedis : la première série à partir du 15 octobre; — la deuxième série du 14 novembre au 10 décembre. Elle sera composée des élèves de troisième année qui n'auront pas encore de sujets de dissection. Les convocations se feront dans l'ordre d'inscription. — Enfin la troisième et dernière série aura lieu au mois de février.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Leidesdorf (de Wien), Répin (de Conlie).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie pathologique, par E. Lancereaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome III, seconde partie : Anatomie pathologique spéciale, anatomie pathologique des systèmes, système locomoteur, anatomie pathologique des appareils, appareil de l'innervation et des sensations spéciales. 1 vol. in-8° avec 55 figures dans le texte. Gratis pour les souscripteurs. Prix du tome III complet, 1 vol. in-8° avec 186 figures dans le texte. — Prix : 25 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Bibliothèque anthropologique (tome X), **pathologie comparée de l'homme et des êtres organisés**, par le docteur A. Bordier. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Syphilis et paralysie générale, par A. Morel-Lavallée, ex-chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, et L. Belières, ancien interne des asiles de la Seine. Avec une préface du professeur Fournier. Un vol. grand in-8° de 250 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Du rhumatisme chronique et de son traitement thermal, par le docteur Charles Lavielle, médecin de l'établissement thermal des Baignots, à Dax (Landes), etc. In-8° de 185 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

De l'hémoglobinurie, par le docteur Delabrosse. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

L'irrigation naso-pharyngienne, par le docteur Paul Raugé, ancien interne des hôpitaux de Lyon, etc. Grand in-8° de 72 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Étude sur la culture des micro-organismes (anaérobies), par le docteur A. Foureur, préparateur à la Faculté de médecine de Paris, etc. Grand in-8° de 72 pages, avec 25 figures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Étude sur la fièvre typhoïde atténuée et sur l'atténuation de la fièvre typhoïde, par le docteur A. Bourgeois, médecin-major, etc. Une brochure in-8° de 42 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches expérimentales sur les causes de l'exagération vespérale de la température normale, par le docteur E. Maurel, médecin principal de la marine, etc. Une brochure in-8° de 35 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

De la congestion du foie, esquisse de séméiologie clinique, par M. le docteur P. Morot, médecin consultant à Vichy. Grand in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 118. — MARDI 15 OCTOBRE 1889. 62e ANNÉE. MARDI 15 OCTOBRE 1889. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(QUATRIÈME SESSION)

Séance du 11 octobre (soir). — Présidence de M. Longmore.

COMMUNICATIONS

Traitement du pied bot par la méthode de Phelps; présentation de moulages et de malades à l'appui des bons résultats fournis par cette opération. — M. KIRMISSON (de Paris). Jusqu'à ces dernières années, la thérapeutique du pied bot a oscillé entre deux ordres de moyens, le traitement orthopédique, d'une part, aidé au besoin de la ténotomie sous-cutanée, et, d'autre part, les divers procédés d'ostéotomie et de résection tarsienne. Entre ces deux ordres de moyens est venu prendre place un procédé intermédiaire, qui consiste à faire la section, à ciel ouvert, de toutes les parties molles s'opposant au redressement. Jusqu'ici, ce procédé semble avoir peu fixé l'attention des chirurgiens français; aussi ai-je pensé qu'il ne serait pas sans intérêt d'en entretenir le Congrès de chirurgie.

Du moment où, connaissant la source de l'infection des plaies et les moyens de l'empêcher, nous ne redoutons pas une incision plus ou moins large du tégument externe, il était tout naturel de songer, dans le redressement des difformités, à la section à ciel ouvert des tissus fibreux qui constituent l'obstacle au redressement. On devait avoir ainsi une action à la fois beaucoup plus efficace et beaucoup plus prompte. Cette idée a été réalisée en ce qui concerne le pied bot, comme elle l'a été dans le traitement du torticolis, et cela, croyons-nous, au grand profit de la thérapeutique.

En effet, en 1884, un élève du professeur Layre (de New-York), le docteur Phelps (1), a présenté au Congrès de Copenhague un travail dans lequel il conseille la section à ciel ouvert des parties molles dans le traitement du pied bot. L'auteur a fait sa première opération, le 25 juillet 1880, sur une enfant de six ans et demi atteinte d'un double varus équin. Il pratiqua, directement au-dessus de l'articulation médio-tarsienne, une incision comprenant les trois quarts de la face plantaire et dans laquelle furent intéressées toutes les parties molles, même les vaisseaux et les nerfs. Sur le second pied, grâce à l'application préalable de la bande d'Esmarch, les vaisseaux et les nerfs purent être ménagés. Il avait fait, au préalable, la section sous-cutanée du tendon d'Achille; les os purent alors, avec quelque effort, être remis en place. L'écartement des lèvres de l'incision, après la réduction de la difformité, alla à 39 millimètres, ce qui représentait exactement le raccourcissement du bord interne du pied mesuré avant l'opération. Les plaies étaient entièrement cicatrisées au bout de trois semaines et le résultat définitif fut très satisfaisant.

Au moment où Phelps faisait sa communication au Congrès de Copenhague, il avait déjà pratiqué douze fois son opération, et, comme celle-ci avait été imitée par Port et Higston (de Montréal), il possédait un total de dix-huit opérations ayant donné des résultats satisfaisants.

L'auteur s'appuie, pour conseiller cette pratique, sur les dissections de Layre, de Little et d'Adams qui semblent montrer que l'équin varus est dû à une rétraction primitive des parties molles, amenant un déplacement secondaire des os, avec déformation osseuse ou non. De leur côté, William Parker et Shattock ont constaté que, dans certains cas, après la section des muscles et des tendons, les ligaments opposaient encore un obstacle très sérieux au redressement, aussi ont-ils conseillé la section de ces ligaments (1). Du reste, l'idée n'est pas absolument nouvelle; on la trouve déjà formulée dans la médecine opératoire de Velpeau, et Streckeisen (de Zurich) a conseillé la section sous-cutanée des ligaments.

D'ailleurs, Phelps n'est pas exclusif, il reconnaît lui-même que, dans certains cas, la section des parties molles peut être insuffisante et qu'il est alors nécessaire d'y joindre, soit la section du col de l'astragale, soit une tarsotomie cunéiforme pratiquée sur le bord externe du pied. Chez un de ses malades, il a dû joindre à son opération la section du col de l'astragale.

Depuis que Phelps a fait connaître sa méthode, elle s'est rapidement généralisée. Un grand nombre de chirurgiens ont rapporté des succès dus à son emploi; nous citerons, par exemple, Shaffer (2) et Bradford (3). Et ce n'est pas seulement en Amérique mais aussi à l'étranger que Phelps a trouvé des imitateurs. A Hambourg, Phillipson (4) a eu recours à la même méthode. Le docteur Lévy [de Copenhague (5)], a fait connaître neuf observations qui lui ont donné des résultats excellents; de son côté, le docteur Kapteyn (6) rapporte trois opérations qui lui ont fourni trois succès. La thèse de Noyon (6) nous apprend que Tilanus

(1) Phelps. *The treatment of certain forms of club foot by open incision and fixed extension*, Congrès de Copenhague, 1884.

(1) W. Parker et Shattock. *Med. Times*, 24 mai 1884.

(2) Shaffer. The treatment of club foot by open incision. *New-York Med. Journ.*, 31 décembre 1887.

(3) Bradford. Cases of open incision in Tdry Neck, contracted knee and Talipes Varus, *The Boston Med. and Surg. Journ.*, 22 mars 1884.

(4) Philipson. *Arch. f. Klin. Chir.*, Band 32, L. 989.

(5) Lévy (de Copenhague). *Centralbl. f. Orthop. Chir.*, mai 1888.

(6) Kapteyn. *Idem*, octobre 1888.

(7) P. Noyon. Dissertation inaugurale, Amsterdam, et *Centralbl. f. Chir.*, 1889, n° 22.

(d'Amsterdam) a adopté l'opération de Phelps; il l'a pratiquée vingt fois sur des sujets de seize mois à douze ans. La plupart de ces malades avaient subi déjà sans résultat une opération (ténotomie ou excision cunéiforme). D'après Tilanus, la section des parties molles suffit presque toujours à procurer le redressement. Dans trois cas seulement, il a fallu y ajouter la résection cunéiforme ou la section du col de l'astragale. La crainte de voir l'opération de Phelps être bientôt suivie de récidive ne se justifie pas, dit l'auteur, si le traitement consécutif est conduit avec soin. Enfin, à la clinique de Volkmann, l'opération de Phelps s'est entièrement substituée à la ténotomie du jambier postérieur et à la résection cunéiforme du tarse, ainsi que nous l'apprend un récent travail de Büngner (1). Depuis 1884, cette opération a été faite vingt et une fois à la clinique de Halle, sur des malades dont l'âge variait de quatre mois à quinze ans. Il ne s'est jamais produit la plus petite complication opératoire et le résultat définitif a toujours été excellent.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir été complet dans cette énumération des chirurgiens qui ont fait connaître des succès dus à la méthode de Phelps. Nous avons voulu montrer seulement combien la méthode s'était généralisée dans ces dernières années.

Le principe consiste à pratiquer la section à ciel ouvert de toutes les parties molles qui s'opposent au redressement. Pour cela, le chirurgien fait, sur le bord interne du pied, une incision verticale au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Cette incision s'avance assez sur la face dorsale du pied pour permettre la section du tendon du jambier antérieur, d'autre part, elle empiète sur le tiers interne de la face plantaire. Elle intéresse non seulement la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, mais aussi l'aponévrose plantaire, les fibres des muscles destinés au gros orteil, les tendons des jambiers antérieur et postérieur, et ne s'arrête qu'au niveau des os et des articulations. Des tentatives de redressement sont faites à ce moment; si elles réussissent, l'opération n'est pas poussée plus loin. Si, au contraire, la difformité ne peut être vaincue à l'aide des sections précédentes, le chirurgien n'hésite pas à sectionner les ligaments et à entrer à plein tranchant dans l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Enfin, il est des cas de déformations très prononcées ou invétérées, dans lesquels les sections des parties molles demeurent insuffisantes, et où il est nécessaire d'y joindre, soit la section du col de l'astragale, soit une résection cunéiforme au côté externe du tarse. Ces interventions osseuses doivent en pareil cas compléter l'opération. C'est précisément l'avantage de l'opération de Phelps de permettre au chirurgien de voir exactement ce qu'il fait; de lui permettre de sectionner tous les obstacles au redressement, et de ne s'arrêter que lorsqu'ils sont tous détruits. Dans les cas où il existe un équinisme très marqué, opposant une résistance invincible au redressement, l'opération de Phelps doit être complétée par la ténotomie du tendon d'Achille.

Aussitôt l'opération terminée, le pied est mis dans une bonne position; le redressement s'obtient au moyen de l'écartement qui se produit entre les lèvres de l'incision pratiquée sur le bord interne du pied. Cet écartement mesure jusqu'à 2 ou 3 centimètres, suivant les cas. La plaie est tamponnée mollement avec la gaze iodoformée, et recouverte d'un pansement antiseptique. Une gouttière plâtrée maintient le pied dans la bonne attitude où il a été placé. Le premier appareil peut parfaitement être laissé en place pendant trois semaines; la plaie se comble peu à peu par bourgeonnement, et de nouveaux appareils plâtrés sont appliqués jusqu'à la cicatrisation complète. A la longue, la cicatrice s'accomplit, se laisse distendre et devient parfaitement mobile sur les parties profondes. Le traitement doit être complété par le massage pratiqué régulièrement chaque jour, et par le port d'un appareil orthopédique destiné à assurer le résultat obtenu.

Sept fois jusqu'ici, j'ai eu l'occasion de pratiquer l'opération de Phelps; ces 7 opérations ont été faites sur 4 malades; car, 3 d'entre eux étaient atteints d'une difformité portant à la fois sur les deux pieds.

I. Voici d'abord un jeune garçon, âgé de quatre ans, qui portait un double pied bot varus équin congénital, extrêmement prononcé, et qui, au moment où il nous a été présenté, n'avait subi encore aucun traitement. La déformation était plus accusée à droite. De ce côté, le pied était fléchi à angle droit sur la face interne de la jambe; il y avait un enroulement extrêmement marqué du bord interne du pied, et, lorsqu'on cherchait à le détruire, on sentait se tendre, au côté interne et à la plante du pied, une corde résistante formée par la peau, l'aponévrose et les ligaments. Le tendon d'Achille rétracté s'opposait aussi à la réduction. La tête de l'astragale faisait, sur la face dorsale du pied et en dehors, une saillie considérable. Le pied, pendant la marche, reposait sur son bord externe et sur sa face dorsale, la face plantaire étant complètement renversée en dedans. A gauche, la déformation était un peu moins prononcée; au lieu de former avec la face interne de la jambe un angle droit, le pied représentait ici un angle obtus avec la jambe; à part cela, les traits essentiels de la difformité étaient absolument les mêmes que du côté droit. Pendant la marche, la différence existant entre les deux pieds s'accentuait encore davantage. A gauche, le talon arrivait à toucher le sol, et le malade appuyait en partie sur la face plantaire, tandis qu'à droite le talon restait élevé à 2 centimètres au-dessus du sol, le bord externe du pied seul servait de point d'appui, le bord interne était dirigé directement en haut, la face plantaire regardait en dedans, et la face dorsale en dehors.

L'opération a été pratiquée le 2 juin 1889, et elle a été faite sur les deux pieds dans une même séance. A gauche, l'opération de Phelps a été suffisante pour assurer le redressement; à droite, elle a dû être complétée par la ténotomie du tendon d'Achille. Les plaies ont été pansées à l'iodoforme, et les membres redressés ont été immobilisés dans des gouttières plâtrées. Le 19 juillet, les appareils ont été enlevés pour la première fois; on a pu constater que le redressement se maintenait et que les plaies étaient en bonne voie de cicatrisation, celle du côté gauche plus avancée que celle du côté droit. De nouvelles gouttières plâtrées ont été appliquées le 9 août, et enlevées le 26. A cette date, on constate que la cicatrisation des plaies opératoires est complète; le redressement ne laisse rien à désirer; le malade marche sans aucun soutien, et il appuie sur le sol par toute l'étendue de la face plantaire.

II. Chez le second malade, dont je vais maintenant vous présenter l'histoire, l'intervention offre encore plus d'intérêt, en ce que déjà cet enfant avait subi un traitement consistant en la section du tendon d'Achille, faite à l'âge de six mois, et le port continu d'un appareil muni de deux tuteurs latéraux. Or, malgré l'usage de cet appareil, constamment surveillé par la mère et par le chirurgien, la difformité n'a fait que progresser, et lorsque l'enfant nous a été présenté, à l'âge de quatre ans, cette difformité était excessivement prononcée. Le pied offrait tous les caractères du pied bot varus équin. Il y avait un enroulement très considérable du pied, se traduisant par l'existence d'un angle rentrant, sur le bord interne, au niveau de l'articulation médio-tarsienne. L'astragale formait, sur la face dorsale du pied, une saillie considérable, au niveau de laquelle une bourse séreuse s'était développée. L'épaississement marqué de la peau en ce point traduisait les pressions répétées de l'appareil. Si l'on cherchait à détruire l'enroulement du pied, on sentait se tendre, sous forme de bride, toutes les parties molles au côté interne; la peau elle-même participait à la rétraction. Bien que le tendon d'Achille eût été sectionné six mois après la naissance, il était encore le siège d'une rétraction manifeste déterminant une élévation du talon de 3 centimètres environ au-dessus du sol pendant la marche.

Le petit malade a été opéré le 7 mars 1889. Je fis d'abord la ténotomie du tendon d'Achille; après quoi je cherchai à opérer le redressement forcé, pour bien m'assurer si une opération san-

(1) Bungner. Uber die Behandlung des angeborenen Klumpfosses in der Volkmann'schen Klinik zu Halle, *Centralbl. f. Chir.*, 1889, nº 24.

glante était nécessaire. Mes tentatives de redressement ayant échoué, je pratiquai l'opération de Phelps. Aussitôt que les tendons et les ligaments eurent été sectionnés, il me fut possible de placer le pied dans une bonne attitude sur la jambe ; le pansement fut fait, comme dans le cas précédent, à l'aide de la gaze iodoformée, et le membre immobilisé dans une gouttière plâtrée. Celle-ci fut enlevée le 18 mars, parce qu'elle avait été traversée par le sang ; de nouveaux appareils furent appliqués à plusieurs reprises jusqu'au 31 mai. A ce moment, la plaie opératoire était complètement cicatrisée, et le pied dans une rectitude parfaite.

La gouttière plâtrée fut définitivement supprimée et remplacée par une bottine munie de deux tuteurs latéraux. Le petit malade marche facilement et appuie sur le sol par toute la face plantaire. Il reste seulement un léger degré d'équinisme. On constate aussi chez lui un peu de genu valgum et de l'atrophie des muscles du mollet.

Chez les deux derniers malades dont il me reste à vous parler, la difformité atteignait les deux pieds, et était extrêmement prononcée, mais, ce qui augmente encore l'intérêt de ces observations, c'est que, chez les deux petits malades, on avait eu recours antérieurement à la ténotomie du tendon d'Achille et à l'extirpation de l'astragale, sans arriver à réduire la difformité. Chez tous deux, l'opération de Phelps a fourni un excellent résultat.

III. Le premier de ces deux enfants, Victor G..., est actuellement âgé de six ans. Il est né avec un double pied bot varus équin ; à l'âge de huit mois, on le porta à l'hôpital Trousseau, où il subit la ténotomie des tendons d'Achille ; mais le traitement consécutif fut négligé, et le résultat fut tout à fait nul. A quinze mois, une nouvelle ténotomie des tendons d'Achille fut pratiquée, mais, cette fois encore, grâce à la négligence de la mère, le traitement consécutif ne fut point suivi, et la difformité ne tarda pas à récidiver ; au fur et à mesure que l'enfant avança en âge, cette difformité ne fit que s'accroître, et elle était extrêmement considérable, lorsque l'enfant fut apporté à l'Hôtel-Dieu.

Le 2 mai 1888, on pratiqua, sur le pied droit, la ténotomie du tendon d'Achille, puis l'ablation de l'astragale, et enfin la résection de la partie antérieure du calcanéum. La réduction fut complète à ce moment, dit l'observation, mais il survint des accidents de suppuration ; bref, la cicatrisation se fit dans une position vicieuse. Au mois de septembre de la même année, une opération semblable fut pratiquée sur le pied gauche ; mais ici on se borna à l'extirpation de l'astragale ; le résultat fut encore moins satisfaisant que la première fois. De sorte qu'au mois de novembre, lorsque je pris la direction du service, l'attitude vicieuse était encore très prononcée sur les deux pieds ; sans doute une légère amélioration avait été obtenue, à droite surtout, mais était trop peu marquée pour rendre possible la marche et la station. A droite, l'équinisme avait été complètement détruit ; mais il existait encore un varus très prononcé et un enroulement du bord interne du pied, marqué par la présence d'un sillon profond au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

A gauche, le pied était dans un varus extrêmement marqué, formant avec la face interne de la jambe un angle droit ; la face plantaire était tournée en dedans et en arrière, la face dorsale, presque verticale, était devenue antérieure. Le bord interne du pied présentait un angle très prononcé au niveau du scaphoïde ; sur le bord externe servant à la station, se voyait une large bourse séreuse devenue fistuleuse. De plus, sur chacun des deux pieds, la face dorsale externe présentait une cicatrice et une dépression profonde, traces des opérations d'ablation de l'astragale pratiquées antérieurement. Enfin, la cicatrisation de la plaie opératoire n'était pas encore complète sur le pied gauche. Je fus donc obligé d'attendre une entière guérison avant d'intervenir.

Ce fut seulement le 19 février 1889, que j'intervins sur le pied gauche, le plus déformé. Malgré la section à ciel ouvert de toutes les parties molles, y compris les ligaments sur le bord interne du pied, il me fut impossible d'obtenir le redressement complet. Force me fut donc de joindre à l'opération de Phelps une tarsectomie cunéiforme sur le bord externe du pied. J'enlevai là un coin osseux répondant au cuboïde, à la partie antérieure du calcanéum et aux cunéiformes. Il me fut alors très facile de mettre le pied dans une bonne attitude. Je ne fis point de sutures ; la position du pied suffit à amener le rapprochement des lèvres de la plaie externe. Quant à la plaie interne, elle était, au contraire, largement béante ; elle fut tamponnée à la gaze iodoformée, et le membre placé dans une gouttière plâtrée. La guérison se fit par granulation des plaies, sans trace de réaction générale, ni de suppuration. Le pansement fut renouvelé trois fois, le 1er mars, le 19 mars et le 13 avril ; le résultat définitif fut excellent.

Rassuré dès lors sur la bénignité de l'opération, j'entrepris, le 2 mai, le redressement du pied droit ; ici, l'opération de Phelps se montra suffisante et je n'eus pas besoin de recourir à une résection osseuse. Les suites opératoires furent encore d'une extrême simplicité ; l'enfant n'eut pour ainsi dire pas de douleurs ; point de fièvre, point de suppuration. La gouttière plâtrée fut renouvelée deux fois, le 5 juin et le 5 juillet. Depuis la fin de juillet, on fait du massage ; la réduction se maintient bien. La marche est possible à l'aide de bottines pourvues de tuteurs latéraux pour soutenir l'articulation tibio-tarsienne. Le résultat est pleinement satisfaisant ; à droite cependant, il existe encore un léger degré d'adduction.

IV. — La dernière observation dont il me reste à vous entretenir est pour ainsi dire calquée sur la précédente ; elle a trait à un jeune enfant de trois ans, atteint également d'un double pied bot varus équin congénital. Six mois après la naissance, il a subi la ténotomie des deux tendons d'Achille, puis l'application d'un appareil. Mais, chez lui, comme chez nos autres malades, la difformité n'a fait qu'augmenter avec l'âge ; aussi sa mère l'a-t-elle conduit l'année dernière dans un hôpital où on lui a pratiqué l'ablation des deux astragales. Cette double opération a été le point de départ d'une suppuration extrêmement abondante, qui, à un moment même, a mis, paraît-il, les jours du petit malade en danger ; quant au redressement, il a été tout à fait nul. Au moment où l'enfant est entré dans notre service, le 10 mai dernier, il présentait encore tous les caractères d'un double pied bot varus équin extrêmement prononcé. Chez lui, comme chez le petit malade de l'observation précédente, on voyait, sur la face dorsale externe de chacun des deux pieds, une cicatrice déprimée, trace de l'incision nécessitée par l'extirpation de l'astragale. Les pieds étaient en adduction marquée, formant avec la face interne de la jambe un angle droit ; en outre, il existait, sur le bord interne de chacun des deux pieds, un enroulement surtout prononcé à droite et caractérisé par la présence d'un pli profond au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Sur chacun des deux pieds, j'ai pratiqué l'opération de Phelps complétée par la section du tendon d'Achille. L'opération a été faite, sur le pied gauche, le 14 mai, et, sur le pied droit, le 20 juin. Je n'ai rien à dire des suites opératoires qui ont été absolument simples. Les appareils plâtrés ont été renouvelés trois fois, le 5 juin, le 5 et le 31 juillet. A la date du 18 août, la cicatrisation des plaies opératoires était complète ; les appareils étaient définitivement laissés de côté ; à partir de ce moment, on commença à faire un massage méthodique. La réduction de la difformité ne laisse rien à désirer.

En un mot, chez tous nos opérés, l'opération elle-même et ses suites ont été absolument exemptes de complications ; à peine de douleurs, absence absolue de fièvre et de suppuration. Sous ce rapport, nous sommes parfaitement d'accord avec les chirurgiens qui ont publié des faits à l'appui de cette méthode. Comme eux aussi, nous avons obtenu les résultats les plus favorables au point de vue de la réduction. Nous avons déjà fait remarquer que nos deux dernières opérations étaient particulièrement intéressantes en ce que l'opération de Phelps avait réussi là où l'ablation de l'astragale avait échoué. Nous trouvons, dans le travail de Büngner, un fait semblable tiré de la clinique de Volkmann. Il a trait à un enfant qui avait déjà subi, le 12 juin 1883, la ténotomie des deux tendons d'Achille, et, le 20 mai 1885, l'ablation des

deux astragales; tout cela sans résultat. Le 2 décembre 1887, l'opération de Phelps fut pratiquée sur les deux pieds et, à la suite de cette opération, on fut étonné de la facilité avec laquelle fut obtenu le redressement. C'est à peine si un court traitement orthopédique fut nécessaire pour consolider le résultat. Du reste, ajoute Büngner, dans plusieurs autres cas où la section isolée du tendon d'Achille s'était montrée insuffisante, l'opération de Phelps a réussi facilement à rétablir la forme et les fonctions du membre.

Nous en avons dit assez, croyons-nous, pour démontrer à la fois la bénignité de l'opération de Phelps et son efficacité. Grâce à elle, on réussira rapidement, et sans faire courir au malade de dangers, dans des cas où le redressement était jusqu'ici impossible, ou du moins nécessitait un traitement orthopédique long et difficile, dont les résultats définitifs étaient bien souvent aléatoires. Grâce à elle encore, les différentes opérations sur les os, tarsotomies, tarsectomies, ablation de l'astragale, ne seront plus que des procédés d'exception, applicables seulement à des difformités extrêmement prononcées, ou bien, chez l'adulte, à des pieds bots invétérés.

Des larges incisions circumthyroïdiennes dans le cancer du corps thyroïde. — M. PONCET (de Lyon). Un homme de trente-six ans présentait une tuméfaction du lobe gauche du corps thyroïde. La tumeur acquit en quelques mois le volume d'une orange. Il s'agissait évidemment d'un cancer de la thyroïde.

Il existait des accidents de compression. Une tentative d'ablation complète démontra que l'opération était impossible. M. Poncet eut l'idée de faire de larges incisions circumthyroïdiennes pour mettre fin aux accidents qui mettaient en péril la vie du malade.

Il fit une incision cruciale. L'incision verticale s'étendait de la partie supérieure de la tumeur jusqu'à la fourchette. L'autre incision, perpendiculaire à la précédente, allait d'un muscle sterno-mastoïdien à l'autre.

Dans un deuxième temps, il pratiqua l'incision et le décollement des muscles hyoïdiens et thyroïdiens. Le troisième temps consiste dans la libération et le décollement profond, enfin il sutura et draina la perte de substance.

Trois jours après, le drain était enlevé. La guérison fut obtenue par première intention. Une amélioration immédiate se produisit. Il y eut cessation des douleurs et de la dysphagie. Il est vrai que le malade succomba quatre mois après, aux progrès de la cachexie, mais les incisions levèrent l'étranglement qu'avait produit la tumeur.

En résumé, on peut dire que, dans des cas déterminés, il existe, à côté de la trachéotomie, une méthode de section, à ciel ouvert, des muscles et des fibres aponévrotiques de la région. Cette opération palliative soulage considérablement les malades.

Cure radicale des tumeurs fibro-cystiques utérines et des tumeurs fibreuses, par la méthode d'Apostoli. — M. LE BEC (de Paris). Les kystes formés dans les tumeurs fibreuses peuvent être ouverts, drainés et guéris par la voie vaginale.

La condition expresse est que le kyste soit développé dans la partie inférieure de la tumeur.

La ponction par les trocarts, servant à conduire le courant électrique, peut faire supposer des kystes, dont la présence était ignorée.

On doit supposer qu'un kyste intérieur s'enflamme, quand la malade souffre, a de la fièvre et a l'aspect d'une septicémie lente.

Il faut absolument ouvrir le kyste d'une manière large et le désinfecter par un bon drainage.

L'élimination de la membrane utérine du kyste est suivie de la disparition des accidents.

On pourrait peut-être faire une ponction exploratrice pour voir si un kyste existe dans la tumeur fibreuse, et s'il est accessible.

On peut donc dire que le diagnostic des tumeurs fibro-kystiques se fait au moyen de l'électricité.

Grâce à la méthode d'Apostoli, on peut combattre avantageusement la douleur et les hémorrhagies qu'occasionnent les myomes utérins.

Mais les fibromes à petites géodes échappent à l'influence de l'électricité.

Curabilité de la rétroversion utérine. — M. BERRUT (de Paris) fait une communication sur la curabilité de la rétroversion utérine, sans opération sanglante, par l'opération de la réduction et de la contention.

Rhinite caséeuse. — M. COZZOLINO (de Naples), malgré le nombre considérable de malades atteints d'affections du nez, qu'il a eu l'occasion d'examiner dans sa clinique, n'a observé que deux cas de l'affection nommée coryza caséeux.

Quoi qu'on en ait dit, la présence de ces masses caséeuses dans les fosses nasales ne constitue pas simplement un symptôme qui existe dans plusieurs maladies.

Il n'admet pas la théorie émise par M. Bories. Personne autre que cet auteur n'a constaté la transformation caséeuse des myxomes des fosses nasales. Les recherches histologiques de M. Bories ne sont pas très démonstratives. Pourquoi n'a-t-il pas fait des examens bactériologiques?

Cazzolino pense que la rhinopathie dont il s'agit constitue une entité morbide, qu'il désigne sous le nom de rhinite caséeuse.

Cette affection s'observe chez les scrofuleux. Or, les recherches bactériologiques, entreprises par le spécialiste italien, lui ont démontré la présence, dans les masses caséeuses, d'un bacille qui n'est pas sans analogie avec celui de la tuberculose.

Du traitement des rétrécissements de l'œsophage par l'électrolyse et la dilatation (1). — M. J.-A. FORT (de Paris). 1° Dans l'état actuel de la science, le traitement chirurgical, qui paraît donner les meilleurs résultats dans les rétrécissements de l'œsophage, consiste dans la combinaison de l'électrolyse linéaire et de la dilatation;

2° L'opération ne doit pas être faite en une seule fois, mais bien en trois ou quatre séances;

3° Le traitement combiné de l'électrolyse et de la dilatation peut être considéré comme curatif dans les rétrécissements œsophagiens fibreux;

4° Ce traitement produit une amélioration très notable dans les cas de rétrécissement œsophagien organique. En permettant aux malades de s'alimenter, il prolonge leur existence.

Greffe de l'uretère à la peau, dans un cas d'anurie. — M. LE DENTU (de Paris). En septembre 1888, une femme atteinte d'un cancer utérin subissait l'hystérectomie. Trois mois après, il existait une récidive qui se manifestait par des signes de compression des uretères. La malade n'urinait pas. Une sonde, introduite dans la vessie, ne ramenait qu'une très petite quantité d'urine. La situation était critique. Pour favoriser l'issue du liquide urinaire, M. Le Dentu eut la pensée de faire l'incision du rein ou du bassin et de façon à établir une fistule lombaire. Cependant, il préféra tenter une greffe de l'uretère à la peau, en créant un méat aux dépens de l'uretère transplanté.

Dans ce but, il pratique une incision oblique dans la région lombaire, arrive sur le rein, puis sur l'uretère, qu'il peut suivre jusqu'au point de convergence de ce conduit avec l'artère utéro-ovarienne. Il pose à ce niveau deux pinces hémostatiques sur l'uretère qui est séparé à sa partie supérieure, et sectionne entre les deux pinces. La portion libérée de l'uretère est dirigée sur la région lombaire et l'extrémité inférieure du conduit urétérique mobilisé est suturée à la peau.

Un tube en caoutchouc est placé dans la plaie, de façon à recueillir toute l'urine qui s'écoulait du rein gauche.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 289.

La cachexie, à laquelle cette malade était en proie, s'aggrave et la mort survient quatorze jours après l'opération.

Il s'écoula 400 grammes d'urine par le tube, dès le lendemain de l'intervention (il est vrai qu'il s'était perdu une certaine quantité d'urine entre le tube et les lèvres de la plaie).

Le troisième jour, on peut recueillir la totalité des urines émises en vingt-quatre heures : il y avait 1 300 grammes. Puis on observa une émission quotidienne de 900, puis de 700 (sans compter ce qui s'était perdu ce jour-là) et enfin de 800 grammes.

La malade ne mourut pas d'urémie, car l'examen des urines, pratiqué chaque jour, a démontré que la production d'urée était supérieure à la quantité minimum que l'on considère comme compatible avec la vie. Certains jours, cette femme avait 12 grammes d'urée dans les urines.

Il n'y a pas eu non plus de pyélite. L'urine est toujours restée acide; elle n'a jamais été ammoniacale.

Cette observation démontre la possibilité de faire une greffe de l'uretère à la peau. On peut assurer ainsi l'écoulement de l'urine. A l'avenir, quand des masses cancéreuses, et surtout fibreuses, oblitéreront le calibre du conduit urétérique, on sera autorisé à faire cette opération qui est légitime et qui peut être efficace.

De la réunion immédiate du rein dans la néphrolithotomie. — M. LE DENTU, le 23 février 1889, a eu l'occasion d'enlever un calcul rénal, chez un malade qui souffrait depuis quinze ans. Le diagnostic de calcul du bassinet fut porté, en même temps que ce chirurgien affirmait l'absence de complication inflammatoire du côté du rein et du bassinet. Comme les douleurs étaient très vives, et que l'affection remontait à de longues années, une ouverture sur le rein fut décidée, d'autant plus qu'il n'y avait pas de pyélo-néphrite.

Déjà il avait enlevé, quelques mois auparavant, un calcul dans un rein qui ne présentait pas de traces de suppuration. La tentative de réunion qui fut faite ne fut pas suivie d'un plein succès : après le sixième jour il s'écoula de l'urine par la plaie. Cependant le malade était guéri le quinzième jour.

Dans la deuxième opération qu'il pratiqua, M. Le Dentu se servit d'un catgut plus solide.

Après avoir pratiqué l'incision lombaire et avoir isolé le rein, ce chirurgien fit tourner la glande rénale, put la saisir dans la main gauche et pratiquer la section de la moitié du bord convexe de l'organe. Grâce à cette incision du parenchyme, il put extraire facilement un gros calcul et faire sept sutures avec du catgut n° 3.

Quoique le rein fût friable et que, par suite, il y eût impossibilité de serrer fortement les sutures, le simple rapprochement suffit pour assurer l'hémostase complète et immédiate.

Le résultat fut parfait. Il ne s'écoula pas une goutte d'urine par la plaie. Le vingtième jour, le malade était guéri.

Malgré le succès de cette opération, M. Le Dentu affirme que la néphrolithotomie n'est pas toujours facile. Elle n'est pas aussi heureuse dans tous les cas. L'opérateur, même rompu à la pratique de la chirurgie, ne peut se flatter de réussir toujours aussi bien que dans le cas précédent.

Néphrectomie. Quatre observations et remarques. — M. CH. MONOD. Sa première observation est publiée dans la thèse de M. Brodeur (1). La néphrectomie fut suivie d'une entière guérison.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une femme de trente-huit ans, qui avait des hématuries, des envies fréquentes d'uriner et parfois du pus dans l'urine. L'exploration lombaire donnait naissance à des douleurs. Cette femme avait eu des coliques néphrétiques qui avaient été diagnostiquées, plusieurs années auparavant, par MM. Dolbeau et Millard. Le rein gauche n'était probablement pas altéré.

(1) BRODEUR. *De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein*, 1886, p. 276.

L'opération fut facile. Pas de fièvre après l'intervention, mais la malade n'urinait pas. Le lendemain, elle rendit une cuillerée d'urine. L'anurie s'accentua, il y eut du coma et la mort survint rapidement.

L'examen démontra qu'il y avait des tubercules encore jeunes dans le rein. On trouva des bacilles de Koch.

M. Brodeur a établi que, sur 16 néphrectomies (dont 12 lombaires) pour pyélo-néphrite tuberculeuse, on avait obtenu 6 fois la guérison, soit 42,85 p. 100. Deux néphrectomies abdominales avaient guéri.

La troisième observation se rapporte à une femme de quarante-quatre ans, qui avait des crises du côté du rein dès l'âge de douze ans. Elle avait expulsé des calculs en urinant.

Par le palper, on constatait dans le flanc droit une tuméfaction constituée par le rein.

L'opération fut pratiquée. L'extraction des calculs était impossible. Il existait une coque fibreuse, entourant une grande cavité qui renfermait une pierre et de petits calculs.

M. Monod jugea que le rein gauche devait être en bon état.

Le jour de l'opération, la malade urina en quantité suffisante, mais le lendemain cette femme mourut d'une façon inattendue.

L'autopsie démontra l'absence de pus et de péritonite. On constata que le rein laissé en place était atteint de néphrite interstitielle.

La quatrième observation est celle d'une femme qui avait un rein polykystique.

On connaît, depuis la remarquable thèse de M. Lejars, toute la gravité de cette affection.

La femme dont il s'agit, âgée de quarante ans, avait subi un curage de l'utérus en mars 1889. Plus tard, la palpation du flanc fit reconnaître une tumeur. Pendant deux ans, M. Monod surveilla cette malade. A deux reprises, on dut la trachéotomiser. Il est probable que les accès de suffocation qui ont nécessité la trachéotomie étaient dus à un œdème de la glotte. Au moment des crises, il y avait anurie relative.

Cette femme allait bien depuis sa dernière trachéotomie; le rein de l'autre côté semblait être intact.

La glande rénale était énorme, comme on le reconnut pendant l'opération. Elle contenait des kystes multiples à sa surface et dans son parenchyme. L'intervention fut heureuse; la malade est guérie, mais est-ce pour toujours?

M. Monod pose les conclusions suivantes :

1° Toute la gravité de la néphrectomie dépend de l'état du rein de l'autre côté;

2° Au point de vue clinique, il est difficile de savoir si le rein qu'on laisse est sain ou altéré;

3° Malgré les désastres qui sont dus aux altérations méconnues du rein resté dans l'abdomen, il faut faire la néphrectomie.

Si on reconnaît, pendant la vie, la bilatéralité des lésions, il est évident qu'il faut s'abstenir.

Mais si l'affection rénale met la vie en danger, si on soupçonne seulement des altérations de l'autre côté, M. Monod pense qu'on est encore autorisé à tenter la néphrectomie, qui donne des chances de guérison à un malade qui ne peut être sauvé autrement. Il est vrai qu'on fait courir des risques à ces malades.

Traitement de l'exstrophie vésicale; nouveau procédé. Opération. — M. SEGOND (de Paris). A l'heure actuelle, il existe deux tendances chirurgicales au point de vue du choix des opérations qu'il faut pratiquer pour traiter les exstrophies de la vessie. Les uns pensent qu'il reste assez de sphincter vésical pour qu'il soit possible de mettre les voies inférieures de l'urine dans les conditions normales. Ceux-là rapprochent les symphyses du pubis par différents procédés (sanglants ou non sanglants). Ils suturent complètement les parois de la vessie. Il suffit de citer Passavant comme un des promoteurs de cette méthode, qui a soulevé des protestations de la part de Pousson.

D'autres chirurgiens admettent que l'individu porteur d'une exstrophie de la vessie est un infirme. Il n'y a lieu d'espérer pour

lui qu'un moyen de collecter ses urines et de l'empêcher de blesser sa vessie.

L'autoplastie a donné de bons résultats à presque tous les chirurgiens, et, en particulier, à M. Le Fort, qui a modifié le procédé primitif. Mais ces résultats ne sont pas aussi merveilleux qu'on l'a dit. Il y a de ces opérés qui, après des autoplasties dites excellentes, souffrent beaucoup de la vessie, par suite de la formation fréquente des pierres vésicales.

Ce n'est pas un inconvénient négligeable, comme l'a dit Pousson, que la formation dans la vessie de calculs qui font souffrir les malades, et qui nécessitent parfois, comme dans un cas que j'ai observé, des lithotrities, répétées à différentes époques.

En 1881, Sonnenburg a enlevé la vessie et a suturé les uretères à la base de la gouttière pénienne.

M. Segond a fait l'opération suivante, en octobre 1888 :

Un enfant de huit ans avait une exstrophie de la vessie des plus remarquables. M. Segond pratique l'ablation de la vessie; rabat celle-ci sur la gouttière pénienne, détache le prépuce, le renverse et l'applique aux parois vésicales; c'était, somme toute, faire, avec le prépuce, ce que fait M. Le Fort avec son lambeau.

La guérison fut obtenue.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'un individu qui, dès l'âge de deux ans, avait déjà subi une autoplastie pour remédier à son exstrophie.

Il avait des calculs vésicaux, complication fréquente après les réparations autoplastiques en usage dans notre pays, parce que l'urine se trouve en contact avec des tissus dépourvus d'épiderme, d'où dépôt de sels calcaires.

M. Segond enlève les calculs vésicaux et pratique la même opération que la précédente. Le succès fut excellent. Cinq mois après, cet individu eut, à la suite de quelques excès alcooliques, une poussée de pyélo-néphrite qui se termina par la mort.

L'opération qu'il a pratiquée présente des avantages : 1° elle n'est pas grave ; 2° elle remplit merveilleusement toutes les conditions exigées pour une bonne autoplastie (protection de la vessie, collection des urines, réfection de la forme).

L'opéré de M. Segond perd ses urines, il est vrai. Mais n'est-il pas dans la même situation que les autres individus considérés comme parfaitement guéris, et qui ont été traités par les moyens autoplastiques ordinaires? Dans tous les cas, grâce au procédé de Sonnenburg modifié, M. Segond a pu interposer des muqueuses sur tout le trajet de l'urine, donc, on est à l'abri de la formation des calculs vésicaux.

Le manuel opératoire est simple. La dissection de la vessie est facile. Il n'y a pas de crainte de blesser le péritoine. Quand on arrive au niveau des uretères, qui sont très dilatés chez les individus atteints d'exstrophie vésicale, il faut faire attention, afin de ne pas les couper.

Du traitement électrique des fibromes utérins, devant la Société de chirurgie. — M. APOSTOLI (de Paris). Le traitement électrique des fibromes utérins qu'il a créé, en 1882, et qui a reçu de tous les côtés une approbation presque unanime, a été récemment discuté devant la Société de chirurgie, où a surgi une méthode qui se prétend la meilleure de toutes, et affirme qu'elle est nouvelle, parce qu'elle repose sur l'emploi des intensités moyennes, de l'action extra-utérine et des renversements de courant.

M. Apostoli vient combattre cette double prétention :

1° La méthode préconisée par MM. Lucas-Championnière et Danion n'est pas nouvelle, et n'est que la reproduction intégrale d'anciens procédés jugés, et en partie abandonnés.

a. M. Apostoli réclame la priorité et la paternité de toute application médicale électrique dépassant 50 milliampères (Voir thèse Carlet, juillet 1884).

Pendant deux ans, il a exclusivement employé des intensités variant de 40 à 70 milliampères ; depuis lors, il a jugé utile d'augmenter, non pas d'une façon exclusive et aveugle, comme on le lui fait dire à tort, mais d'une façon rationnelle et progressive, suivant les cas.

L'intensité doit être modérée dans les cas d'intolérance utérine ou péri-utérine (affection des annexes). L'intensité doit être élevée dans toutes les formes graves, compliquées d'endométrite ou d'hémorrhagie.

b. MM. Aimé Martin et Chéron ont préconisé, les premiers depuis 1879, l'action extra-utérine, soit sur le col, soit vaginale, et, les premiers, ils ont employé, soit les renversements, soit les interruptions du courant galvanique.

Moritz Bénédickt (de Vienne) a également appliqué les renversements de courant continu avant MM. Lucas-Championnière et Danion.

2° La méthode préconisée par MM. Lucas-Championnière et Danion est inférieure au traitement actuel de M. Apostoli :

a. Parce qu'ils ne désarment pas comme chirurgiens, et qu'ils continuent à faire des castrations et des hystérectomies ;

b. Parce qu'ils choisissent leurs cas, électrisent les femmes âgées ou peu malades, opérant les femmes jeunes ;

c. Parce qu'ils avouent des échecs légitimant leur intervention chirurgicale ;

d. Parce que leur méthode reste vaginale et extra-utérine, s'interdisant, de parti pris, toute cure de l'endométrite concomitante ;

e. Parce que, chez eux, la récidive est constante, s'ils n'entretiennent pas le traitement ;

f. Parce qu'ils n'affirment pas la disparition des exsudats périphériques inflammatoires ;

g. Parce que l'adjonction des eaux chlorurées sodiques qu'ils préconisent, montre que leur méthode est infidèle ;

h. Parce qu'ils n'ont pas constaté des réductions anatomiques évidentes du fibrome.

Aux affirmations de MM. Lucas-Championnière et Danion qui reposent sur sept mois d'expérience et onze observations, M. Apostoli oppose sa méthode vieille de sept ans, qui a reçu la consécration de tous ceux qui l'ont expérimentée, et qui comprend au total plusieurs milliers d'observations recueillies en France et à l'étranger.

Sa méthode est inoffensive et toujours supportable, si l'on se conforme à la technique qu'il a tracée (les très rares cas de mort observés sont dus, en grande partie, à des erreurs de diagnostic, tumeurs des annexes prises pour des fibromes et traitées électriquement).

Traitement électrique des tumeurs fibreuses. — M. DANION combat la méthode d'Apostoli qui est dangereuse et inconstante dans ses résultats. Il préconise un traitement électrique d'un autre genre.

De la néphrorrhaphie. — M. TUFFIER (de Paris). Le rein mobile ne doit pas être opéré dans tous les cas. Il a observé treize malades qui avaient des déplacements de la glande rénale et il n'est intervenu que trois fois.

La douleur, dans le rein mobile, n'est pas une indication suffisante pour pratiquer la néphrorrhaphie. Le rein mobile peut déterminer des phénomènes gastro-intestinaux. Les malades semblent être atteints de dyspepsie. Le plus souvent, il y a entéroptose (1), comme l'a montré M. Glénard. L'intervention chirurgicale est contre-indiquée dans ces cas. Un bandage suffit.

Le rein mobile peut être douloureux, soit par le fait des phénomènes congestifs qui se passent du côté de la glande, soit parce qu'il se produit des accès intermittents [hydronéphrose intermittente (2)].

M. Tuffier a pratiqué trois fois la néphrorrhaphie : il s'agissait de reins douloureux par déplacement.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 1005.

(2) LE DENTU. *Traité des affections chirurgicales des reins et des uretères.*

Il fait l'incision lombaire et ensuite la décortication du rein. Il faut fixer directement le parenchyme rénal à la région lombaire.

Au tiers inférieur du rein, on fait passer un gros catgut à travers le parenchyme et on met un autre catgut plus bas.

M. Tuffier enlève la capsule fibreuse du rein, à la partie inférieure de la glande, en ayant soin de ne pas aller jusqu'à l'endroit où les fils ont été posés. La capsule fibreuse permet aux fils de ne pas couper le parenchyme rénal qui est friable.

Le rein est amené à la région lombaire et les fils sont serrés de façon à fixer la glande rénale dans sa nouvelle situation.

Parmi les accidents qui peuvent arriver, on a signalé l'hémorrhagie, mais elle n'est pas inquiétante. Par contre, on a observé des intoxications graves à la suite de l'emploi des antiseptiques. Le tissu cellulo-graisseux qui entoure le rein absorbe avec une extrême facilité les liquides, c'est ce qui explique les phénomènes d'empoisonnement qui ont été décrits par quelques auteurs.

M. Tuffier a eu l'occasion de voir l'iodoforme, le sublimé, l'acide phénique déterminer des accidents sérieux.

Il faut immobiliser les opérés pendant trois semaines, un mois. Il est bon que le siège des opérés soit un peu élevé.

Traitement combiné pour la cure des chutes volumineuses du rectum. — M. SCHWARTZ (de Paris). Un épileptique, âgé de trente-trois ans, présentait une chute volumineuse du rectum.

Cette chute du rectum présentait deux particularités : 1° l'existence de gros vaisseaux ; 2° la présence de l'intestin grêle dans le cul-de-sac péritonéal qui était descendu très bas avec le rectum. On comprend, par ce fait, la gravité des opérations sanglantes sur le prolapsus rectal.

En examinant cette chute du rectum, on constatait l'absence totale de contractilité du sphincter et on remarquait que la chute portait principalement sur la région scrotale.

L'opération fut décidée après anesthésie. M. Schwartz traça avec le thermocautère six grands traits de feu de la largeur du doigt. Le rectum fut ensuite réduit.

Dans un deuxième temps, M. Schwartz fit une périnéorrhaphie et se servit du catgut et des crins de Florence pour les sutures. Pansement antiseptique.

Cet homme, qui était, on se le rappelle, un épileptique, eut à la suite de son opération une crise très grave. On dut lui mettre la camisole de force. Il arracha son pansement plusieurs fois. Un fil de la suture céda et les matières sortirent par la fistule créée par l'absence de ce fil. La fistule guérit spontanément. Le prolapsus du rectum avait complètement disparu.

De plus, il faut signaler l'amélioration que ce malade éprouva : les crises épileptiques ont beaucoup diminué de fréquence.

La méthode employée par M. Schwartz ne répond pas à tous les cas de chute du rectum ; mais plutôt que de pratiquer un anus artificiel, de tirer par en haut le gros intestin de façon à soulever le rectum, et à faire disparaître le prolapsus, il est préférable d'essayer une opération semblable à celle qu'a faite M. Schwartz.

Sur un cas de fistule biliaire traitée avec succès par la cholécystectomie. — M. MICHAUX (de Paris). Une femme de trente-deux ans portait une fistule biliaire depuis très longtemps. Tous les traitements employés avaient échoué. La malade était maigre et sèche. Sept ans auparavant elle avait eu une colique néphrétique et dans la suite plusieurs autres crises semblables. Elle finit par présenter les signes d'un phlegmon de la région ombilicale. Une fistule finit par s'établir et laissa passer plusieurs calculs.

Cette femme perdait d'une façon continue une grande quantité d'un liquide séro-purulent.

Tous les moyens thérapeutiques avaient échoué. M. Michaux fit une laparotomie exploratrice avec l'idée bien arrêtée de terminer l'intervention par une cholécystectomie, si la chose était possible.

L'opération eut lieu, le 18 février 1889. M. Michaux trouva la vésicule biliaire épaissie, ayant contracté des adhérences avec le foie, l'intestin, etc. Il réussit néanmoins à enlever la vésicule biliaire qui contenait des pierres. Les parties de la paroi qui n'avaient pu être détachées furent cautérisées au thermocautère.

Il n'y eut pas de réaction fébrile, mais le quatrième jour on constata qu'il se faisait un petit phlegmon (dû probablement à un fil). La guérison fut obtenue au bout d'un mois. Un jour, la bile s'écoula par la plaie, mais ce fut passager. La plaie est cicatrisée et la guérison complète.

La cholécystectomie a donc donné un excellent résultat. L'opération a été relativement facile et son efficacité est supérieure à celle que peut procurer la cholécystotomie.

Pouce bifide. — M. BILHAUT (de Paris) fait une communication sur l'opération du pouce bifide.

De la divulsion progressive des rétrécissements de l'urèthre rebelles à la dilatation. — M. LAVAUX (de Paris). Toutes les fois que la dilatation est insuffisante, dans tous les cas où il y a urgence à donner immédiatement au canal un certain calibre, on doit recourir à la divulsion progressive ; ce procédé réussit non seulement dans les rétrécissements d'origine blennorrhagique, mais encore dans certains cas de rétrécissements traumatiques. De tous les procédés de force employés dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, c'est incontestablement celui qui présente le plus de bénignité. Dans tous les cas, on aura bien soin de faire une antisepsie rigoureuse de l'urèthre et de la vessie, en suivant les règles formulées dans la communication que M. Lavaux a faite, en 1887, à l'Académie de médecine.

Aperçu synthétique sur les fonctions, la pathologie et la chirurgie du col de l'utérus. — M. DOLÉRIS (de Paris). Considéré comme simple canal passif, le conduit utérin normal a, dans son ensemble, une direction sensiblement rectiligne ; il est à peine coudé à l'isthme. Son calibre est toujours suffisant pour sa fonction. La structure de sa muqueuse et les reliefs de sa paroi assurent, par une sorte d'appareil de drainage, la perméabilité de l'organe dans les deux sens, de l'extérieur vers l'intérieur et inversement.

La sécrétion modérée du mucus cervical n'est pas défavorable à la fonction. En effet, sa grande alcalinité neutralise les produits habituellement acides de la vulve et du vagin. L'intégrité de l'épithélium cilié paraît, en outre, indispensable à l'ascension des spermatozoïdes. Le rôle primordial dans les phénomènes initiaux de la fécondation appartient incontestablement au museau de tanche. L'orifice externe est la véritable porte de la fécondation. Chez les vierges, le relief du museau de tanche dans le vagin est insignifiant, la profondeur des culs-de-sac quasi-nulle et le vagin lui-même calibré d'une façon sensiblement égale dans toute son étendue. L'orifice externe est donc le débouché terminal des voies génitales externes ; aucun diverticule ne peut égarer le liquide fécondant.

Chez la femme qui a enfanté, le conduit vaginal est plus large, mais l'orifice utérin est sensiblement plus ouvert et d'autant plus accessible. C'est de la sorte que se conserve l'aptitude normale aux fécondations successives.

Lorsqu'une déformation excessive vient vicier ces dispositions réciproques du col et du vagin, l'aptitude diminue et peut même disparaître, car si un col conique et allongé avec un vagin normal chez une femme multipare réalise un obstacle naturel à la fécondation, on peut dire aussi qu'un orifice cervical élargi avec un vagin très relâché amène le même résultat chez la plupare.

Il y a lieu d'examiner l'action des fibres du releveur de l'anus, au point de vue de la fécondation. M. Forget a montré comment se relient les faisceaux longitudinaux du vagin avec les lèvres antérieures et postérieures du museau de tanche. Il y a continuité absolue, de telle façon que chaque colonne vaginale se termine à l'utérus par une sorte de patte d'oie faite de trois divi-

sions de fibres, les unes remontant sur l'utérus en se continuant avec les faisceaux longitudinaux ansiformes du corps, les autres sont récurrentes en haut et se jettent sur la vessie en avant ou le rectum en arrière; les troisièmes courtes sont récurrentes en bas sur la lèvre correspondante du col où elles se terminent.

Cette notion anatomique est précieuse, si l'on veut envisager les mouvements solidaires du vagin postérieur et du col, si l'on considère les changements de forme et de direction de l'orifice du col sous l'influence d'un spasme subit ou d'une action contractile répétée.

La tension musculaire du stroma du col répond à des phénomènes actifs variés, en rapport avec la fonction.

Le col agit comme sphincter, pendant la gestation et pendant la première phase de la parturition.

Dans le premier cas, c'est un agent de rétension de l'œuf fécondé; dans le deuxième, c'est un agent modérateur de la sortie du fœtus. L'action du sphincter est due à la prééminence des fibres circulaires sur les faisceaux longitudinaux.

Le rôle du sphincter musculaire est puissamment aidé par la ceinture vasculaire qui entoure le col dans sa portion sus-vaginale et qui fait de l'isthme utérin un véritable tissu érectile, au niveau duquel les faisceaux musculaires ne sont plus qu'une membrane cribriforme.

Le maintien des tissus musculaires et l'intégrité de l'influx nerveux sont les garanties de la résistance de la région.

Toute la pathologie du col utérin est dans ces trois mots : traumatisme, inflammation, processus dégénératif ou néoplasique.

Le traumatisme, qu'il soit violent ou modéré, aboutit généralement à des effets semblables. Tantôt c'est la perte de l'action contractile par suite des solutions de continuité étendues. De là des douleurs, des sensations viciées, etc. Le résultat fonctionnel est plus important : la cavité cervicale est mise à nu; le pouvoir rétenteur du col faiblit, par division du sphincter jusqu'à l'orifice interne. De là, l'avortement répété des premiers mois ou la brusque sortie du fœtus, si la malade arrive à terme.

Par suite des traumatismes peu violents mais répétés, par suite de la répétition d'un coït disproportionné, les culs-de-sac vaginaux deviennent très larges; le col s'allonge, se déforme coniquement et subit souvent une flexion.

Tous ces changements aboutissent au déplacement de l'utérus, au relâchement des ligaments (pesanteurs, douleurs, troubles de la menstruation, gêne dans la marche, etc.).

L'inflammation se combine souvent au traumatisme, pour produire des déformations graves.

L'endométrite cervicale amène l'ectropion muqueux du col, comme la rectite amène la hernie de la muqueuse rectale.

La théorie classique de l'ulcération est à peu près morte aujourd'hui. M. Doléris a contribué à ruiner cette théorie par des travaux qui ont été exposés en mai 1887, au Congrès gynécologique de Madrid, et dans différentes publications. Il a montré que le processus ulcératif vrai, auquel les Allemands accordent un certain rôle, ne s'observe que sur les cols affectés autrefois d'ectropion primitif, cicatrisant artificiellement par revêtement d'épithélium pavimenteux, et ulcérés secondairement par excès de tension et chute de la cicatrice. Il a appelé ces pseudo-ulcérations, ectropion secondaire.

Il a insisté sur les fâcheux effets des applications caustiques et des pointes de feu sur le col. Dans ces cas, il se produit une cicatrisation vicieuse qui altère la fonction de la muqueuse sous-jacente et qui aggrave le processus.

Les caustiques et le thermocautère amènent la transformation de l'épythélium cylindrique, qui revêt tout ectropion cervical d'un vernis pavimenteux solide. D'où l'oblitération des conduits glandulaires qui s'ouvrent sur la surface de l'ectropion. Qu'arrive-t-il? Les sécrétions glandulaires subissent de la rétention et produisent des tuméfactions chroniques et récidivantes (anciennes congestions répétées).

Sous la cicatrice qui s'est formée, se passe un processus qui a échappé aux observateurs. Les glandes sont altérées, remplies de produits de sécrétion et enfermées sous une enveloppe cornée. De temps à autre apparaît à la surface des follicules qui sont parfois remplis de pus, preuve que l'infection existait dans les profondeurs des follicules.

Le dernier terme de cette lésion chronique, est la dégénérescence kystique. Les pointes de feu n'ont pour résultat que de créer des clous de sclérose dans le col envahi par les kystes.

Et cependant les Allemands, qui ont contribué à établir ces faits histologiques, continuent à faire usage des caustiques sur l'ectropion.

Ces troubles amènent l'allongement du segment moyen du col, l'atrésie du conduit cervical, des déviations, etc. Ils occasionnent aussi le réveil des affections salpingo-ovariques.

L'inflammation modifie aussi la forme du col et détermine des flexions antérieures qui portent sur l'union du segment vaginal avec le segment sus-vaginal du col. Cette déformation favorise l'éversion de la lèvre antérieure qui se relève, son allongement apparent, l'apparition de l'ectropion antérieur et enfin une sorte de conicité du col.

Le sphincter vasculaire permet de comprendre les spasmes localisés à l'orifice interne. L'athérome précoce, l'affaiblissement constitutionnel ou acquis des parois artérielles, l'affaiblissement des parois veineuses, etc. amènent la perte de solidarité de structure entre le corps et le col de l'utérus, d'où atonie du segment moyen et flexion de l'organe à l'isthme.

Dans la thérapeutique du col, il y a nécessité de viser toujours un double objet : le maintien ou le rétablissement de la fonction, la guérison des lésions.

Lorsqu'il se produit pendant l'accouchement une rupture étendue du col, la pratique se refuse à la trachélorrhaphie qui est cependant rationnelle, parce qu'elle évite une cicatrisation secondaire.

En présence d'une lésion ancienne, avec ectropion muqueux, on préfère autant la trachélorrhaphie que l'abrasion plastique de la muqueuse, et on ne se soucie guère de l'endométrite, quand on referme le col.

Dans toutes les interventions sanglantes sur le col, on ne fait pas attention à l'étendue et au siège précis des lésions. On cherche à faire une opération réglée, sans trop se soucier des altérations qu'on laisse dans le col.

Quant à traiter l'ectropion en provoquant une cicatrisation artificielle, c'est une pratique erronée, basée sur une erreur anatomique.

Les traumatismes cervicaux veulent être réparés frais, lorsqu'ils sont modérés. On doit abandonner la pratique antiphysiologique des cautérisations sur le col. Tant que les médecins feront des cicatrices artificielles sur le col malade, le couteau du chirurgien sera obligé d'intervenir.

Le gynécologue devra varier son intervention, la simplifier ou la compliquer, en vue de la restauration fonctionnelle du col.

Le curage d'une endométrite du corps n'améliore nullement l'état du col. Le redressement d'un utérus fléchi ne suffira pas à favoriser la fécondation, même en y ajoutant la dilatation, même en faisant une opération sur le col, si le vagin reste lâche et trop ample. Il faudra une opération complémentaire sur ce conduit.

Néphrectomie avec persistance de la perméabilité de l'uretère. — M. DESNOS (de Paris). Il s'agit d'une femme de trente-huit ans qui, à la suite d'une inflammation péri-utérine, vit se développer les signes d'une urétéro-pyélite; celle-ci évolua lentement pendant une dizaine d'années : on constatait chez elle les signes d'une tumeur rénale du côté droit et d'un gonflement induré et douloureux de tout l'uretère correspondant.

La malade était amaigrie, mais nullement cachectique, et l'état général était resté bon. Décidé à intervenir, on tenta le cathétérisme de l'uretère à l'aide de la sonde de Pawlik, qui pénétra avec une grande facilité dans l'uretère malade ; on recueillit ainsi de l'urine très purulente, tandis que, par une sonde intro-

duite dans la vessie, s'écoulait une quantité suffisante d'une urine absolument normale.

La néphrectomie lombaire fut pratiquée en juillet 1887. Les manœuvres opératoires furent faciles. L'uretère ne put être attiré ni fixé au dehors, et le pédicule fut lié en masse. Les suites furent satisfaisantes; mais il persista à la région lombaire un trajet fistuleux qui, au bout de deux mois, présenta cette particularité de livrer passage à de l'urine au moment de la miction.

La plaie ayant été réouverte, on trouva la loge rénale transformée en une cavité remplie de fongosités qui furent enlevées au moyen de la curette tranchante; la cavité, bourrée de gaze iodoformée, se combla peu à peu. Quatre mois après, la cicatrisation était complète.

Néanmoins les douleurs lombaires persistèrent un an encore environ; elles étaient irrégulières, survenaient par accès et la malade remarquait que les urines présentaient les mêmes intermittences de limpidité et de purulence qu'avant la néphrectomie. Enfin, l'exploration de la région lombaire permettait de reconnaître une tuméfication mal limitée occupant la loge rénale d'un volume variable suivant les jours et dont les intermittences d'accroissement et de retrait coïncidaient avec les décharges purulentes observées dans l'urine.

Il était donc évident qu'une collection purulente occupait encore la loge rénale d'où elle s'évacuait périodiquement par l'uretère resté perméable.

On peut conclure de ce fait que la néphrectomie primitive, appliquée au traitement des pyélo-néphrites, ne donne pas toujours des guérisons rapides : néanmoins elle peut être indiquée dans les cas où l'uretère est le siège d'une inflammation profonde et invétéré, où on est absolument certain de l'intégrité du second rein et où la santé générale est bonne; ces indications sont exceptionnelles et la néphrectomie reste la règle dans le traitement des pyélo-néphrites.

La séance est levée.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

Instructions réglant les conditions d'admission dans le service de santé de la marine et dans les écoles de médecine et de pharmacie navales.

I. — Corps de santé.

Le service médical et pharmaceutique dans les hôpitaux et arsenaux maritimes, à bord des bâtiments de la flotte, dans les colonies, dans les régiments d'artillerie et d'infanterie de la marine, est attribué aux officiers du corps de santé de la marine.

L'organisation de ce corps est réglée par le décret et l'arrêté du 24 juin 1886.

Les officiers du corps de santé de la marine sont placés sous le régime de la loi du 19 mai 1834, concernant l'état des officiers.

La hiérarchie des grades est établie comme suit :

GRADES DANS LE SERVICE DE SANTÉ	ASSIMILATION
Service médical.	
Directeur du service de santé.	Grade intermédiaire entre le colonel et le général de brigade.
Médecin en chef.	Colonel.
Médecin principal.	Chef de bataillon.
Médecin de première classe.	Capitaine.
Médecin de deuxième classe (titulaire ou auxiliaire)	Lieutenant.
Service pharmaceutique.	
Pharmacien en chef.	Colonel.
Pharmacien principal	Chef de bataillon.
Pharmacien de première classe. . .	Capitaine.
Pharmacien de deuxième classe (titulaire ou auxiliaire).	Lieutenant.

Le personnel du service de santé de la marine se recrute par l'admission des docteurs en médecine ou des pharmaciens universitaires de première classe, qui sont nommés, sans concours, à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe.

Le candidat à l'emploi de médecin ou de pharmacien auxiliaire de deuxième classe doit remplir les conditions suivantes :

1° Etre Français ou naturalisé Français;

2° Etre âgé de moins de vingt-huit ans au moment de son admission, à moins qu'il ne compte assez de services à l'Etat pour avoir droit à une retraite à cinquante-trois ans;

4° Etre pourvu du diplôme de docteur en médecine ou du titre de pharmacien universitaire de première classe;

4° Etre reconnu propre au service militaire, après constatation faite par un médecin de la marine ou par un médecin militaire.

Il doit produire, en outre, un extrait, pour néant, de son casier judiciaire, un certificat de bonnes vie et mœurs et un certificat constatant sa situation au point de vue de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les médecins et pharmaciens auxiliaires de deuxième classe sont employés à terre en France, dans les hôpitaux de la marine, à la mer ou aux colonies.

Ils portent l'uniforme et les insignes du grade de médecin ou de pharmacien titulaire de deuxième classe.

Après deux années de stage, les médecins et pharmaciens auxiliaires de deuxième classe sont nommés, par décret, au grade de médecin on de pharmacien titulaire de deuxième classe.

L'avancement aux autres grades du corps de santé a lieu ;

Pour les médecins et pharmaciens de première classe, un tiers au choix, deux tiers à l'ancienneté;

Pour les médecins et pharmaciens principaux, la moitié au choix, la moitié à l'ancienneté.

Pour les médecins et pharmaciens en chef et pour les directeurs du service de santé, l'avancement a lieu exclusivement au choix.

Les médecins et pharmaciens auxiliaires, docteurs en médecine ou pharmaciens universitaires de première classe provenant des facultés civiles, promus au grade de médecin ou de pharmacien de deuxième classe, reçoivent, s'ils contractent l'engagement de servir six années dans la marine, une somme représentant le montant des frais nécessaires à l'obtention des diplômes universitaires.

Il est compté, pour la retraite, quatre années de service, à titre d'études préliminaires, aux médecins et pharmaciens admis dans le service de santé de la marine, avec les diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien universitaire de première classe.

II. — Écoles de médecine.

Les écoles de médecine navale, qui existaient à Brest, Rochefort et Toulon, ont pour but de préparer les élèves du service de santé de la marine aux diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien universitaire de première classe, et d'initier aux connaissances spécialement requises pour le service de la marine et des colonies, les candidats provenant des Facultés admis, avec les diplômes universitaires, en qualité d'auxiliaires de deuxième classe, dans le corps de santé de la marine.

§ 1. — *Conditions d'admission.*

(Application de l'article 29 de la loi du 15 juillet 1889. — Décret du 8 octobre 1889. [Voir *Gaz. des hôp.* du 12 octobre 1889].)

Lorsque l'admission a été prononcée, l'élève est inscrit sur une matricule spéciale, tenue au conseil de santé.

Le directeur du service de santé adresse au commissaire aux revues une copie des inscriptions et annotations portées sur cette matricule.

§ 2. — *Régime des écoles.*

L'effectif des élèves pour l'ensemble des trois écoles de médecine navale est fixé chaque année par le ministre de la marine, la préférence étant acquise aux candidats qui sont les plus avan-

cés dans leurs études, et qui ont satisfait aux examens universitaires correspondants.

Aucun élève ne peut être autorisé à redoubler une année d'études, à moins que des circonstances graves ne lui aient occasionné une suspension forcée de travail pendant plus de deux mois.

Tout élève qui a subi, à un même examen de la faculté ou de l'école, deux échecs successifs, est exclu de l'école. Le conseil des professeurs donne son avis, le ministre statue.

Sauf le cas où il aurait été renvoyé pour indiscipline ou inconduite, l'élève qui a cessé de faire partie de l'école peut y être admis de nouveau s'il remplit encore les conditions générales d'admission.

Des indemnités annuelles de 1,200 francs, dont le nombre est fixé par le ministre, sont mises au concours chaque année au mois de septembre.

Sont admis à se présenter à ces concours les élèves du service de santé de la marine comptant deux années d'études dans les écoles de médecine navale. Les étudiants en médecine doivent justifier de la passation avec succès du premier examen du doctorat.

Les élèves du service de santé de la marine sont exonérés des différents droits de scolarité et d'examen, qui sont payés par le ministre de la marine.

Les élèves démissionnaires ou exclus de l'école sont tenus au remboursement des frais de scolarité et, s'ils ont été titulaires d'une indemnité de 1,200 francs, au payement du montant de cette indemnité.

La discipline des écoles de médecine navale est assurée par l'arrêté ministériel du 25 juin 1874 et par le décret du 9 octobre 1889 (1).

Lorsque le ministre prononce l'exclusion d'un élève, la mention de cette exclusion, avec l'indication des motifs qui l'ont déterminée, est consignée sur la matricule des étudiants et portée à la connaissance des deux autres écoles de médecine navale.

§ 3. — *Enseignement.*

L'année scolaire commence le 3 novembre et finit le 31 août.

L'année d'études compte du 3 novembre, mais le registre d'admission des étudiants n'est clos que le 30 novembre au soir.

L'année scolaire se divise en deux semestres : l'un, d'hiver, s'étend du 3 novembre au 31 mars; l'autre, d'été, du 1er avril au 31 août.

Dans chaque école, le directeur du service de santé règle, en conseil des professeurs, la répartition des matières de chaque cours, de manière à ce que l'avancement des études médicales soit conforme à l'ordre de succession des examens des facultés.

A la fin du semestre, chaque professeur rend compte de son engagement; il indique le nombre des leçons qu'il a faites et les matières exposées dans chaque séance.

Une expédition de ce compte rendu est adressée au ministre.

Chaque professeur remet également au directeur des notes sur les médecins et pharmaciens qui ont dû suivre son cours.

Ces notes, complétées par les notes de service que donne le directeur, sont envoyées au ministre.

Le professeur a la police de son cours.

L'appel est fait à chaque séance, afin de constater l'assiduité des élèves, aux cours auxquels ils sont tenus d'assister.

La liste d'appel est remise au directeur ; elle porte l'indication de la date du jour, celle du sujet de la leçon et la signature du professeur.

Le directeur apprécie les motifs d'absence et inflige les punitions, s'il y a lieu.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens universitaires de première classe, nommés auxiliaires de deuxième classe, sont dirigés sur les ports militaires où ils suivent, pendant une période de six mois, des cours d'application.

A l'expiration de cette période, les professeurs remettent des notes concernant ces auxiliaires; le directeur du service de santé les transmet, avec son appréciation, au préfet maritime, pour être adressées au ministre.

Les docteurs en médecine et les pharmaciens universitaires de première classe, formés par le département de la marine, ne suivent pas de cours d'application, après leur nomination à l'emploi d'auxiliaire.

A la fin de chaque semestre d'enseignement, les professeurs s'assurent, par des interrogations, du degré d'instruction et des progrès de ceux de leurs auditeurs qui sont tenus de suivre leurs leçons. Ils expriment leur appréciation sur chacun d'eux par une note qui varie de 0 à 20. Ces notes, accompagnées de l'opinion du professeur sur chaque médecin ou pharmacien, sont remises au directeur, pour être transmises au ministre, avec l'appréciation du préfet maritime.

Des bibliothèques, des cabinets d'histoire naturelle, des jardins botaniques, des amphithéâtres de dissection, des musées d'anatomie, des laboratoires d'histologie, de chimie, des cabinets de physique, sont à la disposition des élèves, qui doivent verser, au trésorier de la bibliothèque, une somme de 50 francs destinée à l'achat des livres.

Fait à Paris, le 11 octobre 1889.

Le ministre de la Marine,
KRANTZ.

ANNEXES

1° *Extrait de l'arrêté ministériel portant règlement disciplinaire pour les Écoles de médecine navale (du 25 juin 1874).*

Le ministre de la marine,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — Les élèves des écoles de médecine navale sont passibles des punitions suivantes :

1° La réprimande par le chef de service ;

2° Les arrêts simples ;

3° La réprimande par le directeur, en séance du conseil de santé ;

4° Les arrêts de rigueur ;

5° L'exclusion de l'école.

2° *Décret du 9 octobre 1889, indiquant la composition des conseils de guerre pour le jugement des élèves du service de santé de la marine* (Voir *Gazette des hôpitaux* du 12 octobre 1889).

3° *Modèle d'engagement administratif pour les jeunes gens nommés élèves du service de santé de la marine* (sur une feuille timbrée de 0 fr. 60).

Je soussigné (nom, prénoms), nommé élève du service de santé de la marine (lignes médicale ou pharmaceutique), déclare sur l'honneur m'engager à servir pendant six années à compter de ma nomination de (médecin ou pharmacien) de deuxième classe. Si je me trouvais dans la nécessité de quitter, pour une cause quelconque, l'école de médecine navale, ou si je n'obtenais pas, à l'issue de mes études, le grade de (médecin ou de pharmacien) de deuxième classe, ou enfin si, une fois en possession de ce grade, je ne servais pas dans l'armée active pendant six ans au moins, je m'engage à restituer au Trésor public les sommes que j'aurais été dispensé de payer en vue de mes examens universitaires, et celles que j'aurais reçues à titre d'indemnité annuelle.

(Signature du candidat.)

Vu pour légalisation de la signature . . . .
de M. . . . apposée ci-dessus. . . .

Le directeur du service de santé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 octobre 1889, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

M. Deniel, pharmacien universitaire de première classe, pharmacien auxiliaire de deuxième classe. . .

(1) Voir annexes et *Gazette des hôpitaux*, du 12 octobre 1889.

— Par décret, en date du 11 octobre 1889, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Duchesne, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— Le jury du concours de l'externat est définitivement constitué comme suit : MM. Dreyfous, Talamon, Brault, Faisans, Jalaguier, Michaux et Nélaton.

Les candidats inscrits pour ce concours sont au nombre de 468.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chevalier (de Constantine).

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les étudiants sont mis en série pour les travaux pratiques d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui désireraient suivre les travaux avec tel prosecteur ou tel préparateur, devront adresser une demande écrite et motivée, au doyen ou au secrétaire de la Faculté, au moment de la prise de l'inscription trimestrielle.

— *École pratique.* — Le cours spécial de médecine opératoire s'ouvrira aujourd'hui mardi à midi et demi.

Prosecteur : M. P. Delbet ; — aides d'anatomie : MM. Mordret, Isch-Wall, Calot, Noguez et Delagenière.

— Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie.

Ils sont invités à se faire inscrire, dans le plus bref délai, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le mardi 15 octobre.

— M. le docteur P. Ménière, dont la santé laisse à désirer depuis quelque temps, nous prie d'annoncer qu'il a cédé sa « Gazette de gynécologie » à M. le docteur Philippeau, et qu'il cesse d'exercer la médecine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 119. — JEUDI 17 OCTOBRE 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 17 OCTOBRE 1889. — N° 119.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. Discussion sur le traitement des anévrysmes des membres. — Communications diverses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(QUATRIÈME SESSION)

Séance du 12 octobre (matin). — Présidence de M. LARREY.

TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES DES MEMBRES

M. KIRMISSON (de Paris). Quatre cas ont été traités par ce chirurgien : 1 cas traumatique et 3 autres spontanés, ou mieux d'origine pathologique.

Premier cas. — Un individu reçoit un coup de couteau à la partie supérieure et externe du bras gauche. A ce niveau, apparaît un anévrysme diffus du volume d'une orange. L'opération, faite d'après la méthode d'Antyllus, est pratiquée le 18 septembre 1888. Un tube en caoutchouc arrête la circulation. La poche est vidée et nettoyée. M. Kirmisson fait la ligature de l'artère humérale à la partie inférieure de la plaie. Ensuite, ligature du bout inférieur. Une collatérale qui donnait du sang est liée. Lavage de la plaie à la solution phéniquée, sutures, drainages, pansement antiseptique. Les suites furent simples. Dès le troisième jour, on sentit le pouls radial. Guérison complète.

Deuxième cas. — Il s'agit d'un syphilitique qui avait des signes manifestes d'insuffisance aortique. On constatait, dans sa région inguinale droite, un anévrysme du volume d'un gros œuf. La compression avait été vainement essayée. La ligature de l'iliaque externe amena la guérison de ce malade avec une extrême facilité.

Troisième cas. — Une femme de cinquante-six ans portait une tumeur anévrysmatique à la partie inférieure et interne de la cuisse droite. On fait une application de la bande élastique, d'après la méthode de Reid. Plusieurs séances de compression avec le doigt donnent quelques résultats. L'extension de la cuisse arrêtait les battements anévrysmatiques. Une attelle postérieure fut appliquée dans le creux poplité pour maintenir l'extension. La guérison de l'anévrysme fut ainsi obtenue. Il ne restait qu'une tumeur dure, non pulsatile, ne donnant lieu à aucun accident.

Quatrième cas. — Dans cette observation, il s'agit d'un sujet de soixante-quatre ans, syphilitique, et qui avait une tumeur anévrysmatique du creux poplité : application de la bande d'Esmarch, compression digitale répétée et finalement traces de sphacèle s'étendant du mollet au creux poplité. L'anévrysme lui-même est ouvert par le processus gangréneux et laisse échapper des caillots. Le malade refuse l'amputation. M. Kirmisson pratique la ligature de la fémorale dans le canal de Hunter. Amélioration passagère. Mort.

Des trois malades traités pour des anévrysmes, dits spontanés, deux étaient des cardiaques et le troisième était à la fois cardiaque et syphilitique.

Cette constatation est importante au point de vue du pronostic et du traitement. Les anévrysmes ne sont pas de simples dilatations mécaniques des artères. Ces tumeurs se forment par le fait des altérations secondaires. Le rhumatisme, l'alcoolisme, la syphilis produisent des altérations dans les parois artérielles.

La ligature au-dessus du sac est la méthode de choix dans le traitement des anévrysmes artériels spontanés.

La présence de ces diathèses (syphilis, etc.) et les lésions généralisées du système artériel sont, chez les malades âgés et cachectiques, une indication aux méthodes de douceur (compression, position du membre, etc.).

S'il existe un anévrysme diffus d'origine traumatique, la méthode par incision du sac et double ligature de l'artère est seule applicable. Il faut ajouter qu'on doit employer le catgut de préférence.

M. TRÉLAT (de Paris), il y a dix-huit ans, a enlevé avec succès un anévrysme de la radiale.

Quoique Lister, Bœckel, MM. Lucas-Championnière et Verneuil, défendent la ligature appliquée à la cure des anévrysmes des membres, l'orateur pense que l'avenir appartient à ceux qui préconisent l'extirpation du sac.

La ligature par elle-même, grâce à l'antisepsie et à l'asepsie, est une opération bénigne. Il semble qu'il soit moins dangereux d'agir directement sur le sac, que de poser une ligature au-dessus de l'anévrysme. La ligature entraîne, en effet, dans un certain nombre de cas, des phénomènes parfois graves, qui nécessitent quelquefois l'amputation d'urgence. L'inflammation du sac s'observe assez souvent après la ligature.

M. Delbet a montré (1) la fréquence des adhérences du sac anévrysmatique aux nerfs voisins. A la suite de la ligature, apparaît un processus sclérotique au niveau du sac, et les nerfs peuvent être atteints du fait de la régression de la poche anévrysmatique.

Quand on aura joui pendant quelque temps des succès de la ligature à distance (56 à 58 p. 100 de guérison), on deviendra plus ambitieux. On se dira que, 40 fois sur 100, la méthode de la ligature donne des accidents du côté du sac et des nerfs, et alors on se lancera dans la pratique de l'extirpation des anévrysmes des membres, opération qui évite l'inflammation du sac et des nerfs voisins.

On a dit que l'anévrysme artérioso-veineux était de peu de gravité. C'est exact, d'une façon générale, mais on a exagéré la bénignité de cette affection. S'il est vrai que le pronostic de l'anévrysme artérioso-veineux soit plus bénin que celui de l'anévrysme artériel, on doit dire aussi que parfois l'anévrysme artérioso-

(1) P. DELBET. Du traitement des anévrysmes, *Revue de chirurgie*, 1889.

veineux est le siège de complications imprévues et graves (inflammation, rupture, gangrène, etc.). On n'est donc plus autorisé à dire, aux malades porteurs de cette affection, de conserver leur anévrysme.

Au sujet d'un important travail de M. Reclus sur cette question, M. Verneuil a fait un remarquable mémoire qu'il est bon de consulter.

M. Trélat affirme qu'il faut traiter l'anévrysme artérioso-veineux le plus tôt possible. Dès que l'accident se produit, on fait bien d'attaquer directement la lésion produite afin d'y remédier. Dans tous les cas, il faut intervenir à la première apparition du mal. Au début, la compression directe ou indirecte donne de bons résultats. Si le sac est petit, la ligature des artères et des veines est indiquée. Mais si le sac est volumineux, il faut l'enlever, parce qu'il existe beaucoup de collatérales qui aboutissent dans la tumeur.

Quoi qu'il en soit, M. Trélat a déclaré qu'à son sens l'avenir est à l'extirpation du sac anévrysmatique.

M. GUILLET (de Caen). Un homme âgé, atteint d'artério-sclérose, fait une chute. Douze jours après, il constate une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Un anévrysme de la poplitée fut reconnu par le médecin traitant, qui ordonna la compression avec une bande de flanelle. Quand M. Guillet vit le malade, l'anévrysme avait le volume d'un œuf de poule; il existait de l'œdème du pied et de la jambe, de la dilatation veineuse. La compression fit disparaître les battements, mais la tumeur ne diminua pas de volume.

Deux mois et demi après, des douleurs apparurent et la tumeur augmenta de volume. C'est dans ces conditions que la ligature à distance fut pratiquée. Des phénomènes cérébraux graves ne tardèrent pas à enlever le malade.

Il y a lieu de remarquer, dans cette observation, différentes particularités :

La compression a donné de bons résultats immédiats, mais la récidive existait déjà deux mois après. La ligature n'est pas sans danger comme on le voit. Elle a été suivie d'accidents mortels. M. Guillet pense que l'extirpation du sac aurait mieux réussi que cette tentative de ligature. La ligature n'est pas aussi bénigne qu'on l'a dit, car, dans son cas, toutes les précautions antiseptiques avaient été prises et la mort est survenue.

M. MOLLIÈRE (de Lyon) vient apporter l'appui de sa pratique des extirpations du sac. Il n'est pas le seul chirurgien, à Lyon, à préférer l'extirpation à la ligature. L'ablation des petits anévrysmes des membres est une opération bénigne. Il n'en est pas de même quand le sac est très volumineux.

M. RECLUS (de Paris) a traité, l'année dernière, un anévrysme développé aux dépens de l'artère axillaire et de l'artère humérale. La tumeur anévrysmatique était du volume d'une orange. M. Reclus fit la ligature au-dessus du sac, le 27 juillet 1888. Il se servit d'un gros catgut. Sept jours après, la guérison était obtenue. Cette guérison s'est maintenue depuis cette époque.

Ce fait montre la bénignité de la ligature appliquée à la cure des anévrysmes des membres. On peut dire que, grâce à la méthode antiseptique, la ligature, dans ces cas, ne doit jamais occasionner la mort. La mortalité opératoire doit tomber à zéro.

Les méthodes de douceur (compression, ponction du membre etc.), semblent être abandonnées par tous les chirurgiens. Dans une statistique récente, on a constaté que, sur 73 anévrysmes traités par la compression digitale, il y avait eu trois fois de la gangrène. Quant au résultat définitif par la compression, on peut avancer que la guérison n'est observée que dans la moitié des cas traités.

Mais certains chirurgiens, à l'heure actuelle, commencent par essayer la compression et, quand l'insuccès est avéré, ils ont recours à la ligature de l'artère. Or, l'expérience a démontré que la ligature, dans ces conditions, donne lieu à des accidents graves qui incombent à la tentative antérieure de cure par la compression.

M. Reclus pense que, dans la majorité des cas, il faut employer la ligature pour obtenir la guérison des anévrysmes.

On s'est basé sur la statistique, pour dire que la ligature n'était pas efficace dans un certain nombre de cas. Mais M. Reclus pense que les récidives qui ont été observées sont dues à la suppuration de la plaie opératoire. La récidive, alors qu'il n'y a pas de pus, est très rare. Il faut donc reviser la statistique et faire abstraction des ligatures qui ont été faites à une période où les règles antiseptiques n'étaient pas observées et où, par suite, la suppuration était fréquente.

Il y a lieu de faire le diagnostic précis de l'état du sac anévrysmal. Si les caillots ne sont pas trop abondants, si les nerfs ne sont pas comprimés, il faut pratiquer la ligature qui est, somme toute, une opération facile, dans tous les cas plus facile que l'extirpation.

Dans les cas d'anévrysme artérioso-veineux, si le sac est petit, il faut pratiquer la ligature des artères et des veines. Si l'anévrysme artérioso-veineux est, au contraire, volumineux, on procèdera à son extirpation.

M. Reclus estime qu'il faut renoncer à la compression qui est infidèle, douloureuse, et qui, en cas d'insuccès, expose le malade à des accidents, du fait de la ligature devenue nécessaire.

M. VERNEUIL (de Paris) a contribué beaucoup à mettre en honneur la cure des anévrysmes par les moyens de douceur. Il est certain que des interventions chirurgicales, qui, autrefois, étaient extrêmement graves, sont devenues moins dangereuses, grâce aux progrès réalisés dans la façon de traiter les plaies opératoires. A cette heure, il est partisan de la ligature dans le traitement des anévrysmes; c'est la méthode de choix. Mais ce n'est pas une raison pour proscrire absolument les moyens de douceur. Chez les vieillards, la mortalité est encore élevée, dès que l'on touche aux artères. Il est donc d'avis de ne pas faire la ligature chez les vieillards. Il préfère la compression directe ou indirecte de l'artère, la flexion d'un segment du membre, etc.

M. Verneuil admet volontiers que l'extirpation d'un anévrysme poplité soit une opération efficace, mais c'est une opération difficile, bien plus difficile que la ligature. Il faut être un chirurgien de profession pour entreprendre l'extirpation d'un gros anévrysme, tandis que la ligature de l'artère au-dessus du sac peut être tentée par un plus grand nombre de praticiens.

M. PEYROT (de Paris) expose l'observation d'un individu atteint de cirrhose hypertrophique et qui présentait au creux poplité une énorme tumeur développée aux dépens de l'artère poplitée.

L'opération fut très laborieuse. M. Peyrot lia l'artère et la veine poplitées, ainsi que toutes les collatérales. La guérison fut obtenue. Le malade est complètement rétabli, son membre est en parfait état et cet homme peut faire de très longues marches.

Quelle est la méthode de choix dans la cure des anévrysmes? Cela dépend. Tantôt la ligature est la meilleure opération; tantôt il est préférable d'avoir recours à l'extirpation; et M. Peyrot déclare qu'à son avis, c'est l'extirpation qui deviendra la méthode de choix.

On a avancé que la ligature était extrêmement bénigne, grâce aux procédés antiseptiques, et qu'il n'y aurait plus aucun accident grave, parce que la plaie faite pour découvrir l'artère ne suppurait plus. Cela n'est pas tout à fait exact, du moins, d'après ce qu'il sait. La ligature, même aseptique, ne met pas à l'abri de tout danger. Ne voit-on pas, en effet, des accidents graves et même mortels survenir à la suite de la compression, par exemple, alors que l'on ne peut pas faire intervenir la suppuration pour expliquer les phénomènes observés?

M. DUDON (de Bordeaux) rapporte l'observation suivante : Une femme de trente-cinq ans avait un anévrysme artérioso veineux au niveau du creux poplité. Il essaya l'application de la bande élastique, d'après le procédé de Reid. Plusieurs séances de compression digitale furent faites. On dut recourir à un moyen sanglant. M. Dudon choisit la ligature de préférence à l'extirpation. Le résultat fut parfait et se maintient depuis sept ans.

Il ne faut donc pas rejeter la ligature de l'artère qui est une opération moins grave que l'extirpation du sac.

Cette dernière opération doit être réservée dans les cas de gros anévrysmes qui menacent de se crever, de suppurer, de s'enflammer.

M. TRÉLAT proteste contre l'interprétation qu'on semble donner à ses paroles. Il ne rejette pas la ligature, mais il croit que l'avenir appartient à l'extirpation.

La séance est levée.

Séance du 12 octobre (soir). — Présidence de M. LARREY.

COMMUNICATIONS

Bacilles de l'infection herniaire. — M. CLADO (de Paris). Dans un mémoire publié en 1861, M. Verneuil émettait l'idée que les liquides contenus dans le sac herniaire devaient renfermer des matières toxiques ou irritantes. En 1867, il fit examiner le contenu d'un sac herniaire par M. Nepveu, qui y trouva des micrococques.

M. Clado a eu la bonne fortune de pouvoir reprendre cette question.

Un homme de trente ans environ, vigoureux, porteur d'une hernie congénitale réductible, est entré à la Pitié avec des signes d'étranglement subit. Il est opéré le lendemain, seize heures après le début des accidents. Sa température était à 36 degrés au moment de l'opération. Mort une heure après.

Dans le contenu du sac, examiné immédiatement, on trouva des bactéries nombreuses, mobiles, dont il fut fait des cultures. Ces bactéries furent retrouvées le lendemain dans le sang, la sérosité péritonéale du malade et dans les coupes de ses viscères (rate et poumons). Dans l'anse étranglée, il y avait les mêmes microbes que dans les glandes, les vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Les cultures ont fourni une bactérie spéciale, laquelle, cultivée à 28 degrés, s'est montrée inoffensive, alors que, cultivée entre 37 et 40 degrés, elle devenait mortelle en quelques heures. L'inoculation du sang du malade produisit la mort des animaux à bref délai. Enfin l'inoculation de la sérosité ou du sang des animaux donna la mort en série.

Le microbe s'est montré particulièrement pathogène pour le cobaye et le lapin. Chez le chien, il a provoqué des vomissements, du malaise, de l'inappétence, suivis d'entier rétablissement.

La bactérie se multiplie avec une étonnante rapidité dans l'organisme des animaux.

Pour expliquer la mort, surtout la mort rapide, dans les hernies, on a invoqué l'épuisement nerveux, la striction des filets du grand sympathique, la sus-distension du ventre par les gaz, les congestions viscérales (du poumon surtout), enfin la stercorhémie (Humbert).

M. Clado explique la mort dans les hernies étranglées par la pénétration dans l'économie d'une bactérie ayant, pour point de départ, la surface de l'intestin.

Les congestions viscérales, fréquemment observées, sont le résultat de la localisation de la bactérie dans tel ou tel viscère, et particulièrement dans le poumon.

La péritonite herniaire et la péritonite généralisée (sans ouverture de l'intestin) sont le résultat de la migration, à travers la paroi intestinale, de la bactérie dans le péritoine.

M. Clado admet que la distension de l'anse intestinale par les gaz repousse ces microbes dans l'épaisseur de la muqueuse ulcérée.

Présentation d'un malade ayant subi l'extirpation totale du larynx. — M. DEMONS (de Bordeaux). Quand le cancer a débuté dans l'intérieur du larynx et n'en a pas dépassé les limites, on peut obtenir un bon résultat par l'extirpation totale de l'organe de la phonation.

M. Demons présente un individu qu'il a opéré, il y a déjà deux ans et quatre mois. La santé générale est excellente. Il respire très bien et peut se faire comprendre.

Considérations sur le traitement des anévrysmes. — M. PÉAN (de Paris) a appliqué sa méthode d'hémostasie par pincement à la cure des anévrysmes, et surtout des anévrysmes d'origine traumatique. A son avis, le siège des anévrysmes imprime à ceux-ci des différences considérables. Tandis qu'un anévrysme de la main n'a aucune gravité, l'anévrysme, formé sur la fémorale ou la poplitée, est une lésion sérieuse.

Le pincement de l'artère est supérieur à la ligature.

Si l'on est en présence d'un anévrysme diffus de la main ou du pied, on pose des pinces au-dessus et au-dessous de l'artère.

Si l'anévrysme est circonscrit, le pincement est encore excellent, mais M. Péan enlève le sac. Un pansement antiseptique, la compression et l'immobilité assurent la guérison.

L'anévrysme diffus de la poplitée est traité de la façon suivante. On pince l'artère poplitée au-dessus et au-dessous du sac et on pince toutes les collatérales. Les pinces sont laissées en place quarante-huit à trente-six heures. S'il se produisait une hémorrhagie secondaire, on irait de nouveau à la recherche des bouts artériels pour les pincer.

Cette méthode de pincement est supérieure à la ligature. On met moins de temps à mettre des pinces qu'à poser des ligatures. On ménage plus les artères avec le pincement qu'avec une ligature qui dénude la surface artérielle sur une certaine étendue et qui entraîne par suite la déchirure des vasa vasorum.

Suites éloignées de l'ostéotomie trochléiforme. Présentation du malade. — M. L. DEFONTAINE (du Creusot) a pratiqué l'ostéotomie trochléiforme pour une ankylose osseuse du coude. Le malade a été présenté à la Société de chirurgie le 6 avril 1887. La même année, son observation a paru dans la *Revue de chirurgie*. Des doutes ayant été émis, au Congrès de 1888, sur la persistance du résultat obtenu et le retour de l'ankylose y ayant été annoncé, M. Defontaine présente le malade qui, de l'avis de tous les membres présents, a une très bonne et très solide articulation. La persistance définitive d'une mobilité parfaite, avec une force à toute épreuve, permettent à l'auteur de protester contre l'exclusion *a priori*, que quelques chirurgiens opposent à cette nouvelle méthode opératoire.

Le 10 janvier 1888, il a fait la même opération à une femme présentant une ankylose du coude. Le résultat obtenu est moins bon. Il y eut de la suppuration. Cependant, il existe chez cette femme une articulation mobile. Le dernier mot n'est donc pas dit sur l'ostéotomie trochléiforme, d'autant plus que les résections ne donnent pas toujours de si beaux résultats, qu'on puisse dédaigner une nouvelle méthode opératoire.

M. OLLIER (de Lyon) reconnaît que le résultat obtenu par M. Defontaine est excellent. Il est partisan de larges résections du coude. Du reste, l'opération de M. Defontaine n'est pas nouvelle. M. Ollier l'avait pratiquée, il y a longtemps, et l'avait décrite sous le nom d'ostéotomie courbe. D'autres auteurs l'avaient appelée ostéotomie demi-circulaire.

Lorsque les cartilages articulaires existent dans une certaine mesure, on comprend qu'avec un trait de scie on puisse établir la mobilité. Mais dans les vieilles ankyloses osseuses, cela n'est pas possible. On peut réussir, mais très exceptionnellement. Bien mieux on peut obtenir la mobilité parfaite d'une articulation ankylosée, sans pratiquer aucune opération. Dans un cas, en essayant de mobiliser une ankylose, M. Ollier produisit la rupture d'un ostéophyte et observa immédiatement le retour des mouvements.

Dans l'immense majorité des cas, il faut enlever, en cas d'ankylose osseuse, 4 ou 5 centimètres de la colonne osseuse. Quand les muscles ne sont pas trop atrophiés, on peut espérer obtenir le retour des mouvements, mais il n'en est pas ainsi dans les anciennes ankyloses. Les muscles péri-articulaires sont altérés.

L'anatomie pathologique proteste contre la pratique des ostéotomies trochléiformes.

Ostéo-arthrites. — M. BOUTARESCO (de Braïla). 1° *Ostéo-arthrite suppurée traumatique*. Plaie pénétrante de l'articulation tibio-péronéo tarsienne droite et carie consécutive des os. Tar-

sectomie totale (extraction de l'astragale, du calcanéum, du cuboïde et du scaphoïde) avec résection des extrémités tibio-péronières; guérison; reconstitution du pied et de ses fonctions à peu près intégralement et pouvant servir, même sans appareil orthopédique.

2° *Ostéo-arthrite scapulo-humérale*, probablement de nature tuberculeuse. Résection, enlevant 8 centimètres de l'humérus avec ablation de la cavité glénoïde; guérison, régénération de l'os et reconstitution parfaite de l'articulation et de ses fonctions.

Sur les troubles de la parole dans les divisions congénitales de la voûte palatine. — M. CHERVIN (de Paris). La gravité des troubles de la parole, dans les divisions congénitales de la voûte palatine, ne coïncide pas toujours avec l'étendue de la lésion; les dimensions du canal pharyngo-nasal paraissent jouer le principal rôle à cet égard.

Au point de vue de l'éducation vocale, l'intervention chirurgicale est préférable à la prothèse.

Des lectures faites sans guide, par l'opéré, sont généralement insuffisantes; des exercices méthodiques et gradués de prononciation peuvent en un ou deux mois procurer une articulation suffisante.

De l'accès aux organes pelviens par la voie sacrée (1). **— M. POZZI** (de Paris). Cette voie a été utilisée pour enlever le rectum. D'autres opérateurs (Hégar, Roux, etc.) s'en servirent pour pratiquer l'ablation de l'utérus atteint de cancer.

Une vieille dame, atteinte d'un cancer qui siégeait très haut dans le rectum, vint consulter M. Pozzi. Elle ne pouvait plus aller à la garde-robe. On avait diagnostiqué chez elle une albuminurie qui n'était qu'une fausse albuminurie, c'est-à-dire qu'on trouvait bien dans son urine de l'albumine, mais cela était dû au mélange avec l'urine du sang provenant du rectum.

A la partie supérieure du rectum, aussi haut que le doigt pouvait arriver, on sentait une tumeur végétante et, en un certain point, une sorte de bride fibreuse qui était probablement un obstacle au cours des matières. Le diagnostic n'était pas absolument certain. M. Pozzi enleva une partie de la tumeur avec une curette et fit examiner les débris au microscope. Il s'agissait d'un épithélioma cylindrique.

Cette femme était très affaiblie par des pertes de sang. M. Pozzi pensa qu'il était impossible de tenter l'extirpation du rectum par les voies ordinaires. Les opérations semblables à celles pratiquées par Bardenhauer étaient trop graves. M. Pozzi fit une opération palliative, la *rectotomie linéaire sacrée*. A l'aide du bistouri, puis d'une rugine, il réséqua le coccyx et décortiqua la partie inférieure du sacrum qu'il enleva. Grâce à cette large brèche, il aperçut facilement la partie supérieure du rectum. Le rectum fendu, on put facilement agir sur la tumeur et la bride en forme de croissant : sutures en chaîne pour adosser les feuillets péritonéaux. Il sutura l'ouverture rectale à la peau. Introduction dans l'intestin d'une mèche de gaze iodoformée. Guérison de l'opérée au bout de quinze jours. Cette femme va bien en ce moment. Elle monte des escaliers, etc.

Lipome du sein chez l'homme. — M. QUEIREL (de Marseille). Les auteurs sont muets ou à peu près sur cette variété de tumeur localisée à la mamelle. Il existe trois cas authentiques de vrai lipome du sein chez la femme, mais on n'en a jamais observé chez l'homme.

M. Queirel rapporte le fait suivant. Il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans qui avait au sein gauche une tumeur du volume d'une tête d'enfant. Cette tumeur était semi-molle, indolore ; la peau ne présentait aucun changement à sa surface. Le mamelon n'était pas rétracté. Sa mobilité était assez parfaite, sauf quand le grand pectoral se contractait. Il n'y avait aucun ganglion dans l'aisselle. Le diagnostic fut fait par élimination. Il faut ajouter qu'il existait un autre lipome derrière l'oreille et un troisième à la fesse. On enleva la tumeur qui pesait 800 grammes. Trois semaines après, la guérison était parfaite. Il s'agissait bien d'un lipome.

Une variété d'adénopathie pseudo-tuberculeuse des ganglions du cou. — M. RICARD (de Paris) établit qu'il existe chez des sujets forts, vigoureux, ayant toutes les apparences de la santé la plus parfaite, des adénopathies cervicales qui ne sont nullement d'origine tuberculeuse. Les individus qui sont atteints de ces adénites n'ont aucun antécédent héréditaire, ils sont parfois arthritiques et n'ont pas de signes de tuberculose pulmonaire. Ces adénopathies, d'ordinaire discrètes, n'atteignent que deux ou trois ganglions, siègent toujours dans la région sous-maxillaire, ne contractent jamais d'adhérences avec la peau, ni avec les tissus profonds. Au nom de la clinique, on peut les séparer des adénites tuberculeuses.

L'examen macroscopique de ces ganglions altérés, les investigations microscopiques et bactériologiques, les essais négatifs de culture démontrent qu'il ne s'agit pas de tuberculose ganglionnaire. La pathogénie de ces adénites est difficile à établir. Peut-être ces inflammations sont-elles dues à la propagation de certaines lésions qui existent du côté de la bouche. Mais, ce qu'il est bon de savoir au point de vue du pronostic et du traitement, c'est qu'il ne s'agit pas d'une affection tuberculeuse.

M. LARREY (de Paris) confirme cette opinion. On ne doit pas admettre, comme on tend à le faire aujourd'hui, que toute hypertrophie ganglionnaire est tuberculeuse ; il a signalé, il y a longtemps, la fréquence des adénites non tuberculeuses chez les militaires. Les huit dixièmes des cas étaient d'origine mécanique. Toutes les causes de constriction (col, etc.) favorisaient l'apparition de ces adénites. M. Larrey demanda la suppression des cols et, depuis que cette mesure a été prise, les soldats sont bien moins exposés aux adénites.

M. LONGMORE déclare qu'il a fait la même observation chez les soldats anglais.

Pansement à la charpie stérilisée. — M. REGNIER (de Nancy). Il suffit d'exposer la charpie à une température de 120 degrés pour obtenir une bonne stérilisation. M. Regnier s'est servi de cette charpie ainsi stérilisée pour faire des pansements nombreux, dans les cas les plus divers (arthrotomie, etc.) et il a obtenu de très fréquentes réunions par première intention. De sorte qu'il se sert indifféremment de la charpie stérilisée ou d'un pansement antiseptique.

On pourra donc désormais se servir de la charpie qui existe en si grande quantité dans les magasins militaires. Il suffira de la stériliser au fur et à mesure des besoins.

Laparotomie pour étranglement interne. Lavage de l'estomac. — M. DURET (de Lille) pense qu'une des causes des insuccès que l'on observe à la suite des laparotomies pour étranglement interne, est le défaut d'antisepsie intestinale. On laisse dans le tube digestif des liquides septiques qui transsudent dans le péritoine.

Un homme de cinquante-sept ans présentait tous les signes d'un étranglement interne (vomissements fécaloïdes, météorisme, hypothermie, etc.), qui avait débuté quatre jours auparavant. On avait essayé tous les moyens médicaux (purgatifs, douches rectales, électricité). La laparotomie est pratiquée. L'intestin était rouge. Il y avait un liquide grisâtre dans le péritoine. Le météorisme gênait les manœuvres ; M. Duret constate que l'étranglement a été levé pendant les explorations. Il existait au voisinage du cæcum une bride qui avait comprimé une anse d'intestin. Cette bride est coupée. Les suites ne furent pas bonnes (température basse, algidité, etc.). Le troisième jour, il y eut des vomissements fécaloïdes. M. Duret pratique alors le lavage de l'estomac qui permet d'évacuer un liquide noirâtre d'une odeur fécaloïde prononcée. La guérison fut dès lors rapidement obtenue.

M. Duret recommande de pratiquer le lavage de l'estomac :

1° Avant l'opération. Les accidents d'étranglement peuvent

(1) Voir une clinique de M. Kirmisson, dans la *Gazette des hôpitaux* du 8 janvier 1889.

disparaître. C'est rare. Dans tous les cas, ce lavage ne peut être qu'utile; il rend la chloroformisation plus facile.

2° Pendant l'opération. On diminue ainsi la tension du ventre. Or, l'on sait que le météorisme est un obstacle qui empêche parfois de trouver l'agent d'étranglement.

3° Après l'opération. Le lavage prévient l'auto-infection, l'envahissement des germes de l'intestin, soit dans la cavité péritonéale, soit dans le reste de l'économie.

Des troubles urinaires dans la glycosurie. — M. BAZY (de Paris). On a décrit un certain nombre de troubles urinaires et en particulier vésicaux, symptomatiques d'affections locales ou générales, ayant ou non des rapports avec la vessie.

Sans parler des cystalgies et des troubles vésicaux symptomatiques d'affections des reins, de l'utérus, du rectum, de l'anus, on a décrit des cystalgies ou des troubles urinaires liés à des affections bien différentes de leur nature, mais ayant cependant ce point commun, c'est qu'ils atteignent tout le système nerveux : la paralysie générale, l'hystérie, etc., etc.

C'est dans une catégorie spéciale que ces malades doivent être rangés et vous savez que M. le professeur Guyon leur a donné le nom de *faux urinaires*.

On peut souvent ranger le faux urinaire dans une des espèces ci-dessus et prédire, par exemple, un tabes qui n'a encore donné aucun signe plus ou moins extérieur.

Bien souvent, cependant, on ne peut faire rentrer la maladie dans le cadre classique connu, et force est alors de se contenter de l'expression de faux urinaire en ajoutant : hypochondrie.

Sur les nombreux faux urinaires, où l'examen le plus attentif ne permet de découvrir aucune lésion, j'ai rencontré un certain nombre de cas (actuellement j'ai sept observations) où les troubles vésicaux étaient justiciables de la glycosurie.

Je dis glycosurie et non diabète, ne voulant pas me prononcer sur la nature de l'affection. Je dis, en outre, glycosurie et non diabète, parce que les malades, chez lesquels j'ai observé ces troubles urinaires, étaient loin d'être des diabétiques avérés. Chez eux, rien n'éveillait l'attention; il fallait chercher, de parti pris, le sucre dans les urines, on n'était invité à faire cette recherche par aucun symptôme; je me trompe : un seul a attiré mon attention, c'est la diminution de la perte des réflexes rotuliens.

J'ai eu l'occasion d'examiner un grand nombre de glycosuriques, et je puis dire que beaucoup d'entre eux ont leurs réflexes patellaires considérablement diminués ou abolis, sans qu'il m'ait été possible, à l'inverse d'un certain nombre d'auteurs, de considérer la glycosurie comme grave. Elle ne me paraît pas grave parce que les sujets qui en sont atteints se portent à merveille, ont l'apparence de la meilleure santé, n'ont aucun trouble; que, d'autre part, chez quelques-uns, la glycosurie disparaît facilement sous l'influence d'un régime très peu sévère.

Donc, la diminution ou l'abolition des réflexes patellaires peut s'observer dans la glycosurie simple. C'est cette considération qui m'a amené à examiner les urines, surtout quand, par ailleurs, les malades n'offraient aucun symptôme qui pût me permettre de diagnostiquer une lésion cérébrale ou une affection médullaire, ou une maladie nerveuse.

On a décrit, chez les diabétiques, des cystites s'accompagnant de phénomènes douloureux, des épaississements de la muqueuse vésicale, de l'hypertrophie de la couche musculaire de la vessie; en un mot, des altérations que l'on a rapportées, à tort ou à raison, à l'influence irritative exercée par la présence du sucre dans l'urine.

Je laisse ces cas de côté; de même, je laisse de côté les cas de diabète avec polyurie. Il est clair qu'un malade qui a beaucoup d'urine à expulser urinera souvent, et d'autant plus souvent qu'il sera plus polyurique. Je ne parle ici que des cas où il n'y a ni polyurie, ni aucun autre symptôme pouvant vous faire penser au diabète ou à la glycosurie.

Les accidents offerts par les malades qui se sont présentés à mes observations ont varié; tantôt ils consistaient en envies fréquentes d'uriner, en légères cuissons le long du canal; en sensations de brûlures, en douleurs à la fin de la miction, ou un poids au périnée, ou une pesanteur à l'anus; d'autres fois, ce sont des re tards dans la miction, de la lenteur dans l'émission de l'urine, de l'affaiblissement dans la force et le volume du jet.

Quelques-uns se plaignent de sensations de tension dans le bas-ventre, augmentant dans la station verticale, diminuant par la marche et l'exercice.

En somme, rien de net, de précis, tous ces symptômes pouvant se rapporter à n'importe quelle affection des voies urinaires. C'est, en effet, et je ne vous apprends rien, le caractère particulier de ces troubles offerts par les faux urinaires, de ressembler à toutes les maladies et de ne se rapporter à aucune.

Ce qui rapproche les glycosuriques faux urinaires des autres faux urinaires, c'est la coïncidence de ces troubles avec d'autres manifestations du côté du système nerveux, ils sont mélancoliques, préoccupés, obsédés quelquefois par leur mal. L'un d'entre eux, un Hollandais, âgé de soixante ans, avait consulté un grand nombre de chirurgiens en Hollande, en Allemagne, avant de venir à Paris. On avait fait à peu près tous les diagnostics, sauf le vrai.

Du reste, vous savez qu'avec un peu d'habitude, on reconnaît vite ces faux urinaires, on les dépiste, pour ainsi dire. L'irrégularité des symptômes qu'ils accusent, leur variabilité, le défaut de concordance et d'harmonie entre tous leurs malaises, la façon même dont ils décrivent leur mal, tout, en un mot, nous permet de poser rapidement le diagnostic que l'exploration, toujours négative, vient confirmer.

Vous vous trouvez en face d'un faux urinaire, il ne reste plus qu'à reconnaître la vraie cause, ou, si vous aimez mieux, les conditions des troubles qu'on vous raconte. C'est là un point de pratique fort important et je me permets d'appeler sur lui toute votre attention; car le pronostic et le traitement en découlent.

Il n'est pas indifférent, en effet, de savoir qu'on se trouve en présence d'un faux ou d'un vrai urinaire, on peut être très nuisible ou, au contraire, très utile suivant les cas. Il n'est pas indifférent qu'un malade, dont les organes urinaires sont sains, soit ou ne soit pas sondé; un cathétérisme qui n'est pas rigoureusement aseptique pourrait avoir de terribles conséquences.

Or, je vois dans mes cas un malade soigné pour une cystite par des injections d'acide borique, sans résultat aucun; un autre, celui-ci est un confrère, âgé de trente-neuf ans (remarquez bien l'âge), considéré comme un prostatique; aucune déformation de la prostate n'autorisait à porter ce diagnostic; un troisième, c'est un Hollandais considéré tantôt comme calculeux et sondé à plusieurs reprises, tantôt comme prostatique, tantôt comme cystique, la diversité de ces diagnostics fournit en quelque sorte la preuve de l'erreur; un quatrième était soi-disant atteint de cystite aiguë du col et ses urines étaient d'une limpidité parfaite. Je passe sous silence les souffrances qu'ont quelquefois endurées ces malades soumis à ce cathétérisme intempestif. Le diagnostic est important à un autre point de vue.

En effet, ayant reconnu que vous vous trouvez en présence d'un faux urinaire, vous cherchez la cause de ces troubles; vous recherchez les symptômes des affections qui engendrent le plus souvent ces troubles, et vous songez, en particulier, au tabes. Vous vous mettez en devoir d'examiner les réflexes patellaires; si vous ne les trouvez pas, vous avez une grande tendance à diagnostiquer le tabes au début. Vous voyez alors ce qu'est votre pronostic et votre thérapeutique, l'un est désespérant et l'autre est nulle. Ces réflexes sont-ils, au contraire, simplement diminués ou conservés, vous souvenant alors de l'état mental du sujet, vous n'hésitez pas à rattacher ces troubles urinaires à l'hypochondrie et vous voyez dans votre malade un candidat à la folie.

C'est ainsi qu'ignorant les vraies conditions du mal, on se sent réduit à l'impuissance et on perd l'occasion de reconnaître un trouble nutritif sur lequel on a une grande action et qui, en s'aggravant, peut donner lieu à des désordres dont on méconnaît trop tard la nature.

J'ai, en effet, insisté sur ce fait, que les malades auxquels je

fais allusion ne sont que des glycosuriques; ils n'ont aucun des symptômes du diabète; leur état général est le plus souvent en apparence parfait: leur glycosurie cède assez rapidement au régime, elle peut n'apparaître qu'après le repas, et, dans tous les cas, la dose de sucre pour les 24 heures n'est pas considérable.

Ce n'est pas à dire pour cela que les diabétiques vrais ne soient pas exposés à de pareils accidents; mais alors ils n'ont plus la même importance; c'est un phénomène contingent dans le cours d'une maladie qu'on a reconnue par d'autres moyens. Dans les cas auxquels je fais allusion, ce sont ces accidents eux-mêmes qui peuvent permettre de faire le diagnostic d'un trouble nutritif dont la connaissance est si importante, puisqu'on a tant d'action sur lui quand il est au début, et qu'il est si grave si on le laisse évoluer.

Je dirai en passant que j'ai fait la recherche du sucre au moyen de la liqueur de Fehling et au moyen de la potasse associée au bismuth, ces deux moyens se contrôlant l'un par l'autre, et je n'ai considéré l'urine comme glycosique qu'autant que j'avais les deux réactions absolument caractéristiques.

Comment agit la glycosurie pour déterminer ces troubles? J'avoue que je l'ignore, car, en général, le sucre n'est pas assez abondant pour irriter et, d'autre part, on voit des malades à glycosurie plus abondante ne présenter rien de semblable.

Dans quelques cas, on peut invoquer une prédisposition tirée des antécédents urinaires des malades, qui ont eu des blennorrhagies ou des poussées de cystite blennorrhagique; dans d'autres cas, on ne trouve rien de semblable, et nous sommes forcés d'admettre une localisation particulière des accidents nerveux, auxquels sont sujets si fréquemment les diabétiques et les glycosuriques.

Nous savons, en effet, que les accidents nerveux sont très fréquents chez les glycosuriques et les diabétiques, accidents nerveux de tout ordre, depuis les névralgies simples jusqu'aux troubles psychiques les plus caractérisés.

Nous retrouvons, chez les glycosuriques urinaires, certains troubles psychiques signalés chez les autres glycosuriques. Ce fait, que la glycosurie peut déterminer des troubles urinaires, m'a conduit à me demander si la glycosurie ne pouvait pas aggraver les manifestations des lésions réelles, préexistantes ou concomitantes à cette glycosurie. Je me suis posé la question trop récemment, pour pouvoir la résoudre.

Je vous disais que le diagnostic étiologique de ces troubles urinaires avait une grande importance au point de vue du traitement. En effet, il permet de reconnaître une affection, alors qu'elle peut n'être qu'à son début et, par conséquent, de la traiter et de rendre un grand service au malade, en améliorant sa santé générale, et en la traitant, de faire disparaître les troubles nerveux pour lesquels vous êtes consultés.

Le régime doit donc être la base de votre traitement. Je n'insiste pas, je vous dirai cependant qu'il n'est pas besoin d'être très rigoureux pour être efficace. Au régime, ajoutez l'antipyrine dont vous connaissez les heureux résultats dans la glycosurie. Ajoutez-y quelquefois une saison à des eaux minérales comme celles de Pougues, dont les urinaires et les glycosuriques se trouvent si bien, et vous aurez là les éléments d'un traitement à la fois très simple et très bienfaisant.

Débridement vaginal des collections de la périmétrite chronique (méthode du professeur Laroyenne). — M. GOULLIARD (de Lyon). L'opération s'adresse soit à des collections volumineuses, soit surtout à des collections petites, du volume d'une mandarine, d'un œuf de poule.

Ces collections sont tantôt des poches de péritonite enkystées, tantôt développées dans le ligament large, parfois une dilatation tubaire et, enfin, il s'agit souvent de paramétrite.

Depuis la thèse de M. Blanc (de Lyon), on a pratiqué 70 ponctions, 12 fois on a trouvé du pus, 17 fois de la sérosité, 6 fois un liquide hématique et on a fait 5 ponctions blanches.

Voici comment on exécute ce procédé : 1° ponction avec un trocart spécial; 2° débridement avec l'uréthrotome fermé de Simpson; 3° hémostase avec une éponge placée en partie dans le vagin et en partie dans la plaie.

Le trocart est fort. Il a la courbure de l'hystéromètre, ce qui facilite le mouvement de bascule en avant qu'on lui imprime, dès qu'il a pénétré. On retire le trocart et on laisse la canule qui est flexible et qui possède une rainure.

Les pansements se font avec de la gaze iodoformée.

Les résultats immédiats sont très bons. Les malades sont soulagées après l'opération. Les résultats éloignés sont excellents. Cependant, dans quelques cas, on a observé des récidives. On a pu refaire la même opération avec succès. Dans tous les cas, le premier débridement n'empêche pas d'avoir recours, au besoin, à l'extirpation des annexes. Mais cette opération réussit à préserver les femmes de la laparotomie et de la castration. Le débridement vaginal est très utile. Sa bénignité est incontestable. Il n'y a eu qu'un cas de mort, à la suite de cette intervention, et encore le cas est douteux.

Présentation de pièces anatomiques relatives au genu valgum. — M. ROBIN (de Lyon) affirme l'innocuité de sa méthode dans le traitement du genu valgum. Il y a simplement inflexion osseuse, et non fracture à proprement parler. La réunion osseuse se fait vite. Il n'y a pas trace de cal.

Désormais, il faudra réviser les anciennes théories sur la formation du cal. Les pièces anatomiques démontrent qu'il y a réunion osseuse par première intention.

Taille hypogastrique. — M. DUCHASTELET (de Paris) expose un cas de taille hypogastrique pour calculs datant de l'enfance, avec déformation et déviation de la vessie.

Kyste multiloculaire du cou. — M. BUFFET (d'Elbeuf) fait une communication sur une opération d'un kyste énorme du cou, chez un homme de trente-six ans, qui avait des accès d'oppression, de suffocation. Il a réussi à guérir son malade.

Ablation du ganglion de Meckel. — M. MOLLIÈRE (de Lyon) a fait trois fois l'ablation du ganglion de Meckel. Le premier cas date de cinq ans. La guérison se maintient toujours. Le deuxième cas a été suivi d'une récidive qui a cédé à une névrotomie du sus-orbitaire. Le troisième malade commençait de nouveau à souffrir, mais il était à l'extrême limite de la vie.

Pour faire l'opération, il soulève la lèvre, fait une incision dans le sillon labio-gingival, décolle avec le doigt, reconnaît l'artère et le nerf sus-orbitaires, trépane le sinus maxillaire, puis, avec une petite gouge il détruit la paroi inférieure du canal sous-orbitaire et arrive dans la fosse ptérygo-maxillaire; avec un crochet il arrive à saisir le ganglion sphéno-palatin. L'opération est fort simple.

Sur l'hyperesthésie papillaire du méat urinaire chez la femme. — M. FACIEU (de Gaillac). On remarque, chez certaines femmes, un boursouflement de la muqueuse uréthrale à la partie postérieure de son extrémité inférieure, non loin du méat. Il existe à ce niveau une sensibilité très vive. Le vaginisme n'est qu'un mot qui embrasse des affections diverses, car on n'est même pas fixé sur la définition à lui donner.

Ce bourgeonnement de la muqueuse de la paroi postérieure de l'extrémité inférieure de l'urèthre produit, non seulement des douleurs locales, mais aussi des douleurs irradiées (cuisse, périnée et même membres supérieurs). Les malades qui sont atteintes de cette affection souffrent de partout. On cherche parfois en vain le point de départ des irradiations douloureuses. Il faut examiner le méat.

L'ablation au bistouri de cette muqueuse altérée, ou la cautérisation, suffit pour guérir radicalement les malades atteintes de cette affection qui constitue une entité morbide.

M. SABATIER (de Lyon) lit un mémoire sur l'enclavement des sequestres résultant de l'ostéite diaphysaire de la clavicule.

Trépanation dans un cas d'épilepsie. — M. LARGER (de Maisons-Laffitte). Un homme était atteint d'épilepsie partielle ; il avait de la contracture permanente. Le traitement mercuriel associé à l'iodure de potassium ne produisit aucun résultat. Du reste, le malade niait avoir eu la syphilis. Quinze ans auparavant, ce malade avait fait une chute sur le crâne. D'après les signes cliniques il devait exister une hyperostose du pariétal.

M. Larger pratiqua en effet quatre couronnes de trépan sur un point d'épaississement apparent de l'os, point qui correspondait à celui que la topographie cranienne indiquait comme devant être le siège des lésions comprimant les centres moteurs des membres contracturés. Les suites opératoires furent bonnes. Le résultat thérapeutique n'est pas parfait. Les crises épileptiformes ont diminué mais n'ont pas disparu. M. Larger se propose de faire une nouvelle application de trépan.

Avant de lever la séance, M. le baron Larrey, président du Congrès, annonce que la cinquième session du Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris le lundi de Pâques de l'année 1891, sous la présidence de M. le professeur Guyon (de Paris). M. Demons (de Bordeaux) est appelé à la vice-présidence.

M. Pozzi est maintenu dans ses fonctions de secrétaire-général. M. Picqué (de Paris) est nommé secrétaire général adjoint.

Les secrétaires de la prochaine session sont : MM. Petit, Castex, Coudray et Broca.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 13 octobre 1889, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Benech, pour l'hôpital militaire de Bordeaux ; Rivet, pour le 14e d'artillerie ; Gabriel, pour le 21e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Leprêtre, pour le 77e d'infanterie ; Bernard, pour le 131e d'infanterie ; Mathelin et Pierron, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine ; Marotel, pour le 80e d'infanterie ; Moreaud, pour le 7e bataillon d'artillerie de forteresse ; Descosse, pour le 20e dragons ; Leneveux, pour le 21e d'infanterie ; Lepagnez, pour le 133e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Baptiste pour le 9e hussards ; Boyer, pour le 12e chasseurs à cheval ; Barudel, pour le 128e d'infanterie ; Piedpremier, pour le 9e cuirassiers.

— Par décret, en date du 11 octobre 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens diplômés de première classe Cazeneuve, Libron, Fonty, Bertrand, Rochefort.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 120. — SAMEDI 19 OCTOBRE 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 19 OCTOBRE 1889. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Syphilis, — aliénation mentale et paralysie générale.

Par M. le docteur A. MOREL-LAVALLÉE,
Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine.

I

Les déterminations viscérales de la vérole ont été soupçonnées et décrites de bonne heure, voire avant que l'anatomie pathologique ne soit venue démontrer leur existence. Ainsi, on a, dès l'épidémie des XVe et XVIe siècles, accusé le mal français de produire sur le système nerveux des lésions dont on devait par la suite lui contester la paternité. Pour ne parler que du sujet qui nous occupe, la « folie » consécutive à la syphilis n'a été réellement étudiée que depuis moins de cinquante ans.

La paralysie générale est née, en 1814-1815, des descriptions d'Esquirol. Quelque dix ans après venaient les travaux de Calmeil et de Bayle, puis ceux de M. Baillarger qui consacrèrent l'unité nosologique de la démence paralytique. La nouvelle maladie était essentiellement caractérisée, anatomiquement, par les adhérences des méninges à l'écorce altérée.

Or, en 1834, Lallemand proclama qu'il existait une méningite, puis une encéphalite spécifiques ; en 1850, Schutzemberger établit la réalité de l'aliénation mentale syphilitique, — rare du reste, — et résultant de « troubles fonctionnels graves de l'encéphale, qui en arrivent à simuler des lésions idiopathiques de cet organe ».

Esquirol, Ferrus avaient, dans la première moitié de ce siècle, publié des observations de « folie consécutive à la vérole » ; en 1857, Esmark et Jessen admettent la syphilis comme étant toujours et invariablement le point de départ de la paralysie générale des aliénés. En 1859, Hildenbrandt publie une remarquable thèse sur les *Rapports de l'aliénation mentale avec la syphilis*.

En 1861, MM. Gros et Lancereaux font paraître leur travail sur les *Maladies nerveuses syphilitiques* ; en 1862, Zambaco (à l'exemple de Melchior Robert qui admet la démence syphilitique consécutive à l'infection vénérienne) proclame que « la syphilis du cerveau peut déterminer une paralysie générale du mouvement, avec aliénation même de l'intelligence, *paralysie ressemblant à s'y méprendre à la folie paralytique* ».

A dater de ce moment, l'étude des syphiloses cérébrales se complique ; en effet, une double question va se poser : 1° La vérole, affectant les centres nerveux, est-elle susceptible de déterminer la folie, de produire des aliénations *sine materia*? 2° Peut-elle conduire à la paralysie générale ?

Examinons d'abord, brièvement, le premier point.

II

Existe-t-il des « folies syphilitiques » ? La syphilis frappe-t-elle le « mens » ?

Reade (de Belfast) et Todd furent les premiers à en admettre la possibilité ; puis vinrent les observations de J.-F. Duncan (1863), de Grainger Stewart [1870] (1), de Wille [1872] (2), de Batty Tuke, de Hayes Newington [1874] (3), et le travail de David Skae [1873] (4). Leur étude amène à considérer les « folies syphilitiques » comme embrassant une série complexe d'états mentaux et de lésions anatomiques correspondant à toutes les périodes de la syphilis. C'est ce que J. Mickle exprime ainsi :

« La syphilis peut donner lieu à la folie à des périodes de son existence variant entre quelques semaines et plusieurs années : 1° au début, le désordre mental peut être dû, soit à l'anémie, soit à l'intoxication du sang par le virus syphilitique ; 2° plus tard à des inflammations ou congestions sous l'influence de la syphilis ; 3° à des néoplasies spécifiques intéressant le cerveau, soit indirectement en prenant leur point de départ dans les parties voisines, soit directement en se développant dans le parenchyme cérébral. »

D'ailleurs, au point de vue clinique, les formes varient à l'infini, bien que Wille ait écrit que la folie syphilitique consiste le plus souvent en une hypochondrie précoce suivie de démence progressive, dont le cours présente des alternances de manie terminales, apoplectiformes ou épileptiformes.

En 1876, Jackson a publié des cas de « folie secondaire ». D'après Leubuscher, la syphilis mentale précoce pourrait

(1) GRAINGER STEWART. Syphilitic Insanity, in *Brit. Med. Journ.*, 1870.
(2) WILLE. Die syphilitischen Psychosen, in *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1872.
(3) H. NEWINGTON. In *Journ. of Mental Sciences*, 1874.
(4) T.-S. CLOUSTON. *Ibid.*, 1875.

« se manifester avec les symptômes *secondaires, ou auparavant* ». « Cela se verrait surtout (Griesinger) chez ceux qui auraient des lésions organiques du cerveau ou qui auraient antérieurement présenté les symptômes d'une activité mentale excessive, ou qui présenteraient de l'hérédité nerveuse. »

Cette *folie secondaire* n'a pas été acceptée aussi facilement par tous les auteurs.

Erlenmeyer (1877) distingue, parmi les psychoses syphilitiques, des psychoses simples pouvant se produire à des périodes variables. Il dit les avoir vues apparaître « à peu de distance de l'époque de l'infection, malgré un traitement énergique et institué de bonne heure ». *Elles sont pour lui identiques à celles provoquées par les causes banales* (insolation, ébranlements cérébraux de toute nature, émotions morales, etc.).

W. B. Goldsmith (1) admet des troubles mentaux liés aux trois périodes de la syphilis : non spécifiques à la première période; plus saillants et déjà d'origine spécifique à la deuxième; très nettement accusés et surtout sous forme de paralysie générale à la troisième.

En France, la « folie syphilitique » a été et est encore contestée bien plus qu'à l'étranger. Pour M. Magnan, par exemple, il n'y a pas plus de folie syphilitique qu'il n'y a de folie rhumatismale; si la vérole peut être « la goutte d'eau qui fait déborder le vase » chez un prédisposé, ce n'est, d'après lui, que d'une façon vulgaire, incidente, comme agirait un traumatisme, et nullement en tant que toxhémie ou comme maladie s'attaquant au système nerveux. C'est là une proposition qui nous paraît rien moins que démontrée : pourquoi, en effet, la syphilis ne dirigerait-elle pas son action altérante sur tel système, tel tissu (ici le tissu nerveux), de même que la scarlatine, le rhumatisme, frappent de préférence le système séreux ?

Avec M. Fournier, nous croyons que l'influence directe de la syphilis sur le système nerveux est chose aujourd'hui absolument établie.

Chacun sait que la syphilis est une maladie possiblement fébrile à sa période d'invasion, fièvre syphilitique [Lancereaux (2), Fournier (3)]; or, le plus souvent, cette fièvre coïncide avec plusieurs des nombreuses manifestations de la période secondaire, spécialement avec des accidents nerveux (névralgies, céphalée, analgésies, typhose, etc.), et il est vraisemblable, comme le pense M. Fournier, que cette fièvre n'est que l'expression de la souffrance du système nerveux.

Mais il y a plus : la syphilis, d'après le professeur de Saint-Louis, stimule les névroses existantes ou latentes (hystérie, épilepsie); elle engendre des troubles moteurs, sécrétoires, vaso-moteurs (algidité), réflexes. Finger (4) a découvert que, pendant la roséole, il pouvait y avoir abolition du *réflexe* rotulien.

Eh bien ! lorsqu'en même temps qu'elle donne lieu à ces phénomènes, la vérole coexiste, en outre, avec des désordres mentaux, de quel droit lui refuser tout rôle dans la production de ces psychopathies ? Est-ce le moment de lui contester le pouvoir d'engendrer l'hystéro-syphilis, et, en particulier, une sorte d'hystérie mentale, alors que nous venons de voir naître l'hystéro-saturnisme (Debove), l'hystéro-traumatisme (Charcot), l'hystéro-hydrargyrisme (Letulle), l'hystérie sulfo-carbonée (P. Marie) ?

Ainsi, pour nous, la syphilis secondaire doit exercer une action élective (ne fût-elle que dynamique) sur le système nerveux; or, le fait est d'une grande importance si l'on réfléchit qu'à propos des syphiloses tertiaires et de la paralysie générale, Hutchinson est d'avis que la syphilis s'attaque dans sa dernière période aux organes ou tissus qu'elle y a prédisposés, en les frappant d'une façon plus ou moins latente, en les effleurant, dans sa période secondaire.

Pour ce qui est des *folies tertiaires*, que l'on a assez fréquemment observées dans des cas où la syphilis cérébrale intéressait primitivement et exclusivement le mouvement ou la sensibilité, leur occurrence pourrait apparemment s'expliquer par les troubles qu'apportent, au fonctionnement de l'idéation, les altérations syphilitiques préexistantes de l'encéphale; mais quant aux *folies syphilitiques tertiaires*, observées à l'état isolé, la question reste entière et se présente de la même façon que pour la paralysie générale.

III

En 1861, Lasègue écrivait : « Il y a une paralysie générale type et des *états paralysoïdes*; il n'y a donc pas de paralysie générale syphilitique; il peut y avoir, et il y a des pseudo-paralysies générales qui en imposent; jamais dans aucun cas, on ne constate de paralysie générale type. » Quant au diagnostic, ajoutait-il, il est impossible; aucun moyen, aucun signe ne permettent de trancher la question, de différencier le délire, et d'autoriser à déclarer que tel individu est paralytique, parce qu'il est syphilitique. Le traitement lui-même ne résoud pas toujours le problème.

Cette même année 1861 vit publier la fameuse observation de Virchow ; dans ce cas, au lieu de la péri-encéphalite diffuse que, d'après les symptômes observés, l'anatomiste allemand pensait rencontrer, il avait trouvé des tumeurs multiples de la dure-mère intéressant la substance corticale, un ramollissement secondaire de celle-ci, et de la pachy-méningite de la base.

A. Foville a fait remarquer, à propos de cette observation, qu'il s'agissait là surtout de lésions extra-cérébrales, ce qui expliquait mieux l'analogie des symptômes avec ceux de la péri-méningo-encéphalite des aliénés paralytiques ordinaires.

En 1864, le mémoire d'Yvaren montra comment la syphilis cérébrale peut se présenter avec les apparences de la paralysie générale; mais, deux ans après, le *Traité de la syphilis*, de M. Lancereaux, insiste sur ce fait que, « si certaines lésions syphilitiques de l'encéphale peuvent produire un ensemble symptomatique ayant une grande ressemblance avec les états morbides connus sous le nom de paralysie générale et de démence paralytique, la marche et l'évolution de ces manifestations sont tout à fait différentes de ce qu'on observe, quand la syphilis n'est point en cause ».

Puis viennent les travaux de Schule (d'Illenau) [1871]; de Muller (1874), qui dit que la paralysie générale ordinaire et la paralysie générale syphilitique auraient, pendant la vie, des apparences presque identiques, et cite à ce propos de

---

(1) B. Goldsmith. *Boston Med. and Chir. Journ.*, 17 novembre 1885.

(2) Lancereaux. *Traité de la syphilis.*

(3) Fournier. *Leçons sur la syphilis chez la femme* (Lourcine) et *Leçons cliniques de l'hôpital Saint-Louis* (novembre et décembre 1887), inéd.

(4) Finger. Congrès de Washington, 1887.

nombreuses observations d'Otto Brauss (1) [de Berlin]; de Broadbent, de Buzzard (2), et enfin, en 1875, le mémoire de Huguenin (Zurich), établissant qu'un certain nombre de démences paralytiques doivent avoir pour origine la méningite chronique déterminée par la syphilis.

Mais, c'est en 1877 que s'est ouverte, à proprement parler, l'ère des grandes discussions sur les rapports de la syphilis avec la paralysie générale : nous trouvons ici, en première ligne, les publications de Junius Mickle, qui sont comme la préface des travaux de M. le professeur A. Fournier. C'est, en effet, dans la *Syphilis du cerveau* (3) que nous verrons la première étude complète qui ait été faite des troubles mentaux dus à la vérole.

Toutefois, si nous nous reportons au point où en était la science, lors de l'apparition du livre de M. Fournier, c'est-à-dire en 1879, nous voyons avec cet auteur que, tandis que la syphilis cérébrale en elle-même et certaines de ses manifestations ou formes (épileptique, paralytique, céphalalgique) étaient acceptées sans conteste, il n'en était pas de même de la syphilis *mentale* : « Celle-ci, dit l'auteur, n'a pas encore droit de cité dans la pathologie officielle,... elle n'est au plus que tolérée à titre conjectural, hypothétique; elle est fortement tenue en suspicion, sinon reniée par la plupart de nos classiques... Elle est considérée comme une hypothèse fortement entachée d'hérésie. »

Et cette opposition était bien réelle. Elle venait surtout de ce que la marche envahissante de la vérole dans la pathogénie des maladies menaçait de détruire le dogme de l'unité de la paralysie générale, établi par Bayle et M. Baillarger : aussi le livre conciliant de M. Fournier fut-il très favorablement accueilli.

On avait depuis peu distingué et décrit, à côté de la périencéphalite diffuse, plusieurs formes d'encéphalopathies paraissant liées à certaines diathèses, à certaines intoxications, mais qui présentaient des symptômes manifestement semblables à ceux de la paralysie générale classique.

La *pellagre*, les *intoxications saturnine et alcoolique*, l'*infection syphilitique* constituaient-elles des causes de paralysie générale vraie, c'est-à-dire de méningo-encéphalite diffuse ? ou produisaient-elles un ensemble pathologique tellement analogue, que la distinction en fût souvent impossible ?

C'est à cette dernière opinion que la plupart des auteurs français se sont arrêtés, s'accordant généralement à admettre l'existence d'un état cérébral qui présente le complexus symptomatique, la physionomie intellectuelle ou somatique de la paralysie générale, tout en ayant une marche, une évolution parfois différente : cet état a été désigné sous le nom de *pseudo-paralysie générale* (4).

Il est juste de rappeler ici que le nom de *pseudo-paralysie générale* a été employé, pour la première fois, par M. Delasiauve, en 1851, à propos de l'encéphalopathie saturnine; cette expression devait faire fortune, et elle est devenue courante dans le langage médical, du jour où elle a été reprise avec éclat, à propos de la syphilis mentale, par M. le professeur Fournier.

On est donc ainsi arrivé à admettre qu'il existe des états morbides dus à certaines intoxications et méritant le nom de pseudo-paralysies générales, parce que : 1° ils diffèrent de la paralysie générale comme anatomie pathologique ; 2° ils en diffèrent encore par plusieurs caractères d'évolution et, en particulier, par la fréquence de leurs rémissions et même leur curabilité.

Plus tard, on s'est encore demandé (Delasiauve, Devouges), en présence de la similitude des symptômes, s'il ne s'agissait pas d'une paralysie générale vraie d'étiologie toxique. Et cette difficile question vient d'être à nouveau posée, d'une façon retentissante, par M. Baillarger lui-même, qui, dans un article sur les pseudo-paralysies générales (1), après s'être demandé quelle place elles doivent occuper dans la classification des maladies mentales, hésite à les placer parmi les folies ou formes curables, ou bien dans le rang des démences ou formes incurables. Le problème paraît assez difficile à résoudre, car, si les pseudo-paralysies générales guérissent et marquent ainsi leur état de pseudo-paralysie, il en est d'autres, dit-il, qui aboutissent, après plusieurs accès répétés, à la paralysie vraie.

Ainsi, il y aurait des paralysies générales *vraies* consécutives aux *pseudo*-paralysies générales ; la paralysie générale vraie pourrait être *secondaire*. Ce ne serait donc plus la maladie invariablement univoque dans sa nature, ses causes, son développement sur un terrain *obligatoirement* prédisposé ? Et ce gigantesque point d'interrogation, c'est M. Baillarger lui-même qui le pose aujourd'hui devant le dogme, jusqu'ici sacro-saint, de l'*unité* de la paralysie générale !

Nous n'allons pas discuter ici les propositions dues à la plume si autorisée de M. Baillarger ; ce que nous allons rechercher, c'est si le poison syphilitique ne peut, à l'exemple des autres intoxications antérieurement incriminées, déterminer, lui aussi, des troubles cérébraux et mentaux, tels qu'ils en arrivent à constituer un ensemble symptomatique auquel le terme de pseudo-paralysie générale serait également applicable. Puis, ultérieurement, nous examinerons si la paralysie générale vraie ne peut pas, jusqu'à un certain point, découler de l'infection syphilitique.

Dans son livre, M. Fournier, fort des remarquables travaux de ses devanciers, comme aussi de sa grande expérience personnelle, établit l'existence des *pseudo-paralysies générales d'origine syphilitique*. Dans les dix années qui venaient de s'écouler, les recherches sur ce sujet s'étaient multipliées : Heubner avait vu qu'il est une forme de syphilis cérébrale ressemblant de très près à la paralysie générale des aliénés, bien qu'en différant par la rareté des phénomènes d'excitation ; Erlenmeyer, dans le groupe des « psychoses syphilitiques » — et à côté d'une folie syphilitique simple pouvant revêtir n'importe quel type symptomatique et dépendant de désordres viscéraux — distinguait : 1° une folie syphilitique compliquée de troubles moteurs et sensitifs (attaques apoplectiformes, épileptiformes, convulsions, etc.), pouvant commencer par de la manie, de la mélancolie, de la stupeur, etc. ; 2° un groupe de symptômes rappelant ce qu'on appelle la paralysie générale (cérébration altérée, idées ambitieuses, parésie des nerfs craniens ou des membres, inégalité des pupilles, démence, etc.).

Le traitement, d'après lui, guérissait souvent la première forme et *quelquefois* la seconde.

(1) Otto Brauss. *Uber Gehirnsyphilis*, 1873.
(2) Buzzard. Letsomian lectures, *The Lancet*, 1874.
(3) A. Fournier. *Syphilis du cerveau*, Paris 1879.
(4) Voyez, dans la *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 721, l'intéressant travail de M. A. Rouillard, sur les *pseudo-paralysies générales*.

(1) Baillarger. *Annales médico-psychologiques*, mars 1889, p. 196.

Le brillant travail de J. Mickle (1), paru en 1877, reconnaissait qu'il est des formes de la syphilis cérébrale qui, tout en en étant absolument indépendantes, simulent la paralysie générale, et, en particulier, la forme dans laquelle les symptômes mentaux sont, d'une façon plus ou moins saillante, ceux de l'affaiblissement et de la dépression intellectuels, ayant comme aboutissant, plus ou moins rapproché, l'imbécillité.

Or, voici comment M. A. Fournier (2) lui, envisage la question. Sa cinquième forme de syphilis cérébrale, la forme mentale, peut, d'après lui, aboutir à une variété d'aliénation à laquelle il donne le nom de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique : « Mais ce n'est pas là, dit-il, de la paralysie générale, et ces faits n'ont, avec cette dernière maladie, qu'une identité spécieuse, fictive, bien plus apparente que réelle ; il y a là deux types très dissemblables, et ce qu'on appelle la paralysie générale syphilitique n'est pas la paralysie générale vulgaire. »

On voit donc que, pour M. Fournier, la syphilis pouvait produire une affection simulant la paralysie générale, *mais qu'il faut bien se garder de confondre avec celle-ci.* De ce jour, la pseudo-paralysie générale syphilitique était née, baptisée, « reconnue ».

Mais elle ne répondait pas à des altérations anatomiques constantes : ce nom de pseudo-paralysie générale ne désignait qu'un syndrome clinique dérivant de lésions peu ou point comparables entre elles. Il y eut des protestations. « Il est, dit A. Foville (3), quelques cas exceptionnels où des tumeurs syphilitiques, isolées dans les hémisphères cérébraux, déterminent un ensemble de symptômes tellement semblables à ceux de la paralysie générale que le diagnostic différentiel ne peut pas être établi, du moins à l'aide des seuls signes cliniques, quoique la nature et la localisation des lésions anatomiques soient complètement différentes. La dénomination de pseudo-paralysie générale s'appliquerait à ces cas beaucoup mieux qu'à ceux pour lesquels M. Fournier l'a proposée. »

On voit où Foville se sépare de M. Fournier : il distingue deux catégories de cas :

1° Ceux où des déterminations *diverses, à siège varié*, sur le système cérébral, réalisent *cliniquement* une forme d'aliénation qui simule la maladie de Bayle ; pour ceux-là, il accepte le nom de pseudo-paralysie générale syphilitique. Hayes Newington avait, en 1874, proposé le nom de *folie syphilomateuse* — c'est-à-dire due à des processus syphilitiques directs — pour les cas où des troubles mentaux s'étaient peu à peu et à la longue établis à la suite de désordres moteurs convulsifs, épileptiformes, etc.

2° Les cas où une paralysie générale véritable serait produite par la vérole. Pour ceux-ci, Foville estime que les signes comparatifs donnés par M. Fournier sont absolument insuffisants pour établir un diagnostic différentiel, qu'il juge impossible.

Ce diagnostic différentiel est déjà des plus ardus à faire entre la paralysie générale vraie, évoluant chez des sujets syphilitiques ou non, et *les* pseudo-paralysies générales, quelle que soit leur origine.

Du reste, ce sont les faits se rattachant à cette dernière catégorie (paralysie générale vraie d'origine syphilitique) qui vont seuls, désormais, rester en discussion ; les autres constituant définitivement le groupe des pseudo-paralysies générales, que ce soit la syphilis ou une autre cause qui produise les lésions anatomiques y donnant lieu. Malheureusement l'appellation de pseudo-paralysie générale syphilitique avait été appliquée, dès le début, à deux ordres de faits cliniques n'ayant entre eux aucun rapport pathogénique, tels que ceux réalisés par : *a.* des syphilomes discrets, nodulaires ou étalés ; et *b.* une péri-encéphalite diffuse, attribuée ici, à tort ou à raison, à la vérole.

De là une confusion, qui, répétons-le avec Foville, était inévitable, vu la difficulté d'un diagnostic différentiel pendant la vie, entre ces deux groupes d'affections, et qui, même sur la table d'amphithéâtre, se continue parfois lorsqu'un syphilome méningé, primitivement localisé, s'étale à la périphérie de l'écorce ; cette confusion, disons-nous, va être cause que la discussion s'éternise et rende un accord presque impossible.

« Le seul fait qui soit actuellement acquis, écrivait M. Christian (1) en 1879, est celui-ci : la syphilis peut se localiser dans le cerveau et y déterminer une encéphalopathie variable de siège et d'étendue. Rien ne prouve que cette encéphalopathie puisse revêtir la forme de la méningo-encéphalite propre à la paralysie générale ; je serais, pour ma part, tenté de considérer la paralysie générale et l'encéphalopathie syphilitique comme deux affections absolument indépendantes, et j'admettrais volontiers que, lorsque l'encéphalopathie syphilitique survient chez un individu prédisposé, par suite d'autres causes, à la paralysie générale, elle hâte ou provoque l'explosion de cette dernière. »

MM. Lunier et A. Voisin (2) admettent l'existence d'une pseudo-paralysie générale, dont le diagnostic symptomatique est généralement possible ; ce dernier va même plus loin et ajoute que la syphilis se traduit parfois par de l'endartérite, de la pachyméningite et de la méningo-encéphalite diffuse.

Nous sommes, on le voit, presque au cœur de la question : lorsque la syphilis produit des lésions d'ordre syphilitique chez un individu prédisposé, par suite d'autres causes, à la paralysie générale, elle pourrait hâter ou provoquer la production de cette dernière. Et nous voici même arrivés à nous demander si l'infection syphilitique ne peut avoir un rôle efficient dans la production de la cellulo-vasculite interstitielle méningo-cérébrale diffuse. Mais nous y reviendrons.

Legrand du Saulle (3) admet, lui aussi, une pseudo-paralysie générale syphilitique. A la Société médico-psychologique, le 30 juillet de la même année (1883), M. Charpentier présente l'observation d'une malade chez laquelle des lésions syphilitiques ont simulé une paralysie générale, et, dans ce cas, l'auteur suppose l'existence d'une diffusion proliférante cellulaire méningitique et encéphalique analogue aux lésions de la paralysie générale, mais conservant, en raison de l'étiologie de sa production, un *modus vivendi* particulier qui lui a permis de céder au traitement. Il est intéressant de rapprocher cette explication de l'opinion de M. A. Voisin, citée plus haut.

(1) J. Mickle. *British and foreign Med. and Chir. Review.*
(2) Fournier. Loc. cit.
(3) A. Foville. *Annales médico-psychologiques*, mai 1879.

(1) Christian. *Annales médico-psychologiques*, 1879. — M. Christian a été, au Congrès de médecine mentale de Paris (août 1889), le plus intraitable adversaire de l'origine syphilitique de la paralysie générale.
(2) Lunier, A. Voisin. *Ibid.*, 1879, t. II, p. 113.
(3) Legrand du Saulle. *Gazette des hôpitaux*, 1883, n° 93.

En revanche, nous voyons M. Magnan nier toute assimilation entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale : il repousse le mot de pseudo-paralysie générale appliqué à une affection d'une nature différente ; et même, à son sens, il n'y a pas de pseudo-paralysies générales ; il n'y a que des lésions plus ou moins limitées, qui, intéressant l'écorce et se disséminant, simulent d'autant plus la paralysie générale, qu'elles sont plus corticales et plus disséminées.

Pour M. Mesnet (1), la paralysie générale est une maladie *une*, à type fixe, indélébile : « Qu'il y ait, dit-il, à côté d'elle, des affections qui en simulent le complexus clinique, oui certes ; mais il y a entre ces affections (la pseudo-paralysie générale syphilitique, par exemple, et la paralysie générale) la même différence qu'entre la fièvre typhoïde et les « états » typhoïdes, et la syphilis n'a rien à voir avec la paralysie générale. »

Quant à ces états pseudo-paralytiques (2), de l'avis du même médecin, leur nombre, leurs causes peuvent être infinis : mais ce qui rend surtout très difficile le diagnostic différentiel, c'est qu'à côté de la paralysie générale, il y a les paralytiques généraux ; c'est que chacun d'eux garde son individualité et réagit à sa façon devant la maladie. Il y a donc encore lieu de séparer, au point de vue nosologique, la paralysie générale et la syphilis cérébrale, qui ne se rencontre avec elle que dans la démence terminale.

Cette grande variété des formes cliniques de la paralysie générale explique pourquoi il est si difficile, en présence de symptômes paralytiques ou pseudo-paralytiques, d'affirmer qu'on se trouve ou non en face d'une paralysie générale ; il n'y a pas deux paralysies générales qui se ressemblent.

Aussi faut-il en prendre notre parti : au lit du malade, le médecin ne pourra être formel, et dire : Ceci est une paralysie générale ; ou : Ceci est une paralysie d'origine syphilitique ; ou : Ceci est une pseudo-paralysie générale par syphilome extra-cérébral (3).

C'est ce qui fait que l'on ne peut tabler sur les lésions anatomiques pour établir une classification, et la division de A. Foville, ne reposant que sur l'autopsie, ne peut servir de base à une classification nosologique ; il est donc nécessaire, jusqu'à nouvel ordre, de conserver, même au point de vue clinique, la distinction entre la paralysie générale vraie (d'origine syphilitique ou non, pour ceux qui l'admettent) et les pseudo-paralysies syphilitiques.

Voici quels seraient, d'après J. Mickle, MM. Fournier et Motet, les principaux éléments du diagnostic différentiel de ces deux encéphalopathies voisines.

Caractères anatomiques généraux. — *Pseudo-paralysie générale syphilitique.* — Artérite, poussées d'artério-sclérose ayant, comme aboutissant ultime, la thrombose ou l'embolie ; procède par obturations vasculaires plus ou moins complètes, suivies souvent d'une hémiparésie du mouvement ; si la circulation se rétablit, tout rentre dans l'ordre. Symphyse triméningée.

Paralysie générale vraie. — Congestions de tissu. Congestions méningo-encéphaliques se rapprochant bien plus de l'épilepsie vraie (par congestion bulbaire). Visage, conjonctive, oreilles rouges, etc. Après ces poussées, les rémissions ne ramènent pas la santé absolue. Othématome. Adhérence de la pie-mère *seule* au cerveau.

Symptômes mentaux. Idéation. — *Pseudo-paralysie générale.* — Idées hypochondriaques fréquentes au début. *Il y a plutôt un obscurcissement qu'une destruction de l'intelligence* (*tabes cérébral*). *Rareté relative du délire des grandeurs. Délire plus cohérent.* Le cours de l'affection mentale est entrecoupé de symptômes nerveux graves intercurrents : convulsions, paralysies, troubles sensitifs.

Paralysie générale vraie. — Le délire dépressif et le délire maniaque se rencontrent indifféremment ou alternativement. Incohérence absolue ; aucune suite dans les idées. Diagnostic difficile au début, vu les ictus de la *période préparalytique*, aujourd'hui admise.

Symptômes physiques. Parole. — *Pseudo-paralysie générale.* — Embarras variable, avec intermittences ; elle est empâtée (*bouche pleine de bouillie*) ; ces troubles sont presque toujours de nature paralytique, au lieu de tenir à un mélange de faiblesse et d'incoordination. Souvent, cependant, le malade cherche son mot, le trouve et le « lance ». Aphasie transitoire plus fréquente, vu la nature vasculaire des lésions.

Paralysie générale vraie. — Embarras constant, permanent, continu. Parole saccadée, scandée. Le malade ne se donne pas la peine de chercher le mot.

Troubles de la déglutition. — *Pseudo-paralysie générale.* — Nuls, ou soudains et temporaires.

Paralysie générale vraie. — Graduels et progressifs.

Phénomènes oculaires. — *Pseudo-paralysie générale.* — Inégalité pupillaire variable, intermittente. Névrites optiques, choroïdite. Paralysies oculo-motrices, précoces et dissociées.

Paralysie générale vraie. — Inégalité pupillaire ou mydriase constante, permanente.

Motilité. — *Pseudo-paralysie générale.* — Parésie unilatérale, hémiplégique, temporaire, inégale. Convulsions, attaques épileptiformes à la période prodromique.

Paralysie générale vraie. — Parésie générale et progressive. Ictus peut-être moins fréquents (?).

Évolution. — *Pseudo-paralysie générale.* — Peut guérir. — Les syphilitiques, même dans la variété non congestive, meurent ordinairement par une *violence cérébrale*, et ne *s'éteignent* pas ; ils meurent donc dans un *ictus*, d'hémorrhagie cérébrale, par exemple.

Paralysie générale vraie. — Rémissions incomplètes ; ne guérit jamais complètement. Démence progressive ; le malade « s'éteint » ; disphagie, fuliginosités, pneumonie ou non. Hémorrhagie méningée, seulement chez les congestifs.

Ce diagnostic différentiel, pour lequel il paraît exister tant de points de repère, est en réalité hérissé de difficultés ; et il n'en pouvait être autrement, puisque :

1° La syphilis cérébrale peut, dans certains cas, réaliser une véritable contrefaçon anatomique de la paralysie générale ;

---

(1) Mesnet. *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 30 novembre 1888 (Rapport de la Commission du prix Falret).

(2) États « paralysoïdes » de Lasègue.

(3) Morel-Lavallée et Bélières. *Syphilis et paralysie générale*, Paris 1889.

a. Lésions du squelette cranien, ayant comprimé — ou altéré — l'encéphale et ses enveloppes;

b. Lésions primitives des méninges, ou *limitées* — ou étalées, avec adhérences des trois enveloppes entre elles et à l'écorce cérébrale;

c. Lésions de l'écorce cérébrale — ou étalées comme dans la paralysie générale, — ou en *foyers*;

d. Intégrité de l'écorce, avec lésions en foyer des parties centrales du cerveau (obs. Desnos), — ou altérations limitées à l'isthme de l'encéphale (Luys);

e. Lésions de la péri-encéphalite classique, ayant évolué chez des syphilitiques avec les symptômes propres aux variétés précédentes;

2° La pseudo-paralysie générale peut être produite par une foule de lésions cérébrales autres que les syphilomes, à savoir : tubercules, nodules cancéreux, affections chroniques des os, apoplexies sanguines, même à répétition (cas de Sandon), voire certaines scléroses en plaques disséminées. Tout cela pourra simuler plus ou moins la paralysie générale, avec des variantes nombreuses dues au siège des lésions et à leur retentissement plus ou moins étendu vers les méninges. Cela ne fait que mieux montrer l'abîme qui sépare de semblables processus de la péri-encéphalite diffuse, maladie qui, maintenant, doit seule être examinée, au point de vue de ses relations étiologiques possibles avec la vérole.

IV

Il nous reste à résoudre le problème suivant :

Étant donné deux maladies, l'une, la paralysie générale, l'autre, la syphilis :

1° *Dans quelles proportions de fréquence ces deux affections se rencontrent-elles chez les mêmes sujets?*

2° *Lorsqu'elles coïncident, y a-t-il entre elles deux quelque rapport de causalité; et, dans ce cas, qu'en résulte-t-il pour chacune d'elles?*

C'est ce que nous allons chercher à déterminer.

Voyons d'abord avec quelle fréquence la syphilis se retrouve dans les antécédents des paralytiques généraux.

S'il était besoin de prouver une fois de plus combien est encore neuve, au moins chez nous, cette question des rapports de la vérole avec la paralysie générale, on n'aurait, pour le faire, qu'à insister sur ceci : il n'existe pas en France de statistique permettant de faire le pourcentage rigoureux, et cela parce que, nulle part jusqu'ici, ni dans les hôpitaux-hospices, ni dans les établissements spéciaux, ni dans les asiles publics ou privés, on n'a eu pour règle de rechercher et de relever la présence possible de la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux. Aussi, est-ce à l'étranger qu'il faut d'abord avoir recours, et là nous rencontrerons une grande richesse de documents; trop grande même, si l'on peut dire, puisque nous verrons qu'en Allemagne, par exemple, l'écart maximum trouvé pour le nombre de vérolés existant sur 100 paralytiques varie entre 0,12 et 78!

Obersteiner trouve la syphilis 21,6 fois chez 100 paralytiques; il ne la trouve que 4,1 fois chez 100 autres aliénés, et ses travaux le conduisent à admettre que, *quand on ne trouve qu'un seul facteur à invoquer dans l'étiologie de la paralysie générale, c'est la syphilis que l'on rencontre le plus souvent.*

Mendel (1) donne les chiffres suivants : dans la paralysie générale il a relevé 75 fois p. 100 la syphilis; dans les autres folies 18 fois p. 100. Et il est, de cette façon, amené à croire que la paralysie générale peut être une inflammation syphilitique du cerveau, une des nombreuses formes de dégénérescence dues à la syphilis : celle-ci pouvant, d'après lui, produire tantôt une cirrhose du foie, tantôt des tumeurs gommeuses du cerveau, plus rarement une encéphalite interstitielle.

Il fait d'ailleurs remarquer que le diagnostic de la paralysie générale et des tumeurs syphilitiques du cerveau est quelquefois impossible.

En Angleterre, Mac Dowall, directeur de l'asile de Morpeth, croit que la syphilis était la cause des paralysies qu'il a observées *dans une proportion de 80 p. 100;* et il rapporte les deux faits intéressants que voici (2) :

1° Depuis quatre-vingt-trois années, à la York Retreat, où on traite un nombre considérable de quakers (gens dont la pureté de vie est proverbiale), on n'a reçu que trois cas de paralysie générale existant chez des « Amis ».

2° A l'asile du district d'*Inverness*, et à celui de *Perth* (3), tous les paralytiques généraux originaires des districts ruraux avaient toujours passé une partie de leur existence à la ville et avaient vécu de la vie des villes (soldats, employés de chemins de fer, etc.) : or, l'ivrognerie, les excès sexuels, causes reconnues de la paralysie générale, sont terriblement répandus dans les Highlands, et pourtant ceux qui n'en sont jamais sortis ne prennent pas la paralysie générale. Celle-ci est une maladie des villes, comme la syphilis.

C'est aussi un fait bien connu qu'il y a fort peu de paralytiques généraux en Irlande; or, la syphilis est rare dans ce pays, fait signalé à la *British Medical Association.*

En Angleterre, toutefois, la majeure partie des aliénistes pensent que la syphilis n'est pas une cause de la paralysie générale. J. Hutchinson la regarde, lui, comme « une influence prédisposante », plutôt que comme une cause vraie.

Le document de beaucoup le plus intéressant que nous ayons d'Amérique est le mémoire de W. B. Goldsmith, lu au Congrès annuel d'aliénistes américains de Saratoga, en 1885. Sur 126 hommes et 28 femmes, traités par lui au Danvers Lunatic Hospital, il a été trouvé 36 hommes et 11 femmes syphilitiques avérés, soit environ un tiers, 33 p. 100.

Incidemment, il faut ici remarquer que, sur ces 154 paralytiques généraux, 32 étaient Irlandais, ce qui prouve que l'immunité relative de ces derniers pour la paralysie générale ne persiste pas en Amérique, bien que, proportionnellement au nombre total des paralytiques généraux, ils représentent un chiffre plus petit que celui qui est fourni par la population entière de l'hôpital. Or, sur 500 autres malades aliénés (les paralytiques généraux exceptés), la syphilis était plus de 6 fois moins fréquente, soit 5,55 p. 100.

Goldsmith, alors qu'il était assistant au Bloomingdale Asylum, N. Y. City (établissement où il était possible, vu la classe aisée de la société à laquelle appartenaient les ma-

(1) Mendel. *Die progressive Paralyse der Irren*, Berlin 1880.
(2) Mac Dowall. *Journ. of Mental Sciences*, 1879.
(3) Mac Dowall en était directeur.

lades, d'obtenir plus et de plus précis renseignements qu'à Danvers), avait été également frappé de la fréquence de la syphilis chez les paralytiques généraux, « en dépit de ce fait qu'ils appartenaient à une classe plus élevée, où la moyenne générale des cas de syphilis n'est probablement pas aussi forte que dans les classes inférieures ».

Les travaux de Kjellberg (Suède), d'Esmark et Jessen, de Jespersen (Danemark) sont trop connus pour qu'il soit besoin d'y insister ; tous tendent plus ou moins à faire de la syphilis une cause directe, voire indispensable, de la paralysie générale.

En France, avons-nous dit, on a été moins vite et moins loin ; on a moins dirigé ses investigations de ce côté.

M. Ball (1) pense que la syphilis cérébrale peut simuler la plupart des signes de la paralysie générale, mais que les lésions anatomiques qui caractérisent cette maladie sont absolument différentes. D'ailleurs, la pseudo-paralysie générale syphilitique recule souvent devant un traitement spécifique ; il n'en est malheureusement rien, dit-il, pour la paralysie générale vraie.

M. Magnan, qui nie tout rapport étiologique entre la syphilis et la paralysie générale vraie, ne croit même pas que la vérole se rencontre aussi fréquemment qu'on l'a dit, dans les antécédents des paralytiques généraux. Ainsi, dans son service à Sainte-Anne, il ne l'aurait rencontrée que de 4 à 9 fois p. 100 chez les hommes, et de 1 à 7 fois p. 100 chez les femmes.

En revanche, M. Régis, le seul auteur français qui ait écrit en faveur de l'origine syphilitique de la paralysie générale (2), en est arrivé à constater, après avoir été longtemps de l'avis absolument opposé, que *presque tous les paralytiques généraux qui passaient sous ses yeux étaient d'anciens syphilitiques*. On voit, dit-il, « qu'il y a un rapport direct entre ces deux termes : *connaissance des antécédents et existence de la syphilis*, et que cette dernière est d'autant plus fréquente que les premiers sont plus précis et plus complets. Si je fais porter ma statistique uniquement sur les malades au sujet desquels existent des renseignements positifs ou négatifs, je trouve comme proportion des syphilitiques : 1° pour ceux de l'asile, 70 p. 100 ; 2° pour ceux de la maison de santé, 75 p. 100 ; 3° pour ceux de la ville, 76 p. 100. Encore n'est-il pas tenu compte, dans cette évaluation, des syphilitiques probables, ce qui augmenterait d'autant la proportion. »

Le travail de M. Régis nous paraît fort intéressant, en ce sens qu'il confirme notre opinion sur ce point que *la fréquence des antécédents syphilitiques relevés chez les paralytiques généraux se trouve être en raison directe de la possibilité et de la facilité des recherches d'anamnèse.*

V

En admettant une action quelconque de la vérole dans la genèse de la paralysie générale, il importe, pour voir dans quelles limites elle s'exerce, de passer en revue l'influence comparée de tous les facteurs étiologiques connus. Voici comment les range M. Ball (3) :

L'âge, *de trente-cinq à quarante-cinq ans* ; le sexe, *masculin* (sept fois plus que le féminin), au moins dans les classes supérieures, *où la femme est presque absolument épargnée*. Certaines professions, les « hommes de cabinet », les travailleurs de tête, les officiers de l'armée ; les fatigues somatiques, les excès vénériens, les traumatismes craniens, certaines maladies générales, les *dispositions congestives* (Lunier). La syphilis, le tabac, le mercure et le plomb, sont signalés comme pouvant produire des pseudo-paralysies générales, mais non des paralysies générales vraies. Quant à l'alcoolisme, c'est surtout l'alcoolisme ancien que l'on peut invoquer, mais comment ? « Il agit surtout par la voie indirecte de l'hérédité, et l'alcoolique est exposé à engendrer des enfants qui deviendront un jour des paralytiques, parce qu'ils seront des prédisposés. »

Pour M. Christian (1), l'étiologie de la paralysie générale pourrait se réduire aux termes suivants :

1° *Causes prédisposantes* : faiblesse relative du cerveau, congénitale ou acquise ;

2° *Causes occasionnelles* : tout ce qui est susceptible de déterminer une fatigue prolongée de l'organe (chagrin, veilles, excès de travaux intellectuels et physiques, etc.) ; ces dernières causes peuvent se résumer en un mot : le *surmenage*.

De telle sorte que, si on voulait traduire tout ce qui précède par une formule générale, il faudrait dire que la cause de la paralysie générale, c'est le *surmenage du cerveau.*

Mais ces causes, dirons-nous, sont celles des déterminations cérébrales de toute maladie. Qui frappe la « syphilis cérébrale » ? Les surmenés du travail, les surmenés du plaisir, les prédestinés héréditaires ; chez ces derniers, la syphilis doit pouvoir, il est au moins permis de le supposer, réveiller la susceptibilité nerveuse, en agissant « comme un branle-bas dans l'économie » (Ricord).

Cherchons à présent l'influence du sexe sur la maladie qui nous occupe. On sait que la paralysie générale est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme ; cette différence étant donnée, la diversité d'occupations, de goûts, d'aptitudes morbides occasionnelles dans les deux sexes peut-elle fournir des indications étiologiques plus précises ? Tout ce qu'on peut dire, c'est que presque toutes les femmes paralytiques générales qui entrent dans les asiles, sont des « irrégulières » et non des « légitimes », des femmes qui ont été plus exposées que les autres femmes de même condition de fortune, aux facteurs principalement invoqués de la paralysie générale : surmenage, alcool, syphilis.

Un fait à remarquer lorsqu'on étudie l'étiologie de la paralysie générale, c'est que les auteurs qui se sont occupés de cette question ont généralement cédé à la tendance d'invoquer une cause unique. Or, la cause qui a été le plus fréquemment peut-être invoquée pour la production de la paralysie générale est l'alcool, et cela sans doute parce que cette maladie augmente de fréquence parallèlement aux progrès de l'alcoolisme.

M. Magnan, qui nie l'influence du saturnisme de la vérole, admet que si l'imbibition continue de l'encéphale par l'alcool produit d'abord des lésions localisées, ces lésions peuvent devenir ultérieurement le point de départ soit de la démence simple, soit d'une évolution vers la paralysie générale vraie, processus diffus et régulier tirant son origine de lésions primitivement localisées.

Pour M. Lancereaux, non seulement il n'y a aucun

(1) Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, 1880-83, p. 764.
(2) Régis. *Gazette médicale de Paris*, 1888.
(3) Ball. *France médicale*, août 1887.

(1) Christian. *Archives de neurologie*, septembre 1887.

rapport d'aucune sorte entre la syphilis et la paralysie générale, mais à aucune autre intoxication, pas même à l'alcoolisme, il ne reconnaît le droit de faire de la paralysie générale; « la syphilis ne fait pas plus la paralysie générale qu'elle ne fait l'ataxie »; elle simule la première par des lésions *localisées*, mais ne fait pas de la péri-encéphalite *diffuse*.

Nous ne croyons pas, quant à nous, qu'on soit autorisé à refuser à la syphilis le rôle éventuel de cause occasionnelle sinon déterminante; prédisposition, hérédité, surmenage psychique et physique, tout est prêt pour la paralysie générale, il ne manque que l'étincelle qui mettra le feu aux poudres; cette étincelle ne pourrait-elle pas être la syphilis?

Nous venons de parler de l'hérédité; hérédité et prédisposition sont deux facteurs que l'on retrouve dans la genèse des maladies mentales, comme de la plupart des maladies générales; il en est de même pour la paralysie générale, mais moins cependant, peut-être, que pour les autres psychoses, au dire de M. Blanche. Aussi est-on, pour lui, responsable jusqu'à un certain point de sa paralysie générale, car on *se la fait à soi-même*; on y est bien prédisposé, mais si on ne va pas au-devant de la cause occasionnelle, les choses en resteront là. Toutefois, l'hérédité serait bien autrement puissante pour M. Luys, qui, lui, considère la paralysie générale comme résultant d'un trouble d'évolution de la névroglie ayant débuté dès la naissance.

Quoi qu'il en soit, le plus fougueux partisan de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale n'a jamais entendu nier l'influence des autres facteurs. « La plupart des paralytiques généraux sont d'anciens syphilitiques, a écrit M. le docteur Régis, mais ce sont aussi des *cérébraux* ou des fils de *cérébraux*. Je me dis souvent à ce propos qu'*on pourrait presque à volonté faire des paralytiques généraux; il suffirait pour cela de prendre des fils d'apoplectiques et de leur communiquer la syphilis.* » Pour le même auteur, la relation évidente qui existerait entre la paralysie générale et la syphilis, ressort non seulement des statistiques qui établissent l'extrême fréquence de la syphilis dans les antécédents de la paralysie générale, mais aussi de celles qui, par contre, établissent *la rareté de la démence paralytique dans les milieux où la syphilis est exceptionnelle.* Un document des plus probants à cet égard est celui publié récemment par M. le docteur Camuset qui, sur une population moyenne de 190 à 200 malades existant à l'asile de Saint-Alban (Lozère), n'a trouvé, dans l'espace de dix ans, que *dix* paralytiques généraux. Or, l'alcoolisme et la syphilis sont à peu près inconnus dans ce pays (1).

« On peut hautement déclarer, dit Goldsmith dans le même ordre d'idées, que la fréquence inaccoutumée des accidents syphilitiques chez les paralytiques généraux progressifs, — que le petit nombre vraiment remarquable des cas de paralysie générale dans certaines régions où la syphilis est peu répandue (bien que les statistiques ne soient pas faites avec suffisamment de soin pour donner à ce dernier argument une grande valeur); — que les rares exemples des *cas où la paralysie générale suit en apparence la syphilis communiquée d'un sujet à plusieurs autres*; — enfin, que la déduction que l'on peut tirer de l'analogie de cette affection avec l'ataxie locomotrice rendent probable au plus haut degré le fait suivant : que la syphilis est le facteur le plus important au point de vue de l'étiologie de la paralysie générale progressive. »

(1) Camuset. *Annales médico-psychologiques.*

Mais, en admettant qu'il en soit ainsi, la syphilis crée-t-elle la paralysie générale de toutes pièces; en d'autres termes, la paralysie générale est-elle une forme de syphilis cérébrale? ou bien la vérole ne fait-elle que mettre en jeu une prédisposition acquise, à titre seulement de cause secondaire, se bornant à jouer un rôle incitateur, bien loin qu'il faille lui attribuer une influence exclusive?

Pour Strumpell, le tabes et la paralysie générale sont les suites, les produits d'un poison septique que fait naître le processus syphilitique.

D'après Rumpf (de Bonn), ces affections ont toutes les deux leur origine dans un processus syphilitique du système vasculaire, lequel engendre ensuite des lésions banales (la sclérose postérieure et la péri-encéphalite).

« L'homme qui n'a jamais eu la syphilis, dit Goldsmith, a trois fois plus de chances d'immunité vis-à-vis de la paralysie générale que celui qui a eu la vérole. »

Quelle en est donc la raison? C'est que le tertiarisme trouverait un domicile tout prêt dans une région ravagée par une syphilis antérieure; cette idée, déjà entrevue par Virchow, nous la retrouvons tout au long dans le récent livre d'Hutchinson (1).

La syphilis, d'après lui, prédispose plutôt à la paralysie générale qu'elle n'en est la cause actuelle. Mais de quelle façon agit-elle comme cause prédisposante? Peut-être en altérant les tissus au moyen d'attaques transitoires, d'inflammations congestives pendant la période de début. Quelque parfaite que puisse être en apparence la guérison de ces lésions, on peut, cependant, aisément penser que jamais, sans doute, cette guérison n'est absolue. Les tissus qui ont été ainsi affectés conservent toujours pour la suite une tendance aux inflammations chroniques bâtardes ou même à l'évolution vers des dégénérescences d'emblée, plus du moins que s'ils étaient restés indemnes.

Aussi, quand arrive la maladie, elle peut ne pas différer d'une façon appréciable des autres cas sans antécédents syphilitiques.

On peut trouver aussi la série habituelle des causes déterminantes ordinaires : pour la paralysie générale, le surmenage cérébral, la tension d'esprit et la fatigue; pour l'ataxie locomotrice, les excès sexuels, les marches forcées et l'exposition au froid et à l'humidité des membres inférieurs.

Il ressort des citations qui précèdent, que le rôle étiologique de la syphilis vis-à-vis de la paralysie générale devient de plus en plus probable. Mais nous ignorons toujours si cette dernière affection est « parasyphilitique » ou si elle dérive directement de la vérole. Cherchons les éléments de ce problème dans l'anatomie pathologique.

VI

Envisagée à ce dernier point de vue, la paralysie générale comporte trois ordres de lésions, dont chacune en a été regardée successivement comme la lésion fondamentale et pathognomonique : elles intéressent le système vasculaire, la névroglie, le tissu nerveux.

L'artérite dite syphilitique, à début péri ou endo-vasculaire, à siège localisé, à tendance oblitérante (Tuke, Heubner, etc.) paraît aujourd'hui ne pas être la seule forme qui puisse engendrer la vérole, si bien qu'à présent l'anato-

(1) J. Hutchinson. *Syphilis*, London 1887.

miste sera difficilement en droit d'affirmer que telle lésion d'une artère est due, et surtout *n'est pas due* à la vérole ; par conséquent, il ne pourra rejeter *a priori* l'influence de cette maladie sur les altérations vasculaires qui ont pu commencer ou préparer la péri-encéphalite diffuse. La valeur pathognomonique qui, au début des recherches sur ce sujet, pouvait être légitimement attribuée à certains caractères de l'artérite syphilitique, n'a pas été confirmée par les travaux ultérieurs. Plus on approfondit l'histoire des lésions artérielles de la syphilis, plus leur domaine s'étend, moins elles apparaissent spéciales et spécifiques, et l'on voit chaque jour s'accroître le nombre des cas où, la syphilis apparaissant à l'origine, les attributs macroscopiques et microscopiques des lésions n'ont plus rien de spécial et où ces lésions présentent les caractères généraux qu'elles offrent dans toutes les maladies infectieuses (1).

Pour ce qui est des altérations de la névroglie, nous savons qu'elles existent constamment. Obersteiner a trouvé plusieurs fois *dans le cerveau d'aliénés syphilitiques une prolifération conjonctive considérable, avec des cellules connectives très augmentées de volume.* Il croit donc pouvoir conclure que la syphilis a un rôle étiologique important dans le développement de la paralysie générale. Ce rôle serait souvent absolument direct, c'est-à-dire que *la démence paralytique devrait être rangée parmi les symptômes de la syphilis tertiaire.* Mais toute paralysie générale, quelle que soit son origine, s'accompagne de prolifération des cellules de la névroglie, et rien ne permet de reconnaître là, ou non, un processus spécifique.

Il en sera de même pour les lésions du tissu nerveux : que, comme le croit Tuczek, la disparition des fibres à myéline, commençant par celles de la couche la plus superficielle, soit la seule lésion vraiment fondamentale de la paralysie générale, ou que ce fait soit controuvé, il n'y aurait certes rien là qui pût faire invoquer une origine syphilitique, mais rien non plus qui pût la faire rejeter *a priori*, dans l'état de nos connaissances anatomiques.

L'anatomie pathologique ne nous permet donc pas de résoudre le problème ; cherchons ailleurs.

VII

Nous savons qu'il existe une *pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique*, ou une *paralysie générale syphilitique* ; cette dernière expression, de même que la précédente, équivaut, dans la pensée des auteurs qui l'emploient, à celle de PSEUDO-PARALYSIE GÉNÉRALE PAR SYPHILOME EN NAPPE DE L'ÉCORCE ET DES MÉNINGES. Elle désigne une affection qui simule, au plus haut degré, la péri-encéphalite chronique progressive idiopathique ; nous avons vu la grosse difficulté de ce diagnostic différentiel. Il nous reste à examiner si cette dernière maladie, alors qu'elle reconnaîtrait la vérole comme origine, ou du fait qu'elle évoluerait sur un terrain syphilitique, affecte des caractères qui permettent d'en faire alors une forme spéciale.

Or, si l'on étudie en bloc un certain nombre d'observations concernant des syphilitiques aliénés paralytiques, on voit qu'on peut les diviser en deux catégories : dans la première, les malades se présentent comme des paralytiques généraux classiques, avec et y compris le « délire des grandeurs » (sur 64 observations personnelles que nous avons compulsées, ces cas figuraient pour 32 p. 100). La seconde catégorie (68 p. 100) se montre avec une symptomatologie un peu spéciale, celle de la pseudo-paralysie générale. Mais, dans la moitié de ces cas, la maladie était due à des syphilomes discrets de l'encéphale, tandis que le reste (33 p. 100 de nos observations) reconnaissait, pour cause anatomique, une méningo-péri-encéphalite diffusée, qu'il y ait eu là péri-encéphalite *parasyphilitique* ou syphilome scléro-gommeux méningé en nappe.

Or, c'est ce dernier groupe qui, seul, reproduit anatomiquement la paralysie générale, au point de ne pouvoir souvent en être distingué à l'autopsie, macro ou même microscopiquement. Cliniquement, il correspond à un complexus réalisé par la triade symptomatique suivante :

1° *Affaissement intellectuel* : asthénie simple avec amnésie ; quelquefois adjonction de délire mélancolique ;

2° *Embarras de la parole*, dont les variétés chez ces malades sont si bien décrites dans la SYPHILIS DU CERVEAU ;

3° *Tremblement de la face, des lèvres et des mains.*

Dans les cas plus accentués, on voit s'y ajouter :

1° Des troubles pupillaires ;

2° Des phénomènes de paralysies localisées.

Cette forme de syphilose cérébrale, fréquemment liée à des troubles spinaux, a pour caractères d'évolution :

1° La longueur de l'état stationnaire ;

2° L'absence du délire « énorme » des paralytiques généraux ordinaires qui disent, par exemple : « Je suis mort, j'ai l'anus bouché, etc. » ;

3° La conservation partielle et au moins intermittente de la conscience et de l'intelligence. Ces malades se rendent souvent compte de leur état, sont très capables de suivre le fil d'une idée ;

4° La tendance finale à la démence, comme tous les états mentaux similaires.

C'est à cette variété de pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique, dont nous devons constater la fréquence, que M. Fournier donne, dans la classe de ses pseudo-paralysies générales d'origine syphilitique, le nom d'asthénie cérébrale, de *tabes cérébral* (1) ; c'est, si l'on veut, la *forme dépressive* de la paralysie générale ; mais c'est une paralysie générale atténuée, fruste ; c'est une ébauche de paralysie générale. Et en effet, bien que tout le programme de la maladie (qu'on nous passe l'expression) ne soit pas rempli, de quelle entité nosologique, autre que la paralysie générale, rapprocher une affection où se trouvent réunis, quoique à des degrés divers, le délire dépressif, l'amnésie, l'embarras de la parole, le tremblement, les troubles oculaires, etc. ?

---

(1) Voyez MAURIAC. Artériopathies syphilitiques, in *Archives de médecine*, mai, juin 1889.

(1) TABES CÉRÉBRAL. — Ce nom est, en effet, des plus appropriés ; non seulement parce qu'on observe une véritable tabescence des fonctions cérébrales, qui paraissent d'abord s'obnubiler, s'affaiblir, subir une sénilité précoce avant de s'altérer, mais encore parce que souvent ces malades présentent une névrose sûrement diffuse, et diffuse peut-être dès la phase première.

Au début, on a diagnostiqué *tabes* ou *paralysie générale.*

Poussant plus loin l'assimilation, on est tenté de regarder comme syphilitiques des paralytiques généraux ayant offert des symptômes de tabes (tabes cérébro-spinal) :

1° Parce que leur paralysie générale est moins pure, plus effacée ;

2° Parce que l'étiologie syphilitique du tabes est généralement acceptée ; mais que deviennent ces distinctions, maintenant que la paralysie générale la plus franche, la plus classique, se pare également d'une période *prédélirante* ou *préparalytique* ?

Ainsi donc, — et nous croyons être en droit de conclure de la sorte — qu'il s'agisse là d'une *pseudo-paralysie générale par syphilome scléreux étalé*, ou d'une *paralysie générale évoluant avec des symptômes spéciaux* (et qui ne serait alors « pseudo » qu'au point de vue clinique), il est exact que certains syphilitiques cérébraux se présentent avec un groupe de symptômes dont l'ensemble ne peut être attribué à aucune maladie connue, sauf à une paralysie générale incomplète, fruste, ébauchée (*asthénie cérébrale, tabes cérébral, pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique à forme dépressive* (Fournier). Il a été observé, sous l'influence du traitement antisyphilitique, des rémissions, des améliorations, peut-être des guérisons (?) dans cette forme pseudo-paralytique. C'est toutefois la moins curable des modalités que peut affecter la syphilis cérébrale.

Mais, en outre, devons-nous ajouter, la paralysie générale classique dans son type le plus complet, avec ou sans délire expansif ou mégalomaniaque, paraît — d'après de nombreuses statistiques faites à l'étranger, et dont nous n'avons pas trouvé l'équivalent en France — compter souvent la syphilis parmi ses antécédents, et il est vraisemblable, d'après les documents et les faits que nous avons étudiés, que la vérole doit occuper une place importante parmi les facteurs étiologiques de la démence paralytique commune.

VIII

Nous ne pouvons terminer sans consacrer quelques lignes à la question du traitement et de son influence, et à celle de l'*épreuve thérapeutique*.

1° Il est de notoriété commune que la paralysie générale, comme les formes tardives et complexes de syphilis cérébrale, survient presque exclusivement chez les sujets qui ont eu, au début, une syphilis bénigne, légère, insignifiante, quelque-fois inaperçue... non ulcérative, partant, ne donnant pas lieu à des cicatrices, d'où des difficultés ultérieures pour l'enquête médicale. Pourquoi cette préférence de la paralysie générale pour la syphilis jadis légère ? Parce que chez ces sujets, dit-on, la syphilis n'a pas suffisamment épuisé son action ? C'est bien plus probablement, comme le pense M. Fournier, parce qu'elle a été peu ou point soignée.

Jespersen dit que ses paralysies générales ont été observées chez des malades ayant suivi ou non un traitement mercuriel ; mais qu'est-ce que « un traitement mercuriel », aujourd'hui que, nous l'avons dit, on admet qu'un traitement d'un an, voire de deux ans, au début, est insuffisant pour garantir, avec certitude, des atteintes du tertiarisme !

2° Curabilité de la paralysie générale par les spécifiques.

A. *Pour les paralysies générales vraies*, l'influence du traitement spécifique est regardée comme nulle par presque tout le monde : Jespersen, Rohmel, Neumann, Obersteiner, etc. [nous ne parlons pas naturellement de ceux qui n'admettent pas l'origine syphilitique possible de la paralysie générale]. A peine lui attribue-t-on quelques améliorations ou rémissions, peut-être spontanées d'ailleurs.

B. *Pour les pseudo-paralysies générales*, M. Fournier reconnait que c'est, de toutes les syphiloses nerveuses, la plus difficile à guérir, même quand elle est prise dès le début.

La possibilité de sa guérison est cependant certaine : « sa curabilité est hors question » (Neumann). Et les cas en sont nombreux : Lunier (2 cas), Rendu (2 cas) [1875], Mickle, Urquhart (1), etc.

— Pour ce qui est de l'*épreuve thérapeutique*, il y a là un argument dont il faut faire justice une fois pour toutes. Si l'essai fructueux du traitement spécifique prouve la nature d'une affection syphilitique (*naturam morborum...*), en revanche une tentative inutile dans ce sens ne peut être invoquée d'une façon constante et formelle pour démontrer le contraire. D'abord, il est nombre d'affections syphilitiques qui résistent au traitement, même le mieux dirigé, qui récidivent même sous le traitement ; et, d'ailleurs, que peut la thérapeutique contre une lésion déjà constituée, contre une perforation artérielle effectuée ou une sclérose organisée ? Et, en dernier lieu, n'a-t-on pas le droit de se demander s'il ne reste pas un troisième spécifique de la vérole à découvrir ? Avant que l'iodure ne fût employé, ne devait-on pas aussi refuser le « certificat d'origine » syphilitique à des affections rebelles au mercure et qui eussent mieux cédé à la cure iodo-potassique ?

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 octobre 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Budor, Brezzi, Baqué, Gaudinau, Gilles, Degail, Guende, Gaumé, Giraud, Borry, Jacquemet, Dufour, Riboulot, Larrieu, Four, Simon, Regnault, Gannet, Couchon, Gallet.

— Par décret, en date du 16 octobre 1889, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les docteurs Dusault et Le Clerc, anciens médecins de deuxième classe de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 16 octobre 1889, MM. les médecins-majors de deuxième classe, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. Manquat, pour l'emploi de répétiteur de matière médicale, thérapeutique, hygiène et médecine légale, à l'École du service de santé militaire de Lyon.

M. Mignon, pour l'emploi de répétiteur de médecine opératoire et accouchements, à ladite École.

— Le jury, pour le concours de la médaille d'or de l'internat (chirurgie et accouchements), vient d'être arrêté de la manière suivante :

MM. Cuffer, Campenon, Picqué, Ricard et Doléris.

La première séance aura lieu le 12 décembre.

— *Hospices de Reims.* — Un concours pour deux places de médecin suppléant à l'Hôtel-Dieu de Reims, sera ouvert dans cet établissement le jeudi 30 janvier prochain, à huit heures et demie du matin.

S'adresser, pour tous renseignements, au bureau du secrétariat des hospices, place Saint-Maurice n° 2, à Reims.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont institués pour un an, à dater du 1er novembre 1889 :

1° Chefs de clinique médicale : MM. les docteurs Pignol et Marfan, en remplacement de MM. Durand-Fardel et Martinet, dont le temps d'exercice est expiré ;

2° Chef de clinique des maladies du système nerveux : M. le docteur Guinon, en remplacement de M. Gilles de la Tourette, dont le temps d'exercice est expiré ;

(1) URQUHART. *Journ. of Mental Sciences*, 1886-87.

3° Chef de clinique chirurgicale : M. le docteur Clado, en remplacement de M. Ricard, dont le temps d'exercice est expiré ;

4° Chefs de clinique obstétricale : M. le docteur Boissard, en remplacement de M. Bonnaire, dont le temps d'exercice est expiré, et M. le docteur Tessier (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Perret, agrégé, maintenu à l'exercice pour une période de trois ans, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Labatut, suppléant, est chargé d'un cours de chimie et toxicologie, pendant la durée du congé à M. Raoult.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul-Joseph Micault (d'Épinal), médecin aide-major de première classe, décédé à Hanoï, à l'âge de vingt-neuf ans ; Charles-Jean-Pierre Schmit, médecin-major de deuxième classe, décédé à Mallange (Lorraine), à l'âge de trente-quatre ans ; Bouillon-Lagrange (de Saint-Chéron), et Jacolot (de Lorient).

— *École pratique.* — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique, sous la direction de M. le docteur Brault, chef des travaux, commenceront le lundi 21 octobre 1889.

MM. les étudiants, pourvus de douze inscriptions, sont priés de se faire inscrire, pour lesdits travaux, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, jusqu'au samedi 30 novembre, de midi à trois heures de l'après-midi. — Ils peuvent demander leur inscription par écrit.

Des lettres de convocation leur seront adressées à domicile.

Ils sont prévenus que, dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seront refusées.

— *Asile d'Armentières.* — Une place d'interne est vacante à l'asile d'aliénés d'Armentières (Nord). — Pour tous renseignements s'adresser au directeur de l'asile.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 121. — MARDI 22 OCTOBRE 1889. 62e ANNÉE. MARDI 22 OCTOBRE 1889. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE . . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOTEL-DIEU. — M. DUMONTPALLIER.

Du traitement des endométrites.

Par M. F. DE GRANDMAISON, interne du service.

Le 13 juin dernier, M. Dumontpallier fit à l'Académie de médecine une intéressante communication sur le traitement des endométrites par le crayon de chlorure de zinc (1). Cette communication a été l'objet d'un rapport de M. Polaillon (qui lui-même d'ailleurs avait déjà eu recours aux cautérisations intra-utérines avec la pâte de Canquoin), et la Société reconnut les mérites du traitement préconisé.

Depuis cette époque, M. Dumontpallier a continué à appliquer ce traitement dans son service, et nous allons donner les résultats de cette seconde série d'observations.

Du 13 juin au 1er octobre, 70 malades ont été soignées pour des endométrites de natures diverses; un certain nombre de malades sont encore actuellement en traitement; mais nous ne nous occuperons que des premières, qui toutes ont quitté l'hôpital.

Ces 70 malades ont présenté soit des endométrites hémorrhagiques, soit des endométrites purulentes; chez toutes on a pratiqué la cautérisation utérine avec des crayons de chlorure de zinc, laissés à demeure dans la cavité de l'utérus. Les résultats obtenus ont été pleinement confirmatifs de ceux qu'avait déjà énoncés M. Dumontpallier dans sa communication.

Soixante-sept malades sont sorties absolument guéries, sans aucune complication; elles ont repris toutes leurs occupations, et 28 d'entre elles ont eu leurs règles dans le service même. Les autres ont presque toutes vu depuis leur menstruation se rétablir, et chez celles que nous avons revues depuis le traitement la guérison s'est continuée sans aucun trouble. Des 3 autres malades, 2 qui ont cependant vu le rétablissement de leurs règles ont présenté des difficultés de cathétérisme, qui persistent encore actuellement et qui sont dues à un léger degré d'atrésie utérine. La dernière n'avait pas d'atrésie, mais elle a quitté spontanément l'hôpital avant que son traitement ne fût achevé, et, au moment de sa sortie, son écoulement utérin, bien que notablement amélioré, n'avait pas encore disparu complètement, aussi n'a-t-elle pas été considérée comme guérie.

Il est intéressant de signaler que, parmi les malades guéries, deux ont été opérées, malgré qu'elles aient présenté des phénomènes d'inflammation péri-utérine. M. Dumontpallier ne s'est décidé qu'avec peine à instituer son traitement; mais l'intervention lui a été commandée chez l'une par l'abondance et la fréquence des hémorrhagies, chez l'autre par l'extrême quantité de pus qui s'écoulait de l'utérus. Le succès a été complet et les deux malades sont sorties guéries, non seulement de leurs endométrites, mais encore de leurs inflammations péri-utérines.

Pendant les mois de juin et de juillet, sur 32 malades 27 ont rendu, du cinquième au huitième jour, des eschares représentant parfaitement le moule de la cavité utérine; mais, pendant les mois d'août et de septembre, sur 38 malades, les eschares n'ont été retrouvées que 17 fois. Ce résultat différent mérite une explication, d'autant plus que M. Dumontpallier attache une grande importance au rejet de l'eschare complète. Elle représente pour lui le *corps du délit* et donne la certitude que toutes les parties malades ont été atteintes.

La différence des résultats a été due à ce que les dimensions du crayon ont été modifiées pendant quelques semaines. A la suite du rapport de M. Polaillon, qui préconisait l'emploi de flèches souples et petites dans les cautérisations utérines, M. Dumontpallier réduisit de moitié le diamètre de ses crayons, qui n'eut plus que 3 millimètres au lieu de 6 millimètres, tout en leur conservant la composition chimique première, c'est-à-dire : 1 de chlorure de zinc pour 2 de farine de seigle. Avec ces nouveaux crayons les résultats ne furent plus aussi satisfaisants : non seulement les malades ne rejetèrent que rarement des eschares; mais leur guérison fut moins rapide et elles durent prolonger leur séjour à l'hôpital. La durée du traitement pendant les mois d'août et de septembre fut en moyenne de seize jours, tandis qu'elle avait été de dix jours dans les deux mois de juin et juillet.

Après cette expérience, M. Dumontpallier, vers le 20 septembre, reprit l'usage des premiers crayons et, depuis cette époque, l'évolution du traitement a été la même que dans les mois de juin et de juillet.

Dans cette publication qui n'est, en somme, qu'une sta-

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 605.

tistique du service, nous ne voulons pas entrer dans des détails de technique opératoire : mais il nous est impossible de ne pas répondre à une objection, qui souvent est faite au traitement de l'Hôtel-Dieu, nous voulons parler de l'atrésie utérine, que deux fois nous avons constatée chez nos 70 opérées. Ces deux cas, si on fait un pourcentage, portent à 3 p. 100 à peine, le nombre des atrésies à la suite du traitement; mais il est juste de remarquer que, malgré nos recommandations, les deux malades, après leur sortie de l'hôpital, ne sont pas revenues se faire cathétériser, sans quoi, pas plus que leurs compagnes, elles n'auraient présenté de complications. De plus, ces deux cas d'atrésie se sont présentés dans les premiers jours du mois de juillet, alors que le traitement était en voie de perfectionnement; enfin, sitôt après la chute de leurs eschares, ces malades ont eu leurs règles, et, pendant six jours, il n'a pas été possible de toucher à leur utérus. Ces deux cas malheureux ont amené M. Dumontpallier à apporter plus de soin dans le traitement consécutif à la chute de l'eschare, et, depuis le 15 juillet, époque à laquelle les deux atrésies ont été observées, les précautions suivantes ont été prises et l'atrésie n'a plus été contatée. Tous les deux jours, la malade, pendant une période de dix jours, est passée au spéculum, son utérus est cathétérisé avec les n°s 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 de la filière Charrière et le cathétérisme est suivi d'une cautérisation avec une solution de nitrate d'argent à 1/5e; de façon à réprimer les bourgeons charnus qui pourraient s'accoler.

L'atrésie est ainsi évitée, et d'ailleurs sa production ne devrait pas faire rejeter le traitement de M. Dumontpallier au profit du curetage, car elle se produit aussi à la suite du traitement chirurgical et nous voyons, tous les matins, dans les salles une jeune femme qui a subi trois curetages en dehors du service, et présente, malgré cela, une atrésie utérine tellement complète, que le cathéter ou la sonde ne pénètrent même pas d'un demi-centimètre dans la cavité utérine. Ce cas isolé d'atrésie après le curetage prouve qu'elle peut survenir tout aussi bien qu'après la cautérisation par le chlorure de zinc.

D'après la statistique que nous venons de publier, il est donc permis de conclure que :

1° Le traitement de M. Dumontpallier donne d'excellents résultats;

2° Ce traitement présente, par la constitution même du crayon, les plus grandes garanties d'antisepsie;

3° En raison de sa simplicité, de la facilité de son application, et de la régularité de la guérison, il constitue un excellent moyen de soigner les endométrites, d'autant plus qu'il est à la portée de tous les médecins, qui ne peuvent pas toujours prendre sur eux la responsabilité d'un curetage, opération sanglante et nécessitant une antisepsie absolument rigoureuse, qui n'est pas encore suffisamment entrée dans les mœurs médicales.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Des suites de la fièvre typhoïde; déterminations laryngées ou stomacales.

J'ai encore à vous parler aujourd'hui de la fièvre typhoïde, ou mieux, de ses suites, à l'occasion principalement du n° 4 de la salle Saint-Luc, qui est, actuellement, en voie de guérison.

Ce malade est un homme jeune, qui a été atteint de la dothiénentérie, à la suite du surmenage de ses vingt-huit jours. Or, c'est là un fait assez fréquent — soit dit en passant — que de voir la fièvre typhoïde se déclarer à la suite du surmenage. Chez lui, la maladie a été assez légère et elle a parfaitement guéri sans grands efforts thérapeutiques, sans que nous ayons eu besoin de recourir ni aux lotions froides, ni aux bains froids, ni aux lavements froids. Un peu de sulfate de quinine (50 centigrammes seulement) a été prescrit comme névrosthénique, bien plutôt que comme antipyrétique.

Mais ce malade présentait un état particulier de l'estomac et du larynx. Le fait n'a rien d'exceptionnel, et l'on sait très bien que la fièvre typhoïde, étant une affection générale, frappe tous les tissus et tous les appareils et, notamment, l'appareil digestif et l'appareil respiratoire; ce dernier, cependant, un peu moins que le précédent.

Quelquefois, le larynx est plus spécialement atteint de ce que les Allemands ont appelé le laryngo-typhus. Le fait n'est pas sans importance, car il peut arriver, en pareils cas, que, la fièvre typhoïde étant guérie, on voit persister une inflammation plus ou moins considérable qui va en s'éternisant, gagne les cartilages circonvoisins, y détermine une périchondrite et une chondrite, pouvant aller jusqu'à une sorte d'ossification de mauvaise nature et à la nécrose des cartilages arythénoïdes surtout, puis à l'expulsion de ces cartilages, accidents qui ont été, parfois aussi, suivis de la mort du malade. La fluxion des glandules, situées au-dessous de ces cartilages, est généralement le point de départ de cette ossification.

Mais, pour en revenir à mon malade du n° 4 de la salle Saint-Luc, je disais donc que cet homme, étant guéri de sa fièvre typhoïde, a conservé un certain degré de dysphonie, par suite d'un état fluxionnaire persistant de la muqueuse laryngée. De plus, on perçoit aux deux bases des poumons, surtout du côté gauche, des râles muqueux, rudes.

Nous avons une autre malade, une jeune femme, qui est dans le même cas, en ce sens qu'elle a conservé, à la suite d'une fièvre typhoïde légère, de la laryngite, avec raucité persistante très prononcée de la voix.

Il faut donc savoir se méfier de ces cas et se souvenir que certains typhoïdiques peuvent rester pendant longtemps sous une imminence morbide.

Quant aux fonctions digestives de ce même n° 4 de la salle Saint-Luc, elles restent également altérées, ce malade ayant une gastrite spécifique.

Il y a, en effet, dans la fièvre typhoïde, une gastrite caractérisée d'abord par un état mamelonné, épaissi, de la muqueuse stomacale, hyperhémiée, rouge, parfois même ecchymotique, avec développement plus ou moins considérable de ses vaisseaux gorgés de sang. Cet état, primitivement fluxionnaire, peut aller jusqu'à l'inflammation, c'est-à-dire jusqu'à la gastrite. Dans ces cas-là, les glandes à pepsine sont frappées, altérées, dégénérées (dégénérescence graisseuse); par suite, les malades ne peuvent plus digérer ou ne digèrent que très difficilement, les aliments administrés seulement en vue de soutenir leurs forces.

Ainsi était notre malade qui vomissait incessamment ce qu'il prenait, qui vomissait le lait, supportant, au contraire, et seulement le bouillon, peut-être parce que celui-ci contient une petite quantité de sel, de chlorure de sodium. Le fait n'a rien de bizarre, et nous avons vu plus d'une fois des typhoïdiques convalescents, continuer à ne pouvoir digérer

le lait, à le vomir d'une façon continue, tandis qu'ils digéraient, au contraire, le bouillon additionné de pâtes d'Italie ou autres.

C'est ainsi que notre malade a eu, dans sa convalescence, une rechute après avoir mangé un œuf, sans pain cependant, parce que son estomac persistait à être malade, rechute qui a même duré pendant un assez long temps.

Ce que nous observons ainsi, chez certains malades, du côté de l'estomac, peut, chez d'autres, se passer du côté de l'intestin, par la disparition des villosités, des valvules conniventes, des glandules, d'où il résulte un amoindrissement de la surface d'absorption de la muqueuse intestinale.

En pareils cas, il peut arriver que les médicaments eux-mêmes, introduits dans l'intestin, n'y soient pas absorbés. Ceci nous donne l'explication de ce fait, en apparence paradoxal, que les typhoïdiques ne maigrissent pas pendant la période aiguë de leur dothiénentérie, mais seulement à la fin de la troisième semaine de la maladie, époque à laquelle ils commencent à se manger eux-mêmes, ils deviennent autophages. C'est ainsi que l'on peut dire qu'un typhoïdique va bien, alors qu'il maigrit. Puis, l'estomac redevenant valide, on peut commencer à nourrir les malades, mais en le faisant toujours avec la plus grande prudence.

La convalescence de la fièvre typhoïde est, en somme, comme une autre maladie, car vous observez alors un abaissement de la température, tombant au-dessous de 37 degrés, c'est-à-dire la température de l'inanition, de la vitalité diminuée. Cette période, pendant laquelle l'organisme offre une moindre résistance, pendant laquelle la moindre influence peut atteindre l'appareil respiratoire ou l'appareil digestif, dure environ de huit à quinze jours, en moyenne.

Je me rappelle toujours certaine année, où je venais d'être appelé à prendre un service de médecine, à l'hôpital Saint-Antoine — à cette époque, les mutations des hôpitaux avaient lieu le jour de Noël — j'étais seul à mon arrivée dans la salle des hommes, sans élèves ni religieuses, lorsque j'aperçus un malade refroidi, vomissant sans cesse, se plaignant de douleurs abdominales extrêmement vives, en un mot, ayant l'aspect d'un étranglement herniaire ou interne. Or, il s'agissait d'un typhoïdique convalescent et je crus alors à quelque perforation intestinale ; il n'en était rien, cet homme, ayant réveillonné, avait eu une indigestion. Il me suffit d'une application de huit sangsues : quatre sur l'épigastre, quatre sur la fosse iliaque droite, pour faire cesser douleurs et vomissements.

Les typhoïdiques convalescents, après s'être nourris de leur propre substance, éprouvent, en général, une faim excessive et ont besoin de réparer les pertes subies, mais leur appareil digestif s'oppose à une alimentation qui ne serait pas surveillée, de là, cette double nécessité de mettre cet appareil en état de fonctionner et de ne lui donner que des aliments de digestion facile. Comme traitement de la maladie de l'estomac, il faut recourir aux révulsifs, aux vésicatoires ou à quelque application au creux épigastrique, soit de trois ou quatre sangsues, soit de quatre ou cinq ventouses scarifiées, selon l'état fluxionnaire plus ou moins prononcé de la muqueuse gastrique et les troubles fonctionnels.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE

GANGRÈNE PARTIELLE DU CORPS CAVERNEUX ; URÉTHROPLASTIE.

Par M. le docteur Fr. GUERMONPREZ (de Lille).

Dans le cas de rétrécissement calleux de l'urèthre, avec dysurie plus ou moins complète, on a généralement recours à l'un ou l'autre des deux procédés classiques : la dilatation forcée ou l'uréthrotomie externe. Les résultats, obtenus de cette façon, ne sont malheureusement que temporaires, la cause même du rétrécissement n'étant pas supprimée.

Il n'en est pas de même d'un troisième procédé, préconisé par M. Daniel Mollière (de Lyon), sous le nom d'*uréthroplastie*. Il consiste dans l'uréthrotomie externe, avec extirpation de *tout* le tissu cicatriciel, enfin affrontement et suture des deux bouts sains de l'urèthre. Il importe de ne pas laisser de tissu cicatriciel entre les deux bouts de l'urèthre ni autour de ce canal. Tout ce qui est cicatriciel, écrit M. Daniel Mollière, doit être extirpé avec autant de soin que s'il s'agissait d'une tumeur maligne. « En un mot, il faut faire une autoplastie analogue à celle que l'on pratique pour guérir l'hypospadias périnéal (1). »

On finit l'opération par l'introduction d'une sonde dans le canal et la suture des deux bouts de l'urèthre. Cette suture doit être superficielle, c'est-à-dire ne pas comprendre la muqueuse, absolument comme pour la suture de l'intestin ou la gastrorrhaphie. M. Mollière la pratique avec des fils métalliques : dans l'observation suivante, le catgut nous a donné un excellent résultat.

La réunion de la peau est ensuite obtenue par un second plan de sutures superficielles.

Un grand avantage que présente ce procédé sur l'uréthrotomie externe classique est la facilité avec laquelle la sonde peut être enlevée et remise en place à volonté ; elle doit être laissée à demeure pendant la cicatrisation. La guérison est ordinairement complète au bout de quinze ou vingt jours.

L'observation suivante montre bien tout le succès qu'on peut espérer par ce procédé.

OBSERVATION (*rédigée par M. Alf. Plouvier*). — Un faible d'esprit, âgé de trente-cinq ans, a été atteint de plusieurs blennorrhagies dont la première remonte à quinze années. En juin 1889, il avait toujours caché sa dysurie, lorsqu'on s'aperçut d'un état phlegmoneux de tout le côté droit de la verge, avec un petit pertuis fistuleux, situé sur la face dorsale et par lequel s'écoule un pus verdâtre et séreux. Ce même orifice est le seul qui donne issue à l'urine. En raison du danger de voir le phlegmon se propager au delà de la racine de la verge, M. Guermonprez débride au thermocautère. Le doigt introduit contourne le corps caverneux décollé du côté droit, qui a un aspect marbré, gris noirâtre, ne présente plus aucune adhérence dans sa portion terminale, et se détache sans effort dès la moindre traction. Un second débridement est pratiqué de la même manière sur le milieu de la face inférieure du pénis, là où s'arrête le décollement (lotions phéniquées pratiquées avec le plus grand soin de propreté).

Trois mois plus tard, il ne reste plus qu'un très étroit pertuis dorsal : c'est par là que s'écoule l'urine avec une difficulté chaque jour plus grande. Elle est émise laborieusement en un jet très étroit, qui est lancé dans une direction exactement perpendiculaire à l'axe de la verge. Après une consultation avec M. le professeur Bouchaud, après constatation du siège exact du rétrécissement à 10 ou 15 millimètres du méat, M. Guermonprez pratique, le 31 août 1889, l'opération suivante :

(1) D. MOLLIÈRE. *Leçons de clinique chirurgicale professées à l'Hôtel-Dieu de Lyon.* Paris, 1889.

Après chloroformisation et lavage soigné de toute la région, on fait comme opération préalable, et sans aucun incident, la circoncision suivant le procédé ordinaire.

Puis le chirurgien pratique, en avant du scrotum à la base de la verge et dans une direction parallèle à celle-ci, une incision longue d'environ 5 centimètres. Après la section de la peau, on entend nettement le grincement produit par le bistouri, qui entame le tissu cicatriciel. On ne parvient pas à découvrir le canal de l'urèthre. L'incision est prolongée de 3, 4 centimètres vers l'extrémité de la verge, et après des recherches quelque peu laborieuses, l'extrémité centrale du canal est trouvée. Une sonde y est introduite immédiatement et pénètre très aisément dans la vessie. On passe alors au bout périphérique, M. Guermonprez introduit une sonde métallique dans le méat et la fait maintenir en place, pendant qu'à l'aide du bistouri, il incise les tissus jusqu'à arriver sur le bec de la sonde. On arrive ainsi à trouver le bout périphérique du canal. Toute la portion calleuse (environ 3 centimètres) est extirpée, puis une sonde en caoutchouc rouge flexible est placée dans toute la longueur du canal de l'urèthre, dont les deux extrémités sont amenées et maintenues en contact à l'aide de deux points de suture au catgut : ces sutures sont superficielles et n'intéressent pas la muqueuse uréthrale. On avait pu voir très nettement, pendant ce temps opératoire, le petit pertuis dorsal, qui livrait passage à l'urine, et dont l'orifice cutané, trop étroit pour admettre le passage d'un stylet, se serait probablement fermé à bref délai.

Deux ligatures au catgut sont nécessaires pour deux petites artérioles qui continuent à donner malgré la forcipressure et la torsion.

On pratique ensuite un grand et dernier lavage au sublimé, puis les sutures cutanées sont faites au crin de Florence.

Comme pansement, application de simples compresses trempées dans la solution normale de sublimé (1/1000). La sonde sera laissée à demeure pendant quatre jours, c'est-à-dire jusqu'au 4 septembre.

Puis, on se borne à la passer de temps en temps, en vue de s'assurer de la perméabilité du canal. Dès les premiers jours, l'urine s'écoule presque totalement par le méat; il en sort de moins en moins par une petite fistule répondant à l'espace qui sépare deux points de suture voisins.

D'ailleurs, l'état général est toujours resté très satisfaisant.

Cette opération de M. D. Mollière est encore peu connue, rarement pratiquée et cependant d'une grande utilité. Il est à souhaiter que de nouveaux faits soient publiés et viennent appuyer l'innovation hardie de l'habile chirurgien lyonnais.

Dans le cas particulier, c'est incontestablement l'uréthroplastie qui était l'opération de choix; elle ne s'est compliquée d'aucun accident primitif, et les suites ont été vraiment faciles et simples.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 octobre 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

COMMUNICATIONS

Anévrysme poplité guéri par la compression. — M. Hermann (de Mulhouse). Il s'agit d'un homme de quarante et un ans qui ressentit, à l'occasion d'un effort, une vive douleur dans le creux poplité. Bientôt apparut une tumeur présentant tous les signes d'un anévrysme diffus.

La compression, d'après la méthode de Reid, fut appliquée trois fois dans la même semaine, mais sans résultat. M. Hermann fit alors la compression digitale, qui fut mal supportée, ce qui n'empêcha pas ce chirurgien de recommencer quelques jours après. Mais il se produisit, quarante-huit heures après la dernière séance de compression, une embolie pulmonaire. Le malade résista à cette complication. M. Hermann se décida en principe à pratiquer la ligature au-dessus de l'anévrysme. Mais, auparavant, il tenta une dernière fois la compression. Une amélioration survint, et enfin la guérison fut obtenue grâce à cette méthode de douceur.

Au cours du traitement, on avait constaté que la paralysie atteignait les extenseurs et les fléchisseurs du pied et de la jambe. Les fléchisseurs se contractent maintenant, mais la paralysie des extenseurs subsiste toujours.

Les accidents qui ont été observés sont-ils dus à la tumeur anévrysmatique ou au traitement qui a été suivi? M. Hermann est tenté d'incriminer la méthode de Reid.

M. Reclus est du même avis. Il insiste sur les dangers des moyens de douceur (compression, etc.), appliqués à la cure des anévrysmes (1).

M. Peyrot ne se rallie pas à l'opinion de M. Reclus. Il a observé des accidents du même genre qui sont imputables à la tumeur elle-même.

Sur une variété rare de péri-arthrite du genou ou inflammation de la bourse séreuse située sous le tendon rotulien. — M. Terrillon. L'affection n'est pas nouvelle. Gosselin en a fait mention, dès l'année 1873. Dans un article de Spillmann, inséré dans le *Dictionnaire Dechambre*, on trouvera aussi quelques mots sur cette inflammation péri-articulaire.

Voici ce que l'on observe : une déformation du genou et, en y regardant de plus près, une saillie de chaque côté du tendon rotulien, plus marquée pendant la flexion. Cette tuméfaction, bien limitée, n'est pas réductible et ne présente pas une fluctuation bien nette.

La température locale est plus élevée.

Les malades éprouvent de la difficulté dans la marche et on remarque parfois un léger degré de contracture des muscles fléchisseurs. Il existe assez souvent un certain degré d'atrophie musculaire.

Cette affection est souvent spontanée. Dans certains cas, il faut faire intervenir un traumatisme. Parfois la diathèse rhumatismale a été notée dans les antécédents des malades. Ces lésions atteignent des sujets dont l'âge varie de quinze à vingt ans. Le plus souvent, la péri-arthrite du genou est bilatérale.

Dans d'autres circonstances, il existe une collection sanguine dans la bourse séreuse située au-dessous du tendon rotulien. L'hématome succède à un traumatisme, le plus ordinairement à une chute sur le genou, et s'accompagne d'une ecchymose de la peau.

La marche de l'affection est lente et chronique. Le traitement n'a qu'une action très restreinte sur ces lésions. Le repos donne lieu à une amélioration, mais non à une guérison. Pendant trois ou quatre ans, les malades sont exposés à des poussées inflammatoires du côté du genou. Le diagnostic avec l'arthrite est facile, quand on est prévenu de la possibilité d'une erreur.

Le gonflement siège exactement au-dessous et de chaque côté du tendon rotulien. La forme, la disposition de la tuméfaction et l'intégrité de l'articulation du genou suffisent pour faire un diagnostic. Mais les lésions peuvent coexister. Sous l'influence d'une même cause, le gonflement peut se produire aux dépens de la bourse séreuse et de la grande synoviale du genou. L'épanchement articulaire disparaît dans ces cas, mais les altérations de la bourse séreuse persistent. Le pronostic est variable. La maladie est longue dans son évolution. Il faut éviter l'impotence du membre.

Le traitement est celui des péri-arthrites en général. Tandis que l'arthrite nécessite un repos absolu de la jointure, la péri-arthrite guérit mieux sous l'influence des mouvements gradués et du massage.

M. Nicaise. Autour de l'articulation du genou, on peut observer : 1° des inflammations localisées dans la bourse séreuse que l'on trouve en arrière du tendon rotulien (il s'agit le plus sou-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1002.

vent de blennorrhagie); 2° de l'ostéite avec séquestre au niveau de la tubérosité sur laquelle s'insère le ligament rotulien; 3° des lésions qui se développent aux dépens de la boule graisseuse située derrière le ligament rotulien. Ces altérations dans le tissu cellulo-graisseux peuvent être dues à la propagation de l'inflammation articulaire.

M. Lancereaux croit qu'on ne les observe que dans l'arthrite blennorrhagique. M. Nicaise pense que les infiltrations fibro-plastiques dans ce tissu graisseux se rencontrent indifféremment dans toutes les arthrites chroniques.

La description de M. Terrillon ne répond pas à l'une de ces localisations des inflammations péri-articulaires. M. Nicaise ne saisit pas bien ce qu'a voulu dire M. Terrillon.

M. DESPRÉS. M. Terrillon n'est pas autorisé à placer la tuméfaction qu'il a observée dans une bourse séreuse. Aucune autopsie ne vient à l'appui de cette hypothèse.

Au contraire, M. Després a remarqué, chez des sujets de quinze à vingt ans, une affection inflammatoire de l'os, au niveau de l'insertion du ligament rotulien. Cette affection, qui est symétrique, donne lieu à un gonflement de chaque côté du ligament rotulien. L'épine du tibia devient grosse comme une amande. Il existe de la douleur et, plus tard, l'atrophie musculaire apparaît. Il s'agit d'une inflammation juxta-épiphysaire qui peut se propager dans l'articulation du genou. Ces hypertrophies osseuses sont nommées *suros* par les médecins-vétérinaires.

M. TILLAUX. La communication de M. Terrillon peut induire en erreur. En effet, il ne faut pas confondre le tendon rotulien qui s'insère à la rotule et le ligament rotulien qui s'attache au tibia. Sous le tendon rotulien, se trouve une bourse séreuse parfois séparée de la synoviale du genou (d'où possibilité d'hygroma, etc.). Au-dessous du ligament rotulien, on rencontre du tissu cellulo-graisseux et une autre bourse séreuse.

M. Terrillon localise les lésions dans cette dernière bourse séreuse. Il ne faut donc pas dire « inflammation de la bourse séreuse située sous le *tendon* rotulien », mais « inflammation dans la séreuse située sous le *ligament* rotulien ».

La dénomination de péri-arthrite ne semble pas très justifiée. Pourquoi n'appellerait-on pas aussi péri-arthrite, l'hygroma qu'on rencontre parfois au-devant de la rotule?

M. TERRIER a observé quelquefois une inflammation de l'articulation du genou coexistant avec un épanchement dans la bourse séreuse située sous le ligament rotulien.

M. TERRILLON. La boule graisseuse, dont a parlé M. Nicaise, ne peut être séparée nettement de la bourse séreuse. Quant à l'inflammation osseuse signalée par M. Després, elle ne peut être confondue avec les inflammations localisées dans les séreuses péri-articulaires.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Fractures et luxation. — M. CHAUVEL présente un malade atteint de fracture bi-malléolaire, avec fracture et luxation de l'astragale. La marche est difficile et une opération s'impose. M. Tillaux pratiquerait une résection pour mettre le pied à angle droit. M. Peyrot ferait la résection linéaire du tibia et du péroné. M. Terrier est d'avis d'ouvrir l'articulation, de réséquer, de gratter l'articulation, de créer une arthrodèse.

Suture tendineuse. — M. SCHWARTZ montre un malade auquel il a pratiqué une suture tendineuse, d'une façon spéciale. Il a ait un collier de catgut à chaque extrémité du tendon, et il a relié les deux colliers à l'aide d'un fil de soie. Cette opération a réussi.

M. TILLAUX. La réunion immédiate des deux bouts d'un tendon divisé s'observe rarement. Le plus souvent, les deux bouts du tendon adhèrent à la peau, et c'est par l'intermédiaire de la peau que la réunion se fait et que, par suite, la continuité du tendon se rétablit. Ce n'est pas une vraie réunion immédiate. Le malade de M. Schwartz entre dans cette catégorie.

M. SCHWARTZ reconnaît qu'il y a adhérence à la peau, mais, en même temps, continuité entre le bout supérieur et le bout inférieur du tendon. L'adhérence à la peau est déjà moins marquée maintenant et l'opéré se sert mieux de son tendon.

Cancer du rectum. — M. ROUTIER présente un cancer du rectum qu'il a enlevé par la voie sacrée, d'après la méthode de Kraske (1). Il a conservé le sphincter qui est efficace. Il a réséqué le coccyx et une petite partie du sacrum.

M. TERRIER pense qu'on peut arriver jusqu'à l'S iliaque, sans réséquer le sacrum.

M. POZZI rappelle que M. Verneuil a réséqué le coccyx pour agir sur le rectum.

M. ROUTIER. L'opération de M. Verneuil, la rectotomie linéaire, n'est pas celle de Kraske.

M. POZZI. C'est vrai. Mais M. Verneuil, il y a longtemps, a utilisé la résection du coccyx dans les cas d'imperforation chez les enfants, afin d'atteindre l'ampoule rectale.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les difformes et les malades dans l'art (2), par J.-M. CHARCOT et Paul RICHER.

Dans un récent voyage que M. Charcot fit à Venise, il fut vivement frappé de retrouver, dans un mascaron grotesque de l'église Santa-Maria Formosa, tous les caractères d'une déformation morbide parfaitement définie et dont, peu de jours auparavant, il avait montré quelques types remarquables à ses cliniques de la Salpêtrière.

Tel a été le point de départ des recherches que MM. Charcot et Richer ont entreprises sur la reproduction artistique des maladies et des difformités.

Il semble étrange, au premier abord, que les artistes aient ainsi reproduit et copié plus ou moins servilement les difformités humaines, et l'on croirait volontiers que cette invasion de la pathologie dans l'art a été chose rare, voire même exceptionnelle. Il n'en est rien, on n'a, pour s'en convaincre, qu'à parcourir l'œuvre si intéressante que nous analysons : les documents abondent et se présentent en foule.

D'ailleurs « dans la représentation du corps humain, il est des lois que l'artiste ne saurait enfreindre, des limites que sa fantaisie ne saurait dépasser. L'anatomie est une science qui prête à l'artiste un concours nécessaire pour la création de ses plus belles conceptions. Mais, dans les déviations, la nature n'obéit-elle pas à des lois? Suffit-il pour faire un bossu de lui courber la colonne, un bancal de lui tordre le pied, un nain de lui rapetisser la taille? »

Les artistes ont, de tout temps, senti cette nécessité d'allier au culte du beau la recherche scrupuleuse de la nature. De là l'introduction dans les arts plastiques d'un nouvel élément de critique, qui relève spécialement de la science médicale. C'est à cette œuvre de critique que se livrent aujourd'hui MM. Charcot et Richer. Leur travail est divisé en une série de chapitres que nous passerons rapidement en revue.

Les *grotesques*, qui sembleraient n'être que le résultat d'une simple fantaisie artistique, ne sont, dans certains cas, que la reproduction exacte ou quelque peu exagérée, d'une lésion spasmodique ou paralytique de la face dont le type fondamental a été conservé, avec ses principaux caractères. C'est bien souvent dans ce triste champ des infirmités humaines que la caricature est allée chercher ses éléments et ses moyens de provoquer le rire; et, la forme allongée, étirée, fuyante et bossuée du crâne des crétins et des idiots a servi fréquemment de modèle aux reproductions caricaturales.

Les *nains* et les *bouffons*, attachés aux cours royales, étaient des

---

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 26.

(2) In-4°, avec planches. Prix : 15 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

rachitiques, des imbéciles ou des crétins. Le véritable nain sans difformité saillante avec des proportions à peu près régulières, est chose rare. Il n'en existerait peut-être qu'un ou deux exemples.

Le dieu Bes et le dieu Phtah, des Égyptiens, sont des types parfaits de nains rachitiques. Le portrait d'Ésope nous le montre comme la reproduction exacte d'un mal de Pott dorso-lombaire. En passant en revue l'intéressant chapitre que MM. Charcot et Richer consacrent aux nains et aux bouffons, on peut répéter, avec M. Lancereaux, que le nanisme est toujours une monstruosité ou une malformation.

Les *infirmes* et les *mutilés* n'ont été le sujet, dans l'art antique, que d'un très petit nombre de représentations. On y trouve cependant la preuve de l'usage des appareils de fracture chirurgicale, dès le IVe siècle avant l'ère chrétienne. La célèbre mosaïque gallo-romaine de la cathédrale de Lescar, montre un personnage dont la jambe droite, privée de pied, est repliée et s'appuie sur la fourche d'une jambe de bois.

Les miracles ont fourni à l'art chrétien maintes occasions de mettre en scène des infirmes de tous genres : boiteux, aveugles, culs-de-jatte, mutilés. On retrouve des représentations exactes de pieds bots, mains botes, etc.; dans une fresque de Florence, on trouve reproduit fidèlement un membre supérieur dans l'attitude si caractéristique de la *paralysie du nerf radial*.

Les *syphilitiques* ont été représentés dans deux documents artistiques qui remontent au XVe siècle. Le tableau de Mathias Grünewald, constitue un des documents les plus précieux sur ce que la maladie a été à son apparition primitive, lors de la grande épidémie de vérole qui a ravagé l'Europe vers la fin du XVe siècle.

Les *lépreux*, les *pestiférés*, les *malades*, en général, ont été maintes fois reproduits.

L'antiquité n'a représenté que rarement et discrètement la *mort*, sans figurer jamais les ravages qu'elle laisse derrière elle, cherchant, au contraire, à parer de nouveaux charmes la dépouille d'un être chéri et transfigurant le cadavre. A l'époque de la Renaissance, l'art aborde résolument la funèbre réalité et la représente d'une main sûre et inexorable, souvent même il se complaît dans la peinture de ses répugnantes et inévitables conséquences, la pourriture et la putréfaction.

Les dernières pages du livre de MM. Charcot et Richer s'étendent avec intérêt sur ces reproductions si variées et si saisissantes des mourants et des morts.

Nous nous sommes bornés à jeter un coup d'œil rapide sur les principaux chapitres de cet ouvrage, nous abstenant d'en faire l'éloge. C'est, qu'en effet, pour ceux qui connaissent l'École de la Salpêtrière, les deux noms associés de MM. Charcot et Richer suffisaient pour nous dire ce qu'était cette œuvre et ce qu'elle valait. La lecture en est captivante; on y reconnaît le résultat d'études approfondies, servies par un réel talent d'observation, et la mise en œuvre de qualités artistiques et littéraires de premier ordre. On se laisse guider sous le charme de la description, séduit par le style élégant et facile, par ces reproductions nombreuses des tableaux ou des sculptures antiques, et l'on ne peut s'empêcher de constater, en terminant, que dans la splendide édition de cet ouvrage, rien n'a été négligé pour plaire, et qu'on a su y réunir l'utile et l'agréable.

Nouveau traitement chirurgical des maladies inflammatoires des reins et des uretères chez la femme (1), par M. SCHERWOOD DUNN.

Lorsque le rein, le bassinet ou l'uretère sont chroniquement enflammés chez la femme, il existe une opération chirurgicale recommandable, qui s'adresse à ces affections des voies urinaires supérieures. Cette opération, moins grave que la néphrotomie ou la néphrectomie, a été désignée sous le nom de : *kolpo-urétérocystotomie*, par Bozeman qui a particulièrement étudié ce mode de traitement. Suivant Scherwood Dunn, cette fistule artificielle, faite à l'un des angles du trigone vésical, permet d'irriguer le rein, de prévenir les accumulations de pus ou d'urine décomposée qui séjournent dans le bassinet. On peut même, grâce à cette fistule, dilater l'uretère, et favoriser ainsi l'élimination des calculs rénaux. De plus, ce drainage de la vessie, de l'uretère, et du rein donne aux organes un repos physiologique essentiellement favorable à la disparition des phénomènes phlegmasiques. D'ailleurs, comparée aux opérations qu'elle a pour but de suppléer, l'urétéro-cystotomie est essentiellement bénigne, elle peut se faire même dans le cas de rein unique, elle permet le traitement de la cystite, qui accompagne presque constamment la pyélo-néphrite, et très rapidement, par la suppression de la douleur et la cessation de la rétention purulente, elle améliore la santé générale.

Il ne faut pas croire que cette fistule artificiellement établie soit aussi difficile à fermer qu'on a bien voulu le dire. La suture boutonnée que recommande Bozeman, en pareil cas, permet de venir à bout de cette fistule, lorsque le chirurgien désire l'oblitérer.

On voit, par ces quelques lignes, quel est l'objet du travail de Scherwood; je ne sache pas que cette opération ait encore été pratiquée en France. Nous devons donc nous borner à signaler ce procédé nouveau de traitement des urétéro-pyélo-néphrites chez la femme, sans pouvoir apprécier sa valeur. On trouvera, d'ailleurs, dans le travail que nous analysons, tout les détails de technique opératoire indispensables à connaître au chirurgien qui voudrait exécuter cette opération nouvelle.

A. RICARD.

(1) Gr. in-8o. Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La composition écrite du concours de l'internat a eu lieu, aujourd'hui lundi 21 octobre, à midi.

Le jury était composé de MM. Alphonse Guérin, président; Dejerine, Moutard-Martin, Hallopeau, Reynier, Schwartz et Bonnaire. — Les candidats étaient au nombre de 386.

Le sujet, qui a été tiré, était : « Muqueuse utérine; Diagnostic différentiel des métrorrhagies. »

La lecture des copies commencera vendredi prochain à 4 h. 15, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

— Le jury du concours pour la médaille d'or de l'Internat (médecine) est arrêté de la manière suivante :

MM. Cornil, Pozzi, Hervieux, Debove et Gombault (de Beaujon).

— Par décret, en date du 18 octobre 1889, M. le docteur Grosset, ancien médecin-auxiliaire de la marine, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin de deuxième classe.

— Par décret, en date du 19 octobre 1889 :

M. Granel, agrégé, est nommé professeur de botanique et histoire naturelle médicales à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Imbert, agrégé, est nommé professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Courchet, agrégé, est nommé professeur d'histoire naturelle des médicaments et botanique, à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

M. Held, agrégé, est nommé professeur de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Nancy.

M. Dépéret, docteur ès sciences, est nommé professeur de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Lyon.

M. Lignier, docteur ès sciences, est nommé professeur de botanique à la Faculté des sciences de Caen.

M. Wallerant, docteur ès sciences, est nommé professeur de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Rennes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Claudat (de Tismes), Combeau (de Fourchambault), Dassen

(de Bidache), Haghe et Colle, médecins aides-majors de première classe, Philippe (de Saint-Mandé), ancien médecin principal des armées en retraite.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel des travaux pratiques, pour l'année scolaire 1889-1890, est composé comme suit :

Travaux pratiques de physique : MM. Weiss, agrégé, chef des travaux; Sandoz et Mergier, préparateurs.

Travaux pratiques de chimie : MM. Hanriot, chef des travaux; Monange, préparateur; de Thierry, Grolous et Bourault, préparateurs-adjoints.

Travaux pratiques d'histoire naturelle : MM. Faguet, chef des travaux; Artault, Blondel et Meurisse, préparateurs.

Travaux pratiques d'histologie : MM. Rémy, chef des travaux; Variot, chef adjoint des travaux; Chatellier, préparateur; Launois, Girode, Pilliet, Binot, Legrand et Moreau, aides-préparateurs.

Travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Brault, chef des travaux; Chantemesse, Toupet, préparateurs; Widal, Guinon, Nicolle, Parmentier, Legry, moniteurs.

— *École pratique.* — Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du mercredi 13 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures.

Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. — Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

B. — Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et troisième années : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

C. — Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite dans l'ordre suivant :

1° Élèves obligés, deuxième et troisième années (suivant la date de la prise de l'inscription trimestrielle : cinquième ou neuvième).

2° Élèves non obligés et docteurs (suivant la date de leur inscription à l'École pratique).

Des lettres de convocation seront adressées au domicile des élèves.

Le personnel des travaux de dissection est composé comme suit :

M. P. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques;

M. Hartmann, prosecteur, au caveau.

Débutants. — Pavillon II : prosecteur, M. Thiéry; aides d'anatomie, MM. Chipault, *Reblaud* et *Brodier*.

Pavillon IV : prosecteur, M. Potherat; aides d'anatomie, MM. Regnauld, Mordret et *Faure-Miller*.

Pavillon VI : prosecteur, M. Delbet; aides d'anatomie, MM. Dagron, Pfender et Noguez.

Pavillon VIII : prosecteur, M. Villemin; aides d'anatomie, MM. Isch-Wall, N... et N...

Vétérans. — Pavillon I : prosecteur, M. Lejars; aides d'anatomie, MM. Chevalier, Calot et Arnould.

Pavillon III : prosecteur, M. Rieffel; aides d'anatomie, MM. Delagenière, Mauclaire et N...

Pavillon V : prosecteur, M. Legueu (prosecteur provisoire); aides d'anatomie, MM. Faure, Rogues de Fursac et Jonnesco.

Pavillon VII : prosecteur, M. N...; aides d'anatomie, MM. N... N... et N...

M. Delahousse, chef du matériel.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

99

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait, est le meilleur pour les enfants en bas âge** : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

62

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut n°s 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

23

LES BONBONS DE FER DIASTASÉ
du Dr V. BAUD

CONTIENNENT 1 CENTIGR. 1/2 DE CITRATE DE FER.

Le nouveau mode de préparation que nous appliquons au **Fer,** accroît beaucoup son efficacité curative et fait disparaître les actions locales irritantes de sa forme chimique, en lui substituant une loi de la nature, qui le rend plus apte à exercer sans troubles son action digestive et d'assimilation.

Notre méthode consiste à provoquer un mouvement de germination dans la graine de cresson; à obtenir qu'elle absorbe et assimile une solution médicamenteuse titrée. Pendant ce travail vital, elle développe une abondante diastase, principe de la salive et de la digestion.

Reste à dragéifier ces graines en évitant de compromettre les principes diastasiques, et, selon l'expression du savant **Bouchardat,** le malade peut avaler son médicament dans son laboratoire. (*Voir la brochure*).
Paris, 22 et 19, r. Drouot.

Dr V. Baud

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, cicatrisant, hygiénique.

Purifie l'air chargé de miasmes. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Précieux pour les soins intimes du corps.
Exiger Timbre de l'Etat. — Toutes pharmacies.

41

PASTILLES DE DETHAN
AU SEL DE BERTHOLET (chlorate de potasse)

Contre les maux de gorge, angines, extinction de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.
DETHAN, r. Baudin, 23, Paris, et t^tes pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT
PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).
Ph^ie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD
VIN DE BAYARD

Phtisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Éch. f^o.)

25

PURGATIF GÉRAUDEL

au CONVOLVULUS OFFICINALIS

LAXATIF — RAFRAICHISSANT
TONIQUE — DIGESTIF

EMPLOYÉ AVEC SUCCÈS

CONTRE

les Glaires, la Bile, les Aigreurs
le Manque d'appétit
et les Impuretés du Sang
la Constipation, les Maux de tête
la Migraine et toutes les
Maladies des Voies digestives

Le problème que nous avons cherché à résoudre était de trouver un produit commode, agréable, bien dosé, efficace, et en même temps non susceptible d'irriter l'estomac et les intestins.

Après de longues et patientes recherches, nous avons la certitude d'avoir résolu ce problème.

Le purgatif hygiénique que nous offrons avec confiance au public, sous le nom de **Purgatif Géraudel,** est exclusivement composé de substances végétales.

Nous lui avons donné la forme de tablettes, ce qui nous a permis de le doser exactement, d'en faciliter l'emploi, et de le rendre aussi agréable qu'efficace.

Les principes qui nous ont guidés dans la préparation et la composition de notre **Purgatif Géraudel** sont les mêmes que ceux qui nous ont servi de base dans la préparation de nos pastilles de goudron dites *Pastilles Géraudel*, auxquelles le public a fait un accueil sans précédent.

Cherchant à supprimer le danger qui existe pour l'estomac d'être en contact immédiat avec des substances qui l'irritent et le fatiguent, nous sommes parvenu, à l'aide de procédés et d'appareils spéciaux, à incorporer des produits purgatifs d'une pureté irréprochable dans des tablettes qui se dissolvent facilement dans la salive avec laquelle elles forment une *émulsion purgative* d'une efficacité aussi certaine qu'inoffensive pour les muqueuses de l'estomac et de l'intestin.

On prend une seule tablette à la fois, le matin à jeun, un quart d'heure avant le déjeuner; et, si cela est nécessaire, une autre le soir, en se couchant.

Il faut les sucer, c'est-à-dire les laisser fondre dans la salive, avant de les avaler.

Si l'on voulait obtenir un effet purgatif plus grand, on peut, sans inconvénient, suivant le tempérament de la personne, doubler ou tripler et même quadrupler la dose dans le même jour.

Pour purger les enfants de six à douze ans, une ou deux tablettes, prises le matin à jeun, suffisent.

On peut manger après avoir pris nos tablettes, et vaquer à ses occupations comme d'habitude.

VENTE

GROS : chez l'inventeur A. GÉRAUDEL, pharmacien à Sainte-Ménehould (Marne)

DÉTAIL : *Dans toutes les Pharmacies de France et de l'Etranger.*

Prix en France : **1** fr. **50** la Boîte de 18 Tablettes.

ENVOI D'ÉCHANTILLONS GRATUITS
à MM. les Médecins qui désireraient expérimenter le **Purgatif Géraudel.**

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

99

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)
LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre
l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.
La boîte de 20 cachets à 0,25 c^gr. ... 2 *fr.*
Ph^ien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

54

ALBUMINATE DE FER
LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES.
Spécifique des troubles de la menstruation.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies.

34

PIN D'AUTRICHE DE J. MACK

ESSENCE : contre maladies de la Gorge, — Angines, — Croup, — Coqueluche, — Asthme.
EXTRAIT : (*Bain antirhumatismal de Mack*) contre Rhumatisme chronique et Goutte.
SOLUTION : pour frictions antirhumatismales et pour vaporisations antiseptiques.
CELLULES : contre Toux opiniâtre, Oppression, Bronchite chronique, Engorgements pulmonaires; et contre Rhumatismes, Goutte, Maladies des reins et de la vessie.
SIROP ET PATE : contre Rhumes, Toux, Coqueluche, Bronchite chronique et Phthisie naissante.

Dépôt général : Ph^ie TALLON, 49, avenue d'Antin, Paris, et toutes pharmacies. — Envoi gratis et franco d'échantillons à MM. les Docteurs, sur demande adressée au Dépôt général.

Joseph Mack

33

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100^g.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE . . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour ne pas interrompre la publication du Congrès de chirurgie, nous avons, la semaine dernière, réservé la séance de l'Académie de médecine. Nous donnons, aujourd'hui, les comptes rendus des séances des 15 et 22 octobre. Cette dernière, du reste, s'est bornée à une observation, au sujet du procès-verbal, car le président, en annonçant la mort de M. Ricord, ancien président de l'Académie, a, suivant l'usage, levé la séance en signe de deuil.

Les intéressantes communications de MM. Proust, Albert Robin, Berger et Tripier disparaissent, en ce moment, devant le grand deuil de la famille médicale. Ce n'est pas le moment de retracer la vie et l'œuvre de l'éminent chef d'école. Les corps savants diront quelle a été l'action de M. Ricord sur les études auxquelles il avait consacré sa vie. Mais chacun, aujourd'hui, est tout aux regrets que laisse cette grande personnalité qui n'eut d'égale à sa valeur scientifique que son inépuisable bonté.

Les obsèques de M. le docteur Ricord auront lieu samedi, à midi, en l'église Saint-Sulpice. L'inhumation aura lieu au Père-Lachaise.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Ostéo-arthrite du poignet. — II. Anus iliaque et pneumonie latente. — III. Anus iliaque et tuberculose pulmonaire. — IV. Des diverses variétés de grenouillette, leur traitement.

Avant de vous parler de l'opération que je vais pratiquer à la fin de ma leçon, je voudrais vous dire quelques mots de deux malades que je viens de perdre ces jours-ci.

I. Le premier, — chez lui, la terminaison fatale était prévue depuis un certain temps déjà — était entré pour une ostéo-arthrite tuberculeuse du poignet droit, compliquée d'une tuberculose pulmonaire, très avancée déjà lorsqu'il est entré à l'hôpital. Ses viscères étaient en si mauvais état que nous ne pouvions pas songer un seul instant à une intervention chirurgicale grave, et nous dûmes nous borner à appliquer un appareil plâtré immobilisant. Cet appareil amena un soulagement notable, lorsque, il y a quinze jours, cet homme fut pris d'hémoptysies très abondantes. Son état s'aggrava très rapidement et la mort est survenue.

Aussi, je m'applaudis de n'avoir tenté aucune opération, chez cet individu. Si, au contraire, son état général n'avait présenté aucune contre-indication opératoire, je serais certainement intervenu, chez lui, en pratiquant la résection osseuse.

II. Le second malade que j'ai perdu, récemment aussi, est un garçon auquel j'avais fait un anus iliaque. Il est mort sans avoir présenté le plus petit accident morbide du côté de l'abdomen. De plus, l'autopsie m'a montré un péritoine parfaitement sain, des adhérences très peu étendues, il est vrai, mais très suffisantes néanmoins pour appliquer convenablement l'intestin à l'orifice anal artificiel. Par contre, nous avons trouvé un foie très gras et, du côté des organes de la respiration, une pneumonie massive de tout le poumon droit, pneumonie qui, pendant la vie, ne s'était révélée par aucun phénomène appréciable, sans point de côté, même sans toux.

Cet homme est mort, en réalité, ou mieux s'est éteint succombant à une pneumonie latente, à une hépatisation grise de forme rare et contre laquelle aucun traitement n'était possible.

Le résultat opératoire avait été excellent, et le malade serait encore de ce monde n'était la maladie survenue dans un viscère éloigné du siège de l'opération.

III. Nous avons craint, en ce moment même, de perdre encore un de nos malades et, pour ainsi dire, dans les mêmes conditions. C'est un homme auquel nous avons dû créer un anus artificiel, pour un cancer borné primitivement au rectum, qui peu à peu s'est étendu, gagnant l'S iliaque.

Lorsque cet homme est arrivé à l'hôpital, il était très amaigri, véritablement cachectique et toussait beaucoup. L'examen, d'ailleurs, que nous fîmes des organes de la respiration, nous fit reconnaître l'existence d'une tuberculose pulmonaire absolument incontestable : les deux sommets

étaient ramollis et parsemés de cavernes. De sorte que nous devons nous attendre à le voir succomber, plus ou moins prochainement, à quelque nouvelle poussée tuberculeuse.

Quand je l'ai opéré, les selles étaient devenues extrêmement difficiles, pour ne pas dire impossibles, cependant, l'anus artificiel ne donna issue qu'à quelques gaz pendant les premiers jours. C'est seulement le quatrième jour qu'il rendit quelques matières sous la forme d'une sorte de mastic stercoral d'une teinte jaune pâle analogue à celle des matières ictériques, et dont quelques-unes étaient disposées sous forme de marrons d'un volume énorme. Dès que cette sorte de débâcle fécale s'est produite, il est sorti une quantité vraiment incroyable de matières liquides. Enfin, l'engorgement stercoral était tel dans le cæcum que j'ai craint, à un moment donné, qu'il ne survînt de la péritonite.

Eh bien! cet homme, chez lequel les suites opératoires, proprement dites, ont été très bonnes, va succomber très probablement dans un délai rapproché, non pas à une affection de l'abdomen, mais par le poumon, comme le précédent malade.

Ce dernier fait, s'il n'était presque une exception, viendrait à l'encontre de cette proposition que j'ai adoptée depuis longtemps, à savoir qu'il y a incompatibilité entre la tuberculose et le cancer, en général. Cette proposition, je la maintiens comme vraie, mais non comme absolue, en ce sens qu'elle souffre quelques exceptions, d'ailleurs très rares, mais faciles à expliquer.

Quand, par hasard, on rencontre les deux affections sur le même sujet, il est bien nécessaire de s'enquérir de la date de début de chacune d'elles. Ainsi, j'ai rencontré deux ou trois cas de cancer du sein chez des femmes parvenues à l'âge mûr, et qui portaient au cou les traces indélébiles d'une adénite scrofuleuse remontant, comme début, à l'enfance. Ce n'est que bien plus tard que le cancer avait fait son apparition.

Mais je n'ai pas encore vu — et ceci en prouve l'extrême rareté — je n'ai pas encore vu un phthisique ou un scrofuleux, en puissance, être atteint de cancer. Par contre, lorsque je constate la coïncidence des deux affections, je vois toujours le néoplasme débuter, la tuberculose venir ensuite. Et cela s'explique; si les néoplasiques sont, comme les arthritiques, de très mauvais terrains pour le développement de la tuberculose, par contre, la cachexie qu'entraîne le néoplasme est un sol éminemment propice à son développement et même à son développement rapide.

C'est ainsi que nous voyons fréquemment des diabétiques, très vigoureux pendant un certain temps, être envahis par la tuberculose, dès que leur vigueur disparaît et qu'ils commencent à maigrir. La maigreur est, dans ce cas, la manifestation de la gravité de leur état et, dès lors, la tuberculose ne tarde pas à les envahir. Chez les cancéreux que la tuberculose atteint à un moment donné, il s'agit, presque toujours, de cancer viscéral.

Ainsi, chez notre malade, à propos duquel j'ai discuté cette question, le cancer a débuté par le rectum. Depuis longtemps, depuis plusieurs années certainement, il souffre de ses intestins, de sorte qu'en réalité ses fonctions digestives pâtissent, et c'est à la suite de ces troubles fonctionnels de la digestion que la tuberculose s'est développée. Si, malgré l'état général de cet homme, je suis intervenu par une opération sanglante, c'est en raison des souffrances qu'il endurait et de la menace d'une occlusion intestinale.

IV. L'opération que je vais pratiquer, aujourd'hui, est celle d'une grenouillette, c'est-à-dire d'une tumeur liquide du plancher de la bouche. Or, vous savez qu'il existe plusieurs variétés de tumeurs liquides :

1° Le type classique, qui n'est autre qu'un kyste développé dans un des follicules muqueux de la glande sublinguale, ou des petites glandes qui sont disséminées autour de celle-ci. C'est la grenouillette ordinaire dans laquelle le liquide ressemble à du blanc d'œuf.

2° La grenouillette résultant de la dilatation du canal de Wharton. Sur cent grenouillettes, en général, on n'en compte guère plus d'une ou deux reconnaissant cette dilatation pour cause. Quelques-unes d'entre elles sont congénitales ou bien sont dues à l'obstruction du canal par quelque calcul; d'où la dilatation de ce canal.

3° On a parlé de grenouillette dans la bourse séreuse de Fleischmann. Pour ma part, je n'en connais pas.

4° Il y a encore la grenouillette sanguine de Dolbeau qui n'est autre qu'une tumeur érectile du plancher de la bouche.

5° Nous avons aussi une variété décrite par Nélaton, c'est-à-dire une grenouillette médiane qui paraît se prolonger dans l'épaisseur de la langue. Elle est tapissée par un épithélium cylindre, pourvu parfois de cils vibratiles. Elle se développe dans le canal qui aboutit au trou borgne et se trouve dans le voisinage de l'os hyoïde.

6° Enfin, je citerai, en dernier lieu, la variété qui rentre dans le groupe des kystes dermoïdes.

Si j'ai tenu à vous présenter un aperçu rapide de ces diverses variétés, c'est qu'il y a un intérêt pratique véritable à les distinguer les unes des autres, au point de vue opératoire.

En effet, s'agit-il de quelque calcul du canal de Wharton, on incisera le canal de façon à donner issue au calcul et au liquide contenu au-dessus de lui, et la maladie guérit d'elle-même.

Si l'on a affaire à la grenouillette ordinaire — ce qui arrive 48 fois sur 50 — on ne la guérira qu'en détruisant complètement la paroi épithéliale de la tumeur, soit par l'extirpation de la poche (opération laborieuse qui présente, en plus, certains inconvénients), soit par les caustiques (chlorure de zinc ou beurre d'antimoine), mode opératoire qui donne les meilleurs résultats, en ayant soin d'atteindre le mal jusque dans ses prolongements.

Dans la grenouillette, décrite par Nélaton, on devra cautériser tout le trajet. Dans le cas de kyste dermoïde ayant un véritable derme, la seule opération à conseiller, c'est l'extirpation.

Un diagnostic exact est donc absolument nécessaire, vous le voyez, au point de vue d'une thérapeutique seule capable d'être suivie de succès.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. MAURIAC.

Diagnostic et pronostic des cérébro-syphiloses (1).

II

V. Jusqu'ici j'ai passé en revue les circonstances qui nous permettent de soupçonner et même d'affirmer l'origine syphilitique d'une cérébropathie quelconque. Pour aller du simple au compliqué, j'ai supposé que l'individu était sain

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1014.

et exempt de tout état constitutionnel autre que la syphilis. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, car l'existence de cette diathèse n'est point incompatible avec celle de beaucoup d'autres, qui elles-mêmes sont susceptibles de se déterminer sur le cerveau. La question du diagnostic devient dès lors beaucoup plus complexe, et, par conséquent, plus difficile à débrouiller.

A. Dans les premiers mois de l'infection généralisée, il se produit assez souvent, chez certains sujets, surtout chez les femmes, un état morbide qui, tout en dépendant de la syphilis, n'en est pas néanmoins une émanation directe. C'est une sorte de diathèse transitoire nervoso-anémique, si féconde en manifestations nerveuses, qu'elle pourrait faire croire à une détermination matérielle sur le cerveau. D'ordinaire, il n'en est rien; la perturbation passagère l'ébranle sans le léser et il sort indemne de l'orage qui s'est abattu sur lui. J'ai vu cependant des cas où on pouvait s'y tromper. Mais la modalité symptomatique est encore plus protéiforme alors que dans les cérébropathies à lésion fixe. Elle est plus vaporeuse; elle se traduit beaucoup moins par des paralysies localisées et durables, par des convulsions et par des troubles psychiques permanents, que par des douleurs névralgiques, des anesthésies ou analgésies, des défaillances momentanées et diffuses de la force musculaire, des spasmes, etc. Il y a là tout à la fois de la chlorose, de l'hystérie et de la syphilis, et la plupart du temps, la névropathie dépend beaucoup plus, en pareille occurrence, des deux premières que de la dernière.

B. La chlorose disparaît à mesure que s'efface la première impression violente de la syphilis sur un organisme qu'elle vient d'envahir. L'hystérie, au contraire, persiste si elle existait déjà; ou bien, étant née avec la syphilis et sous son influence, comme il advient fréquemment, elle l'accompagne dans les périodes ultérieures, et toutes les deux forment un terrain morbide où poussent, comme à souhait, les névropathies de toute sorte. C'est là un fait qu'il ne faut jamais perdre de vue dans la question qui nous occupe. Le diagnostic des cérébropathies syphilitiques est beaucoup plus difficile chez les femmes que chez les hommes. La pratique vous le prouvera maintes fois. L'hystérie est un facteur étiologique dont on doit, chez elles, tenir le plus grand compte, même dans les cas tranchés où son intervention ne paraît pas admissible. Et, même chez les hommes, n'en est-il pas ainsi quelquefois? J'ai observé plusieurs cas dans lesquels des hémiplégies, que j'avais prises au premier abord pour des hémiplégies syphilitiques, n'étaient autre chose que des hémiplégies hystériques. L'hystérie possède, dans ses manifestations musculaires, par exemple lorsqu'elles se produisent d'emblée sous le mode parésique ou paralytique, un grand nombre des attributs qui appartiennent à celles d'origine syphilitique. Ne sont-elles pas capricieusement distribuées, très circonscrites ou très diffuses, incomplètes, intermittentes ou rémittentes? De plus, ne s'accompagnent-elles pas quelquefois de troubles psychiques, d'embarras de la parole, d'aberrations visuelles, etc.? Sans doute. Mais tous ces caractères sont plus accentués, plus touffus, plus tumultueux, plus expansifs que dans les manifestations les plus incoordonnées des cérébropathies syphilitiques. C'est là un des principaux signes diagnostiques. Un autre d'une grande importance, c'est que les troubles de la sensibilité sous tous leurs modes sont infiniment plus communs et plus prononcés dans l'hystérie que dans la syphilis. Enfin, dans les cas les plus difficiles comme diagnostic, qui sont ceux à paralysies circonscrites et permanentes, sans autre manifestation névropathique, la fixité n'est pas aussi grande que dans les paralysies symptomatiques d'une cérébro-syphilose. On peut en opérer le transfert d'un côté sur l'autre, au moyen de l'aimant. J'en ai publié un exemple probant. Dans les névropathies hystériques, les fonctions psychiques sont moins profondément atteintes que dans les cérébropathies syphilitiques, sinon au début de l'attaque, du moins ultérieurement; car, tandis que les secondes conduisent presque fatalement à l'abrutissement, à la démence et à toutes les conséquences les plus désastreuses du ramollissement, dans l'hystérie l'entendement ne tombe jamais aussi bas, sort souvent indemne de ces crises de bizarrerie et d'incohérence plutôt que de dépression, et finit par reprendre pleine possession de lui-même.

C. Je ne ferai que signaler les affections générales accidentelles, les pyrexies, les fièvres éruptives, la diphthérie et la plupart des maladies graves, qui peuvent entraîner à leur suite des affections nerveuses variées, mais plus particulièrement des paralysies. Il est clair que, chez un syphilitique atteint d'une névropathie, il faudra tenir compte des antécédents plus ou moins éloignés qui se rapporteraient à l'une ou à l'autre de ces maladies aiguës. La plupart du temps l'embarras ne sera pas grand pour découvrir la vraie cause, et le traitement spécifique nous viendra en aide.

Mais les difficultés sont autrement sérieuses quand il s'agit de maladies diathésiques. Parmi elles, en effet, le rhumatisme et la goutte sont susceptibles de se déterminer, de même que la syphilis, sur les centres nerveux ou sur les nerfs, et d'y produire des affections nerveuses à peu près identiques, du moins comme symptômes. La scrofule s'y localise beaucoup moins dans la période moyenne de la vie ou au déclin de l'existence. Cependant les tubercules du cerveau et la méningite tuberculeuse qui en sont tributaires, pourraient être confondus quelquefois avec des gommes cérébrales et des méningopathies syphilitiques. Le diagnostic différentiel présente même alors les plus grandes difficultés, principalement quand il s'agit de tumeurs intracraniennes. La méningite tuberculeuse se distingue beaucoup plus aisément des méningites spécifiques, bien qu'il y ait entre elles une grande affinité phénoménale. Mais les secondes sont plus circonscrites et d'une richesse symptomatique infiniment moins grande et moins variée que la première.

De toutes les maladies constitutionnelles, l'arthritisme est celle que la syphilis a le plus de chances de rencontrer dans son long processus. N'avons-nous pas vu souvent leur conflit se produire sur la peau, sur les muqueuses, sur le système locomoteur, presque partout, et sous des formes symptomatiques à peu près semblables? Le système nerveux ne pouvait manquer d'être un théâtre commun pour les déterminations rhumatismales ou goutteuses, et c'est ce qui a lieu. Les premières s'effectuent principalement à la périphérie, sur les nerfs ou bien sur la partie spinale du névraxe. Les secondes pénètrent plus avant et donnent brusquement lieu à des apoplexies congestives, à des ramollissements, à des hémorrhagies du cerveau. Que ces événements pathologiques surviennent, avec leur grande variété de symptômes, chez des individus tout à la fois syphilitiques et arthritiques, comme on en rencontre un si grand nombre, quel ne sera pas votre embarras pour ratta-

cher chacun d'eux à sa véritable origine? Sans doute, il n'est pas malaisé, dans le discours, de noter entre eux quelques différences. Mais en est-il toujours ainsi quand on se trouve en face de la réalité? L'hyperesthésie ne se rencontre que très rarement comme manifestation syphilitique; elle est, au contraire, assez fréquente dans le rhumatisme. Les douleurs rhumatismales s'exaspèrent le matin et non pas au commencement de la nuit comme les douleurs ostéocopes. Sont-ce là des caractères différentiels d'une valeur incontestable? Peut-on se fonder sur eux pour déclarer qu'une névralgie, qu'une paralysie faciale, brachiale, oculaire, par exemple, est rhumatismale ou syphilitique? Les antécédents, les causes occasionnelles, la médication spécifique nous fournissent, en pareil cas, des éléments de diagnostic plus dignes de confiance que les phénomènes pris en eux-mêmes.

Pour la goutte, les difficultés du diagnostic sont encore plus grandes que pour le rhumatisme chez les sujets syphilitiques atteints d'une névropathie centrale ou périphérique. Il est vrai que ce n'est guère qu'à la dernière période de la vie que la goutte se détermine sur le système nerveux, tandis que les névrosyphiloses y sont rares à cette époque, et sont, au contraire, communes dans la jeunesse, surtout dans l'âge de maturité.

D. A ces deux diathèses et à la dernière principalement, se rattache encore cette grande altération du système artériel, si féconde en viscéropathies graves, l'artério-sclérose, qu'il ne faut jamais perdre de vue dans le diagnostic des cérébro-syphiloses. Les névropathies, et les cardiopathies qui en sont la conséquence, doivent toujours être présentes à l'esprit en pareille occurrence, quel que soit l'âge du sujet. S'il est vrai que l'artério-sclérose généralisée et celle qui est circonscrite aux artères cérébrales, d'où dérivent tant d'hémorrhagies et de ramollissements non inflammatoires, appartiennent surtout à la période moyenne de la vie et à la vieillesse, il n'en est pas moins certain qu'elles peuvent s'établir prématurément et donner lieu à des cérébropathies qu'on serait tenté de rattacher à la syphilis. Pourtant, elles lui sont étrangères.

L'artério-sclérose ordinaire, lorsqu'elle se produit prématurément chez des sujets qui sont syphilitiques ou qui le deviennent, rend très difficile le diagnostic de leur cérébropathie. Et ce qui l'obscurcit encore, c'est que l'artério-sclérose cérébrale d'ordre commun, tout aussi bien que celle qui est d'origine syphilitique, peut rester confinée dans la boîte cranienne et n'altérer en rien les artères accessibles à notre exploration, comme la temporale et la radiale. A quelles particularités se rattacher pour distinguer entre elles ces cérébropathies? Celles qui proviennent de la syphilis produisent peut-être une perturbation mentale plus considérable. Mais en est-il toujours ainsi? Assurément non. Au moment même où l'accident survient, le diagnostic de la cause est souvent impossible. Plus tard, le processus peut nous éclairer; il est presque spécifique dans les cérébro-syphiloses. L'examen approfondi du cœur, des gros vaisseaux, des veines, nous aidera aussi, de même qu'une analyse critique minutieuse des antécédents et de la filiation des phénomènes. La considération de l'âge est d'un grand poids, à la condition, toutefois, de ne pas oublier qu'il se compte moins par le nombre des années que par l'état du système artériel.

E. Les dyscrasies produites par les intoxications sont une grande source de perturbation pour le système nerveux central ou périphérique. Parmi elles vient en première ligne l'alcoolisme. Qu'on songe toujours à lui dans les névropathies des syphilitiques! Combien de fois ne complique-t-il pas le diagnostic! Sans doute il y a beaucoup de signes différentiels; mais, dans quelques paralysies périphériques, l'origine toxique ou infectieuse n'est pas toujours facile à déterminer. On ne peut formuler sur ce point, comme sur tant d'autres, aucune règle générale. En fait de diagnostic, dans ces cas morbides très complexes, le fait lui-même, avec toutes ses particularités qu'anime la vie, et qu'elle rend plus ou moins saisissantes, nous sera d'un bien plus grand secours que les considérations générales théoriques ou cliniques. *Consilium summendum est in arena*, est un aphorisme qui trouve à chaque instant son application dans le diagnostic des cérébro-syphiloses.

A propos d'elles, parmi les empoisonnements, un de ceux sur lesquels on discute le plus, c'est l'empoisonnement mercuriel. Quel est son rôle dans les méfaits de la syphilis sur le cerveau? Eh bien! sans rejeter complètement la possibilité des accidents nerveux causés par l'hydrargyre, il faut déclarer catégoriquement qu'ils sont très rares et se distinguent de ceux qui proviennent de la syphilis par les signes ordinaires de l'intoxication mercurielle du côté de la bouche et du tube digestif, par la prédominance du tremblement général sur les convulsions ou les paralysies, et par un processus des accidents qui est loin d'avoir la physionomie spéciale que présente celui de la syphilose cérébrale. Les autres intoxications, la saturnine, par exemple, produisent des névropathies trop caractéristiques pour qu'on la confonde avec celles de provenance syphilitique.

F. Je terminerai la question du diagnostic, en vous signalant les difficultés qu'on y rencontre, lorsque, chez un syphilitique en plein traitement mercuriel ou ioduré, surviennent quelques phénomènes nerveux à peine ébauchés ou fugaces, des vertiges, par exemple, un peu de faiblesse musculaire dans un membre, une difficulté momentanée de la parole, etc. Dépendent-ils d'une détermination syphilitique sur le cerveau? Sont-ils le résultat d'un trouble stomacal résultant de la médication? Faut-il suspendre l'usage des spécifiques ou le continuer? J'ai observé un grand nombre de cas où il était impossible de n'être pas fort perplexe à tous les points de vue. Ces cérébropathies *frustes* sont d'une interprétation fort délicate. On les observe aussi chez des syphilitiques de longue date, qui ont depuis longtemps cessé de se traiter. Dans ces cas incomplets, où chaque phénomène est une inquiétude et une menace plutôt qu'une réalité, on fixera son attention sur le fonctionnement de l'estomac et maintes fois on y trouvera le point de départ des accidents nerveux qu'on était tout d'abord tenté de rapporter à la syphilis.

BLÉPHAROPLASTIE

PAR LA MÉTHODE ITALIENNE MODIFIÉE.

Par M. Berger,

Chirurgien à l'hôpital Lariboisière.

Dans un travail récent, un auteur italien, Ceresto, en rapportant l'observation d'une jeune fille sur laquelle il avait obtenu la réparation de la paupière inférieure, au moyen d'un lambeau pédiculé emprunté au bras, donne son observation comme le premier exemple d'une opération de cette nature. Il y a dix ans,

j'ai fait la première application à la blépharoplastie de la méthode d'autoplastie de Tagliacozzi, modifiée par Carl Ferdinand Graefe ; mon opérée a été présentée à la Société de chirurgie, le 17 mars 1880. Voici deux malades sur lesquelles j'ai eu recours dernièrement à ce même procédé :

La première est une jeune fille qui avait un ectropion de la paupière inférieure gauche. Au mois d'août 1888, après avoir pratiqué la suture palpébrale, je restaurai la paupière inférieure au moyen d'un lambeau pédiculé pris au bras gauche. Le bras et l'avant-bras, relevés, furent fixés sur la tête au moyen d'un appareil assez semblable à celui qu'employait Tagliacozzi à la suite de ses rhinoplasties ; douze jours après l'opération, le pédicule du lambeau fut coupé, et le bras fut séparé de la tête. Pendant ces douze jours, l'immobilité et l'attitude forcée du membre n'avaient pas été trop pénibles. Le lambeau avait contracté des adhérences solides, il ne fut nullement altéré dans sa nutrition par la section de son pédicule. L'ouverture palpébrale fut rétablie au bout d'un an ; l'ectropion cicatriciel ne se reproduisit pas.

La seconde malade présentait un ectropion total de la paupière inférieure et l'œil, constamment découvert, était menacé de se perdre. Le 23 juillet dernier, je libérai ce qui restait de la conjonctive et du cartilage tarse, je les suturai à la paupière supérieure et recouvris la paupière inférieure d'un grand lambeau pédiculé pris au bras gauche. Le lambeau autoplastique, transporté sur la face, vit parfaitement et l'œil est recouvert par un voile palpébral qui le protège : une fenêtre pratiquée vers le grand angle de l'œil, dans la ligne de réunion des paupières, permet à la vision de se faire.

Ce procédé de blépharoplastie présente, sur ceux où les lambeaux autoplastiques sont pris à la face, l'avantage de ne pas créer, en cette région, de nouvelles pertes de substance et de nouvelles cicatrices ; même, s'il échoue, il n'aggrave pas les difformités existantes. Il doit être préféré aux autres modes de blépharoplastie, en cas d'ectropion total. Son exécution est néanmoins laborieuse et demande à être préparée avec soin ; l'attitude forcée et prolongée qu'il faut infliger à l'opérée est pénible, mais ces inconvénients, dont on vient à bout avec des soins, sont largement compensés par les grands avantages qu'elle présente, soit qu'il s'agisse de faire disparaître une difformité choquante, soit qu'il faille protéger le globe oculaire menacé d'une perte prochaine par son exposition constante à l'air.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action physiologique de la thalline et de ses contre-indications thérapeutiques.

Par M. Albert Robin, médecin des hôpitaux de Paris.

Je soutiens depuis longtemps cette thèse que la connaissance des effets d'un médicament sur les échanges organiques permet de pressentir, d'une manière à peu près certaine, ses indications thérapeutiques et aussi ses contre-indications.

Cette méthode d'étude des médicaments donne à leur emploi un caractère de quasi-certitude dont j'ai déjà fourni à l'Académie plusieurs exemples, en lui communiquant mes recherches sur la valeur thérapeutique de l'acide phénique et de l'antipyrine.

L'acide phénique a été appliqué au traitement de la fièvre typhoïde à cause de sa double propriété d'antithermique et d'antiseptique. Puis sa faveur est tombée, après une lutte de statistique où il figurait avec désavantage. Si l'on avait connu, avant d'employer l'acide phénique, ses propriétés déminéralisantes agissant dans le même sens que la maladie et soustrayant à l'organisme des éléments d'histogenèse, le soufre et la potasse, il est peu probable que l'on eût fondé tant d'espérances sur sa valeur thérapeutique dans la fièvre typhoïde.

L'antipyrine a été considérée comme un antipyrétique, jusqu'au moment où M. Germain Sée et moi-même démontrions, par des procédés différents, qu'elle doit être distraite du groupe des vrais antipyrétiques et supprimée dans le traitement des pyrexies. Son action sur les échanges m'a prouvé jusqu'à l'évidence qu'elle est un dépresseur de l'activité nerveuse, qu'il y aura nécessité de l'employer quand on aura besoin de modérer l'excitabilité nerveuse, mais qu'on devra la proscrire toutes les fois qu'on aura lieu de craindre la dépression nerveuse.

Ces deux exemples, dont la clinique a vérifié l'exactitude, démontrent qu'en étudiant, à l'aide de cette méthode, les agents médicamenteux nouvellement introduits dans la médecine, on arriverait d'emblée à régulariser leur emploi et à éviter, dans une certaine mesure, les tâtonnements du passé.

Malheureusement, ce genre de recherches est long et difficile ; il comporte de nombreuses causes d'erreurs, qu'il n'est pas toujours facile d'éviter ; aussi la clinique a-t-elle souvent établi le bilan du médicament avant que l'expérimentation physiologique n'ait dit son dernier mot.

C'est peut-être le cas de la thalline, dont le succès va chaque jour décroissant et qui n'est plus guère employée en France. Mais, à l'étranger, elle jouit encore d'un reste de notoriété ; L. Ruetimeyer et Steffen, entre autres, la vantent dans la fièvre typhoïde, et le premier de ces auteurs déclare que, en ce qui touche la durée de la fièvre et la mortalité, il n'y a pas grande différence entre la thallinisation et l'hydrothérapie, ce qui équivaut à dire que la thalline est un excellent moyen de traitement de la dothiénentérie.

Aussi ne me semble-t-il pas inutile de communiquer à l'Académie le résumé de mes recherches sur l'action physiologique de la thalline, puisque ces recherches permettent d'établir, aussi exactement que possible, ce que l'on est en droit d'attendre de ce médicament.

Et, pour ne pas fatiguer l'attention de mes collègues par le détail des expériences et l'énumération des chiffres (1), je me bornerai à exposer mes conclusions :

La thalline diminue la désassimilation totale ; elle abaisse particulièrement la désassimilation des matières albuminoïdes envisagées en général.

Elle active la désassimilation des organes riches en soufre, et cette influence persiste après la cessation du médicament.

Les organes riches en phosphore (système nerveux, globules rouges) subissent aussi une destruction plus accentuée, mais celle-ci ne survit pas à l'action du médicament.

La thalline augmente l'oxydation des produits azotés, sulfurés et phosphorés de la désassimilation.

Elle diminue l'excrétion de l'acide urique, sans diminuer sa formation.

Son action retardatrice sur les fermentations intestinales est insignifiante et très fugace.

Par conséquent :

1° La thalline est un poison des globules rouges du sang, du système nerveux et, en général, des tissus riches en soufre et en phosphore ;

2° Son action antiseptique intra-organique est insignifiante et passagère.

Cette action physiologique a pour immédiat corollaire les conclusions thérapeutiques suivantes :

1° Comme les propriétés antipyrétiques de la thalline sont liées à ses effets toxiques sur le système nerveux et sur les globules rouges du sang, le médicament n'est qu'un faux et dangereux antipyrétique qui doit être proscrit du traitement des fièvres ;

2° Sa propriété retardatrice de l'élimination de l'acide urique l'interdit dans l'immense groupe des affections dites urémiques, par conséquent dans le plus grand nombre des arthritiques et dans la plupart des néphrites ;

(1) L'étude complète de l'action de la thalline sur les échanges paraitra dans le prochain numéro des *Archives de physiologie normale et pathologique* de Brown-Séquard.

3° Son emploi prolongé doit fatalement conduire à l'anémie et provoquer, à la longue, une déchéance nerveuse plus ou moins accentuée ;

4° Par conséquent, l'étude des effets de la thalline sur la nutrition ne laisse guère pressentir que des contre-indications à son usage en thérapeutique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 octobre 1889. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre du ministre de l'Intérieur, invitant l'Académie à dresser un formulaire des médicaments et produits pharmaceutiques peu coûteux, dont l'usage, purement facultatif, se recommanderait aux médecins des établissements hospitaliers pour l'intérêt bien entendu des malades ;

2° Le compte rendu des épidémies observées, en 1888, dans le département de la Manche.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des rapports d'inspection du service des enfants assistés et de la protection du premier âge dans la Drôme en 1889, par M. Burlet ;

2° Une brochure sur le traitement et la curabilité de la méningite, par M. Blanquinque, présentée pour le prix Barbier ;

3° Un mémoire sur les eaux d'Enghien, par M. Japhet.

PRÉSENTATION

Eaux de Bucharest. — **M. BROUARDEL** présente un travail de MM. Petresco et Urbeano (de Bucharest) sur l'analyse chimique et microbiologique des eaux potables de la ville de Bucharest. Ce travail fait le plus grand honneur à leurs auteurs.

COMMUNICATION

Iodure de potassium. — **M. TRASBOT,** à l'occasion de la communication de M. Germain Sée, expose ses recherches faites sur l'action de l'iodure de potassium sur les animaux et conclut en disant que l'iodure de potassium paraît constituer un médicament précieux dans nombre de circonstances.

RAPPORT

Prix Alvarenga. — **M. ROBIN** lit un rapport sur le concours pour le prix Alvarenga, en 1889, Treize travaux ont été adressés. Deux semblent avoir attiré plus particulièrement l'attention de la Commission. Ce sont : 1° le « Traité de physiologie », par MM. Viault et Jolyet, professeurs à la Faculté de médecine de Bordeaux ; 2° le troisième volume du « Traité pratique des maladies des pays chauds », de M. Roux (Fernand), médecin de première classe de la marine et déjà lauréat de l'Académie.

Les conclusions du rapport sont réservées pour être discutées et votées en comité secret.

COMMUNICATIONS

De la thalline. — **M. ROBIN** expose ses recherches sur l'action physiologique de la thalline et ses contre-indications thérapeutiques. (Voir plus haut, p. 1013.)

Choléra. — **M. PROUST** signale l'apparition du choléra en Mésopotamie. Cette apparition remonte à trois mois environ, et le choléra se propage à la Perse.

Après être apparu au sud de Bagdad, le choléra a envahi cette ville le 14 août; la maladie y a pris un développement très intense et la mortalité a été très considérable.

Pendant le mois qui vient de s'écouler, le choléra a continué à s'étendre en éventail sur l'Euphrate et sur le Tigre, peut-être avec un peu moins de rapidité que dans sa première période, mais sans rien perdre de son intensité; il a actuellement gagné le golfe Persique et franchi la frontière turco-persane sur plusieurs points. Aujourd'hui, le sud de la Perse est envahi ; l'infection de Chuster a été surtout un fait grave, cette ville étant en communication fréquente avec les principaux centres.

On a annoncé, puis démenti, l'apparition du choléra à Recht. Cette ville, située sur la Caspienne, a été, à plusieurs reprises, le point d'arrivée et le lieu de passage d'épidémies cholériques venues de l'Hindoustan, de l'Afghanistan et de la Perse.

Si la ville de Recht était envahie, ce qui est à redouter, le choléra étant déjà à Kirmanshah et à Hamadan, la sauvegarde de l'Europe consistera uniquement dans les mesures que prendra la Russie sur la frontière persane.

L'administration sanitaire russe ne faillira pas à cette tâche et protégera l'Europe contre l'importation du choléra.

M. LARREY exprime le regret de l'absence momentanée de M. Tholozan. L'éminent médecin de S. M. le Shah de Perse, actuellement en congé à Paris, pourra donner de précieux renseignements sur la climatologie et l'épidémiologie de ces contrées, qu'il a habitées pendant une trentaine d'années.

LECTURES

Restauration des paupières. — **M. TRIPIER** (de Lyon) expose le procédé qu'il a employé sur un malade atteint de cancroïdes de la paupière inférieure. (Sera publié.)

Blépharoplastie par la méthode italienne modifiée. — **M. BERGER,** candidat à la place déclarée vacante dans la section de médecine opératoire, lit un mémoire sur deux nouvelles opérations de blépharoplastie. (Voir plus haut, p. 1012.)

COMITÉ SECRET

A quatre heures trente-cinq minutes, l'Académie se forme en comité secret afin de voter les conclusions du rapport de M. Albert Robin sur le concours pour le prix Alvarenga en 1889.

A quatre heures quarante minutes, la séance est levée.

Séance du 22 octobre 1889. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un mémoire « sur la pathologie des terminaisons nerveuses des muscles des animaux et de l'homme », par MM. Babès et Marinesco (de Bucharest) ;

2° Une note « sur l'iode comme médicament préventif, atténuant et curatif dans le traitement des affections bacillaires et infectieuses », par M. le docteur Mélicq (du Mans).

COMMUNICATION

La thalline. — **M. BROUARDEL,** à l'occasion du procès-verbal, fait observer que les conclusions de M. Robin (Voir plus haut, p. 1113) sont conformes à celles qu'il a obtenues avec M. Loye, en 1885.

La thalline, comme la kairine, détruit l'hémoglobine, elle est un poison des globules rouges et diminue la capacité respiratoire du sang.

MM. Brouardel et Loye ont, les premiers, mis les médecins en garde contre l'usage des sels de thalline. M. Albert Robin confirme ces premières recherches.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Ricord, ancien président de l'Académie, et lève la séance en signe de deuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 octobre 1889, le droit d'inscription dans les Facultés et dans les Écoles d'enseignement supérieur de l'État est acquitté par versements trimestriels de 30 francs.

Le droit de bibliothèque et le droit des travaux pratiques sont acquittés par quarts aux mêmes époques.

Les présentes dispositions sont exécutoires à dater du 1er novembre 1889.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Martin de Magny est chargé des fonctions de chef de clinique médicale, en remplacement de M. Auché, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Baumel, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1889-1890, d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants.

M. le docteur Lafon (Henri), est nommé chef de clinique des maladies mentales (emploi nouveau.)

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Parisot, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des vieillards.

M. Schmitt, agrégé, est chargé d'un cours de matière médicale et thérapeutique.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Planteau, agrégé, est nommé professeur d'anatomie pathologique à l'École de médecine d'Alger (chaire nouvelle).

M. le docteur Treille (Alcide) est nommé professeur des maladies des pays chauds (chaire nouvelle).

— M. le docteur Bard, médecin-adjoint, est nommé médecin-titulaire du lycée Ampère, à Lyon, en remplacement de M. le docteur Meynet, décédé.

M. le docteur Lannois, agrégé, est nommé médecin-adjoint, en remplacement de M. Bard.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Ducom (de Campagne).

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Giard, chargé du cours d'Évolution des êtres organisés (fondation de la Ville de Paris), commencera ce cours annexe le jeudi 7 novembre, à trois heures, dans l'amphithéâtre d'Histoire naturelle de la Sorbonne, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. Il traitera des facteurs de l'évolution : Influence des milieux, sélection naturelle, sélection sexuelle, ségrégation, etc.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

La guérison des maladies produites par l'abus de la morphine, traitées sous le double point de vue de la psychologie et de la médecine, par le docteur Constantin SCHMIDT. 1 volume in-12 de 102 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches sur l'influence des eaux de Marienbad sur la nutrition, la digestion et la circulation, faites dans les hôpitaux de Paris par le docteur Sigismond DOBIEZEWSKI, médecin aux eaux de Marienbad, etc. Brochure in-8° de 32 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 123. — SAMEDI 26 OCTOBRE 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 26 OCTOBRE 1889. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Microbie médicale.

Par M. le docteur THOINOT, ancien interne des hôpitaux.

Cette Revue doit être et sera d'un caractère tout élémentaire ; elle ne s'adresse ni aux microbiologistes, ni à tous ceux qui, depuis le commencement du grand mouvement qui a renouvelé les doctrines médicales, se sont constamment tenus au courant; elle ne s'adresse qu'à ceux qui, n'ayant guère eu jusqu'ici le temps de compulser la littérature microbique déjà si vaste, de parcourir les traités spéciaux plus ou moins développés, seraient heureux de rencontrer un aperçu de quelques pages, aperçu concis et simple, qui fixerait leurs idées, et leur donnerait une vue d'ensemble de la microbie médicale à l'heure actuelle. Tel est le but que nous chercherons à atteindre.

Passer en revue toutes les acquisitions de la microbie médicale serait inutile et fastidieux; bien des points sont en litige encore, qu'il vaut mieux passer sous silence. Nous parlerons seulement de ce qui peut être considéré comme définitivement acquis, de ce qu'il n'est plus permis d'ignorer.

I

CHARBON BACTÉRIDIEN. — L'homme n'est pas un milieu très favorable au développement du charbon bactéridien, et plus d'un médecin passera sa vie entière sans observer un seul cas de charbon humain, alors que cette maladie occupe et surtout occupait, en vétérinaire, une large place.

Il nous faut, cependant, traiter et traiter longuement de cette maladie, car elle est la maladie microbienne type; elle est celle qui fut la première bien caractérisée, celle dont la connaissance est aujourd'hui le plus avancée; à tous ces titres, et quel que soit son peu d'importance en médecine humaine, elle mérite une large mention dans cette Revue.

Chez l'homme, on le sait, la manifestation la plus ordinaire du charbon est la pustule maligne : ce qu'est la pustule maligne nous le dirons tout à l'heure; mais, en outre, on peut, quoique rarement, rencontrer deux autres formes de charbon : *charbon intestinal*, *charbon pulmonaire*; nous reviendrons sur tous ces points.

L'agent du charbon, c'est la *bactéridie*, que découvrit et baptisa, il y a déjà trente-huit ans, un illustre savant français : Davaine. La bactéridie a plusieurs aspects, suivant les milieux où elle vit, aspects qu'il est de la plus haute importance de connaître; elle se présente, en effet, sous les trois formes : *a.* de *baguette* ou de *bâtonnet*; *b.* de *filaments enchevêtrés*; *c.* de *corpuscules sphériques* ou *spores*.

a. La bactéridie est à l'état de *baguette*, de *bâtonnet*, dans le sang et les organes du sujet, *homme ou animal*, qui vient de succomber au charbon. Prenons une goutte du sang d'un animal charbonneux et portons-la sur le champ du microscope à un grossissement de 400 ou 500 diamètres. Que voyons-nous? « Des globules rouges, *plus ou moins agglutinés*, coulant comme une gelée un peu fluide, des globules blancs en nombre plus grand que dans le sang normal, et des *bâtonnets qui nagent dans le sérum limpide* » (Pasteur). Ces bâtonnets sont droits, flexibles, cylindriques, immobiles, homogènes comme du verre. Les uns paraissent constituer un bâtonnet unique, les autres sont formés de deux ou trois articles (rarement davantage), placés bout à bout, séparés par une scissure nette, l'adhérence des segments contigus ne se faisant plus que d'une façon lâche, et souvent par un des angles seulement. L'épaisseur des bâtonnets est d'environ 1 à 25 millièmes de millimètre (1).

Dans l'organisme de l'animal charbonneux, la bactéridie *ne se rencontre qu'à cet état de baguette* ou bâtonnet, dont nous venons de présenter la description.

b. Cultivons la bactéridie et nous allons voir apparaître un état nouveau, l'*état filamenteux*.

Un mot, d'abord, puisque l'occasion s'en présente, sur ce qu'il faut entendre par *culture* d'un microbe : cultiver un microbe, c'est le faire vivre dans des milieux artificiels, milieux divers, qui conviennent à son développement et où il vit et se multiplie abondamment.

Les milieux de culture sont très variés, et, pour ne prendre que ceux qui conviennent à la généralité des microbes pathogènes que nous passerons en revue, nous dirons que ces milieux sont : les *bouillons*, la *gélatine*, la *gélose*, la *pomme de terre*.

Le bouillon se fait de préférence avec les viandes de

(1) STRAUS. *Le charbon des animaux et de l'homme.*

veau, de poule et de bœuf; on additionne généralement la préparation de peptone, et toujours on y met quelques grammes de sel : il importe aussi que le bouillon soit neutre ou très légèrement alcalin. La gélatine, la gélose et la pomme de terre sont d'introduction plus récente, dans la technique des cultures, que le bouillon qui, avec l'urine stérilisée et neutralisée, constitua le premier milieu employé par M. Pasteur dans ses études sur le charbon, le choléra des pouls, le rouget, etc.

Le bouillon est un milieu de culture *liquide;* la gélatine, la gélose et la pomme de terre sont des milieux de culture *solides*. La gélatine et la gélose sont *transparentes*, la pomme de terre est *opaque*.

En ajoutant au bouillon de veau, de poule ou de bœuf salé et peptonisé, 5 à 10 p. 100 de gélatine fine du commerce, on obtient le milieu de culture dit *gélatine,* qui forme une belle gelée, d'un jaune ambré transparent.

La *gélatine* a l'inconvénient de fondre à une température peu élevée, à la température de 22 degrés et au delà. Or, pour aider à la multiplication, à la vie du microbe dans le milieu artificiel qu'on lui a préparé, il est souvent nécessaire d'exposer ce milieu à des températures de 30 à 40 degrés, dites températures d'étuve. La gélatine ne supporte pas ces températures : elle se liquéfie. La *gélose*, au contraire, supporte sans altération le séjour à l'étuve.

Remplacez dans le bouillon salé et peptonisé la gélatine par la gélose à dose de 1 gramme p. 100 de bouillon et vous aurez le milieu dit *gélose*, milieu assez semblable à la gélatine, quoique un peu inférieur en transparence (1).

La *pomme de terre,* cuite et coupée en tranches, se prête fort bien à la vie des microbes déposés à la surface de ses tranches.

Une condition absolue pour tous les milieux de culture, quels qu'ils soient, c'est d'être entièrement stériles, c'est-à-dire de ne pas contenir un seul germe avant leur ensemencement par le microbe qu'on veut y cultiver. Cette stérilisation, on la réalise par diverses méthodes dont la plus sûre (et c'est là, d'ailleurs, la méthode de désinfection la plus parfaite) est l'exposition à la vapeur humide sous pression à 115 degrés et au delà, pendant quinze à vingt minutes. L'instrument de cette stérilisation est l'autoclave de M. Chamberland.

Reprenons l'étude de la bactéridie et de ses divers aspects. Portons une goutte de sang charbonneux dans un bouillon de culture; la bactéridie va vivre et se développer dans ce milieu comme elle le faisait dans le sang, et cette vie s'accusera par le *trouble du bouillon.*

Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, prenons une goutte de ce bouillon trouble et examinons-la au microscope, avec un grossissement de 400 à 500 diamètres, nous verrons non plus des baguettes comme dans le sang, mais « des *filaments*, extrêmement longs, cylindriques, non ramifiés, ondulés, tordus quelquefois les uns sur les autres et enchevêtrés comme des paquets de cordes. Ces filaments paraissent homogènes dans toute leur longueur, sans trace de séparation transversale, sauf sur les points où il existe des ruptures » (Straus).

c. Attendons quelques jours encore et nous allons voir le troisième état, la *spore charbonneuse*, faire son apparition. A cette époque « beaucoup de filaments paraissent remplis de noyaux réfringents, un peu allongés; quelques-uns sont encore dans des filaments très nets, quelques autres forment des chaînes où on reconnaît la forme des filaments qui leur ont donné naissance, mais où le contour a disparu; d'autres, enfin, sont tout à fait libres et flottent dans le liquide. Ces noyaux sont les germes, les *spores* ou graines de la bactéridie » (Chamberland).

La *spore* joue, dans l'histoire du charbon bactéridien, un rôle capital. La spore, c'est la *graine* de la bactéridie, c'est elle qui conserve l'espèce, et la perpétue. La bactéridie, suivant en cela la règle commune aux microbes à forme allongée, aux *bacilles*, se reproduit de deux façons :

1° Par division, par scission;

2° Par graine, par spore.

Dans l'organisme de l'animal charbonneux, elle ne se reproduit que par scission, car, nous le répétons encore, elle n'existe dans les organismes charbonneux qu'à l'état de baguette.

Hors de l'organisme, dans les *cultures*, dans le *sol*, etc., elle se sporule, *quand elle a à sa disposition la quantité d'oxygène nécessaire*.

Or, la baguette, le bâtonnet charbonneux est peu résistant : la chaleur même au-dessous de 100 degrés, les agents atmosphériques, les agents chimiques en viennent vite à bout, la détruisent : elle est donc impropre à perpétuer l'espèce en raison de sa fragilité. La spore est d'une résistance considérable aux causes de destruction : il faut, en effet, la vapeur humide sous pression à 115 degrés pendant quelques minutes pour la détruire. Grâce à cette résistance elle vivra à l'état latent pendant des années; semblable au grain de blé qui attend pour recommencer son cycle vital d'être semé dans le champ, elle attendra d'être, par une voie ou une autre, portée dans un milieu favorable, l'organisme de l'homme ou des animaux, pour y reprendre sa vie, son cycle vital. Pénètre-t-elle dans ce milieu : aussitôt elle donne naissance à la baguette charbonnense; celle-ci se divise, etc., etc., et la multiplication, en série continue, donne naissance à ces millions de bactéridies qui finissent par avoir raison de la résistance du sujet envahi, par le tuer.

Le sujet meurt, et pour développer mieux l'exemple, admettons qu'il s'agisse d'un mouton. Il meurt et tout aussitôt son cadavre se ballonne; du sang sort par les naseaux, l'anus, etc. : ce sang se répand à terre, et là sous l'influence de l'oxygène de l'air, les bactéridies qu'il contenait en abondance donneront des spores. Ces spores seront les agents de la contagion : c'est en les avalant d'une manière ou d'une autre avec leurs aliments que les moutons du même troupeau prendront le charbon. Quant aux bactéridies demeurées dans le cadavre, elles se développeront encore par scission quelque temps, puis cesseront de se multiplier et de vivre quand elles auront épuisé tout l'oxygène libre.

Il y a, dans la contagion du charbon chez les animaux, des faits du plus haut intérêt, tous explicables, ainsi que l'a montré M. Pasteur, par la vitalité de la spore charbonneuse. Ces faits nous ne pouvons qu'y faire une allusion ici, renvoyant nos lecteurs soit aux notes de M. Pasteur, soit au livre de M. Chamberland : *Charbon et vaccination charbonneuse*, soit au livre de M. Straus auquel nous avons fait de si nombreux emprunts.

Un mot du charbon humain, de ses causes, de son diagnostic par le microscope et l'expérience.

(1) Le mot français « gélose » et le mot allemand « agar-agar » sont synonymes.

D'une façon générale, le charbon chez l'homme parcourt deux étapes :

a. Il est d'abord localisé en un point de l'économie, peau, intestin, poumon;

b. Il se généralise à la masse du sang, c'est-à-dire à tout l'organisme.

Cette marche en deux étapes : *accident local* et *généralisation*, est un fait *constant* dans l'histoire du charbon, quelle que soit l'espèce animale affectée, que la maladie soit d'origine naturelle ou déterminée par l'expérimentation.

Inoculons un cobaye à la cuisse avec du sang charbonneux ou quelques gouttes de culture; pendant de longues heures, nous ne constaterons qu'une seule chose : un gonflement œdémateux à l'endroit de l'inoculation. Puis, après dix ou quinze heures seulement, l'animal accusera sa souffrance, et la marche des choses se précipitera, dès lors, tellement qu'il sera enlevé en très peu de temps : c'est la période de généralisation qui aboutit à la mort; pendant toute cette période, et seulement alors, le sang se peuple de bactéridies de plus en plus nombreuses.

La *pustule maligne* est l'inoculation accidentelle à l'homme de la bactéridie charbonneuse : elle résulte d'une blessure, d'une piqûre, d'une excoriation de la peau chez les individus qui manient les cadavres charbonneux (vétérinaires, bergers, bouchers, équarisseurs) ou les peaux d'animaux morts du charbon (tanneurs, mégissiers).

Le *charbon intestinal* résulte de l'ingestion de substances souillées de bactéridies ou de spores charbonneuses (viandes charbonneuses, etc.).

Le *charbon pulmonaire* est une forme rare, observée chez les chiffonniers de Vienne et chez les trieurs de laine de Bradford, en Angleterre (Woolsorter's Disease); elle est évidemment le résultat de la pénétration, dans les voies respiratoires, de poussières chargées de spores charbonneuses.

La pustule maligne est de beaucoup la plus ordinaire de ces trois formes. Pendant longtemps la lésion reste locale; si elle n'est détruite par les agents appropriés, la masse sanguine est envahie et le sujet meurt de cette généralisation.

Le diagnostic du charbon humain, en dehors des signes cliniques et dans les cas douteux, se juge en dernier ressort par deux procédés.

1° L'examen au microscope. Il n'est pas besoin de forts grossissements, ni d'instruments des plus perfectionnés pour apercevoir la bactéridie charbonneuse, la *baguette*, dans les produits de l'organisme charbonneux. Un grossissement de 400 à 500 diamètres, sans éclairage spécial, suffit. La baguette charbonneuse, immobile, réfringente, est, entre toutes, facile à reconnaître. Si vous doutez, si l'examen a été négatif ou peu probant, inoculez un cobaye : c'est le véritable réactif expérimental du charbon.

2° Le cobaye sera inoculé à la cuisse ou en tout autre endroit avec le produit suspect de charbon; en vingt-quatre ou quarante-huit heures, le cobaye succombera, si le produit était charbonneux. Il succombera avec un *œdème gélatineux* très marqué au point d'inoculation, une rate tuméfiée, diffluente, rouge; un foie vivement congestionné, des poumons et des reins hyperhémiés, et le sang sera rempli de baguettes charbonneuses qu'un rapide et facile examen mettra en évidence.

II

Tuberculose. — La tuberculose est le produit, chez l'homme et les animaux, d'un bacille spécial récemment découvert par le savant allemand R. Koch (1882) : communément, le bacille de la tuberculose est désigné sous le nom de bacille de Koch.

Le bacille de Koch est d'une extrême finesse ; il ne saurait être vu, comme la bactéridie charbonneuse, avec un grossissement de 400 ou 500 diamètres, sans éclairage spécial ; il ne saurait être vu qu'à l'aide de la coloration.

La *coloration* des microbes (c'est là une digression nécessaire, et que, chemin faisant, nous devons traiter ici comme nous avons traité de la culture des microbes, à propos de la bactéridie charbonneuse) a rendu les plus grands services à la science de la microbie, pour laquelle elle a été un véritable progrès.

Il existe actuellement deux procédés d'examen des microbes : l'un consiste à les étudier sous le microscope, tels quels, provenant de l'organisme ou des cultures, sans leur avoir fait subir aucune modification. Les microbes se présentent alors comme des points ronds (*microcoques*) ou sous l'aspect de baguettes plus ou moins longues, plus ou moins épaisses (*bactéries*, *bacilles*), toujours transparents, et tantôt mobiles d'un mouvement propre, tantôt immobiles. Ce mode d'examen est précieux ; nous voyons le microbe *au naturel*, et nous constatons ses mouvements. Mais, par malheur, ce procédé ne peut convenir qu'à la recherche de microbes d'une certaine dimension ; les plus petits échappent à cet examen. Pour les voir, il faut les colorer.

Les cellules microbiennes ont la curieuse propriété de présenter une grande affinité pour les couleurs d'aniline, de se teindre au contact d'un bain colorant préparé avec ces couleurs d'aniline. Les plus usitées parmi lesdites couleurs sont le *bleu* (bleu de méthylène), le *violet*, le *rouge* (fuchsine). D'une façon générale et sommaire, voici comment se fait une préparation colorée de microbes. Le produit à examiner (admettons pour la facilité de la démonstration qu'il s'agit d'une culture) est étalé sur une lamelle ; cette lamelle est séchée au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool ou au moyen de toute autre source de chaleur. La lamelle séchée est alors plongée dans le bain colorant qui se compose ordinairement, dans les cas simples, d'eau additionnée de quelques gouttes d'une solution alcoolique de la matière colorante d'aniline choisie (bleue, rouge ou violette).

La lamelle est laissée quelques minutes dans ce bain colorant, lavée à grande eau pour entraîner l'excès de matière colorante et enfin séchée. La lamelle est alors prête pour l'examen, qui peut se faire à des grossissements différents, allant jusqu'à 1 000 diamètres et plus (*objectifs à immersion*), et, ordinairement, il est nécessaire d'employer un mode d'éclairage spécial de la préparation, dit éclairage Abbe, perfectionnement que les nécessités des examens microbiques ont fait apporter à la construction des microscopes. Sur des préparations ainsi faites, les microbes apparaissent vivement teints de la couleur choisie, alors que le fond est également coloré, mais d'une façon beaucoup moins intense : la coloration des microbes, en tranchant nettement, en permet une étude facile et saisissante.

Le bacille de Koch, nous le disions plus haut, est de ceux qui ne peuvent être vus et examinés que colorés ; et ici, intervient même un caractère tout spécial, qu'il ne faut pas ignorer, car il est capital en l'espèce. Le bacille de Koch se

teint mal par les procédés simples, dont nous donnons un exemple ci-dessus. Il exige des procédés spéciaux, dont un surtout est classique, car il est caractéristique dudit bacille : ce procédé, dit de Koch-Ehrlich, ne colore que le bacille de Koch et aussi le bacille de la lèpre.

Voici l'exécution générale de ce procédé bien connu des microbiologistes. On fait un bain colorant qui comprend neuf parties d'eau d'aniline, une partie d'alcool absolu et une partie d'une solution alcoolique saturée de violet ou de rouge d'aniline. La lamelle, chargée du produit tuberculeux, est plongée dans ce bain pendant un temps variable, qui est très abrégé si l'on porte le bain colorant à l'ébullition. La lamelle retirée du bain colorant est passée, c'est là le point essentiel, dans une solution qui comprend dix parties d'alcool et une partie d'acide nitrique. C'est une solution altérante au plus haut degré, et qui décolore tous les microbes connus, à l'exception du bacille de Koch et du bacille de Hansen (bacille de la lèpre). La lamelle est alors lavée à l'eau, séchée et examinée. Les bacilles de Koch apparaissent teints en rouge ou en violet, suivant la couleur du bain, sur un fond entièrement décoloré. Tel est le procédé de Koch-Ehrlich qui, nous le répétons, ne colore que les bacilles de la tuberculose et de la lèpre, et est, par cela même, caractéristique, ou à peu près, du bacille de Koch.

Examiné sur une préparation ainsi colorée, le bacille de la tuberculose apparaît aux grossissements de 800 à 1000 diamètres, et sous l'éclairage Abbe, comme un fin bâtonnet, délicat, beaucoup plus long que large.

Où se trouve le bacille de Koch chez le tuberculeux? Dans les lésions tuberculeuses, et là seulement. Nous avons vu tout à l'heure, dans le charbon, la bactéridie peupler le sang et tout l'organisme. Il n'en est pas de même dans la tuberculose : le bacille se localise aux lésions tuberculeuses qui, à vrai dire, ne sont autre chose, en somme, que des foyers, des nids de bacilles de Koch.

C'est là qu'il faut chercher le bacille dans les autopsies ; c'est là qu'il faut le chercher pendant la vie, pour avoir le diagnostic absolu de la nature de la lésion.

De toutes les formes de tuberculose, la plus fréquente est, sans contredit, la tuberculose pulmonaire chronique : le poumon, où se sont logés, en quantité innombrable, les bacilles de la tuberculose, à la façon de parasites, est détruit peu à peu, se creuse de cavernes, et les débris du poumon sont rejetés par les crachats. Ces débris, on les cherchait autrefois avec grand soin, au microscope, dans les crachats des phthisiques ; ce qu'on cherche aujourd'hui dans ces crachats, c'est le bacille de Koch qui est rejeté en abondance, avec les débris du poumon qu'il a ulcéré. Cette recherche n'est pas bien difficile ; nous en avons exposé la technique ; elle est aujourd'hui pratiquée dans tous les cas douteux, car elle seule peut éclairer le diagnostic d'une façon absolue : quand on a trouvé le bacille de Koch dans un crachat, dans un produit pathologique quelconque, on peut affirmer la tuberculose chez le sujet qui a fourni le crachat ou le produit pathologique.

Parfois, cependant, le produit est vraiment tuberculeux, et l'examen au microscope ne donne rien. Dans ces cas, il reste une autre ressource précieuse pour lever les doutes : cette ressource, c'est l'*inoculation au cobaye*. Le cobaye qui, spontanément, n'est pour ainsi dire jamais tuberculeux, est le meilleur réactif expérimental de la tuberculose ; l'inoculation d'un produit tuberculeux confère sûrement la tuberculose au cobaye. Inoculez un de ces petits animaux à la cuisse, ou mieux dans la cavité péritonéale, avec un produit tuberculeux, crachat ou autre ; l'animal maigrira de jour en jour, et mourra avec des lésions tuberculeuses abdominales, marquées surtout aux ganglions et à la rate.

Le bacille de Koch est d'une culture très difficile, et qui exige des procédés spéciaux. Koch essaya vainement de le cultiver dans la gélatine, sur la pomme de terre, la gélose ; toutes les tentatives qu'il fit pour obtenir une culture, suivant les procédés habituels, du bacille qu'il avait découvert, échouèrent absolument. Il eut alors l'idée d'essayer de faire vivre son bacille sur du *sérum sanguin*, recueilli sur un chien ou tout autre animal, et gélatinisé, c'est-à-dire solidifié par la chaleur. Ce procédé réussit, mais ne donna point du bacille de la tuberculose une culture très satisfaisante. C'est à deux de nos compatriotes, deux microbiologistes éminents, que revient le mérite d'avoir réussi la culture du bacille de Koch. Il a suffi à MM. Nocard et Roux d'ajouter, aux milieux ordinaires dont nous avons parlé (bouillons, gélose) et au sérum sanguin, de la glycérine en certaine quantité, pour obtenir un milieu tout à fait propice au développement du bacille de Koch.

III

Fièvre typhoïde. — C'est au savant allemand Eberth que revient l'honneur de la découverte du bacille de la fièvre typhoïde. Un autre savant allemand, Gaffky, a donné de ce bacille une histoire à peu près complète. En France, M. le docteur Chantemesse et son collaborateur M. Widal ont consacré au *bacille d'Éberth* un excellent mémoire.

Le bacille de la fièvre typhoïde n'a pas l'extrême finesse du bacille de la tuberculose. Il est possible de l'examiner à des grossissements moins forts ; il est possible de l'examiner sans coloration. Dans les préparations fraîches, c'est-à-dire non colorées, le bacille d'Éberth, petit bâtonnet long de 2 à 3 millièmes de millimètre, environ trois fois plus long que large, présente une mobilité toute particulière. « Le bacille d'Éberth, disent MM. Chantemesse et Widal, est non seulement mobile dans le champ du microscope, mais encore il présente un mouvement d'oscillation sur lui-même, tout particulier. C'est une secousse de vibration pour les petits bacilles, de reptation pour les formes allongées. »

Le bacille de la fièvre typhoïde se colore facilement par les procédés simples décrits plus haut.

Le bacille de la fièvre typhoïde se localise dans l'économie du typhique, de la façon suivante : il n'existe jamais dans le sang ; il existe, en revanche, constamment dans la rate, le foie, les ganglions mésentériques, et les plaques de Peyer ; on le trouve encore accessoirement, mais non toujours, dans le muscle cardiaque, le poumon, les méninges, le testicule.

La présence constante du bacille typhique, dans la rate des sujets morts pendant l'évolution de la maladie, a inspiré à quelques microbiologistes l'idée de le rechercher sur le vivant : le succès est assuré dès le dixième jour. La peau du sujet est désinfectée avec soin par un savonnage minutieux, un lavage au sublimé, puis à l'alcool. On enfonce, en pleine matité splénique, un petit trocart à fin canal, bien désinfecté, et on sème aussitôt, dans les milieux voulus, le produit retiré de la rate par ponction. Cette pratique, faite suivant les règles de l'antisepsie, est absolument inoffen-

sive, et on conçoit, qu'à la rigueur, elle puisse, dans certains cas douteux, être un moyen de diagnostic.

Les doctrines actuelles sur l'étiologie de la fièvre typhoïde nous enseignent que la maladie se transmet par les matières fécales, que celles-ci sont le véhicule de la maladie, le véhicule, par conséquent, du *germe* typhique, du bacille d'Éberth aujourd'hui. C'est ordinairement, 80 fois sur 100 sans exagération, l'eau de boisson polluée par les matières fécales typhiques, qui transmet la maladie aux individus sains : la fièvre typhoïde est une maladie dont les voies digestives sont la porte d'entrée.

Les travaux des microbiologistes ont apporté à ces doctrines, établies depuis longtemps très fortement sur l'observation des épidémies, un appui solide. Le bacille typhique existe, en effet, dans la diarrhée typhique ; il existe dans les eaux des localités ou des maisons en proie à une épidémie typhique...

Un mot sur les méthodes qui permettent de déceler cet infiniment petit dans les eaux, a sa place marquée ici, d'autant que ce nous sera une occasion de faire connaître au lecteur la *méthode des cultures sur gélatine en plaque*, qui permet de rechercher le bacille d'Éberth dans les eaux.

Prendre une goutte de l'eau suspecte et l'examiner au microscope, avec ou sans l'aide de la coloration, serait faire une besogne fort inutile. Dans une goutte d'eau impure, il y a des centaines de germes divers, au milieu desquels il ne serait guère possible de reconnaître le bacille d'Éberth pour lequel nous ne possédons pas, comme pour le bacille de Koch, une méthode de coloration distinctive, une méthode d'élection.

Grâce à R. Koch, nous avons une méthode excellente pour séparer de tous les autres et caractériser dans les eaux suspectes, le microbe de la fièvre typhoïde. Cette méthode, c'est la *méthode des cultures sur gélatine en plaque* dont voici les dispositions générales. Les applications de cette méthode sont multiples : les énoncer toutes ne peut rentrer dans notre cadre : le lecteur connaîtra la méthode dans son ensemble et dans son esprit, et c'est le principal.

Prenons une goutte d'une eau suspecte, d'une eau dont l'ingestion a donné naissance à une épidémie de fièvre typhoïde, et semons une goutte de cette eau dans un tube de gélatine bien stérile et préalablement liquéfiée à une température douce. Cette goutte contient de grandes quantités de microbes divers au nombre desquels on peut imaginer que figure au moins un bacille d'Éberth. Par l'agitation, répartissons bien tous ces microbes dans notre gélatine liquide, puis tout aussitôt versons cette gélatine sur une plaque de verre stérilisée. La gélatine se répartira sur cette plaque, entraînant avec elle tous les microbes de la goutte d'eau que nous y avons semée. Mais, au contact de la plaque froide, la gélatine va bientôt se solidifier, et chacun des microbes qu'elle contient sera fixé sur la plaque, en un point d'où il ne saurait bouger. Trouvant dans la gélatine nutritive les éléments de vie et de multiplication nécessaires, chaque microbe va *pousser* sur place, et bientôt le *nid* d'individus semblables auxquels il aura donné naissance, la *colonie microbienne*, pour employer le langage technique, apparaîtra sur la gélatine étalée et solide sous forme d'un point blanc, jaune, etc.

Il s'agit maintenant de reconnaître sur la plaque, au milieu des autres colonies, la colonie du bacille d'Éberth. Or, il se trouve que les amas de certains microbes poussant ainsi en nid, en colonie, sur une plaque de gélatine étalée, prennent des formes spéciales, des apparences d'élection, des apparences caractéristiques. Cela ne se voit pas à l'œil nu, mais au microscope, à un très faible grossissement de quelques diamètres seulement. Le bacille d'Éberth est heureusement parmi ces microbes à colonie distinctive. Examinée au microscope, la colonie du bacille d'Éberth sur gélatine étalée apparaît avec un contour irrégulier, découpé comme les côtes d'une île. Ces colonies « paraissent parcourues dans toute leur étendue par des sillons plus ou moins marqués. Souvent leur surface est plus tourmentée encore, et toute la colonie semble formée de circonvolutions d'intestin grêle enroulées sur elles-mêmes. La combinaison de ces deux aspects, jointe à la coloration brillante de l'ensemble, donne quelquefois à la colonie l'aspect d'une montagne de glace » (Chantemesse et Widal). C'est par ces procédés de la séparation sur gélatine en plaques, que le bacille d'Éberth a pu être décelé dans mainte eau potable, en temps d'épidémie typhique. Mais qu'on ne s'y trompe pas : rechercher le bacille d'Éberth dans les eaux, est toujours une opération délicate, souvent fort longue, car plus d'une goutte d'eau, à moins qu'il n'y ait des myriades de ces bacilles, peut être exempte de bacilles d'Éberth. En cas de réussite, on a un argument de plus, et des meilleurs, en faveur de l'origine aqueuse d'une épidémie ; en cas d'échec, on ne saurait conclure que le bacille n'existe pas dans l'eau examinée, mais on peut dire seulement qu'on ne l'y a pas trouvé, distinction capitale, et qui semble trop souvent ignorée.

IV

Choléra asiatique. — Ici encore c'est le nom de R. Koch qu'il faut inscrire en tête de l'article : c'est ce savant allemand qui a tracé l'histoire microbiologique du choléra asiatique.

Le bacille découvert par R. Koch est connu sous le nom de *komma-bacille*, *bacille virgule*, ce qui peint une de ses apparences morphologiques, et aussi sous le nom de *spirille* du choléra asiatique, ce qui rappelle une autre de ses apparences.

Le bacille virgule (c'est sous ce nom que le microbe du choléra asiatique est le plus ordinairement désigné) peut être facilement vu au microscope à fort grossissement sans coloration. Ainsi examiné, il est *mobile*. « Dans les préparations fraîches, les individus adultes sont nettement recourbés : tantôt ils sont en arc de rayon très grand, tantôt ils constituent un demi-cercle nettement dessiné. » Les individus jeunes sont peu recourbés ou droits.

Coloré, le bacille du choléra se montre sous divers aspects : long de 2 millièmes de millimètre environ, large de 4 dixièmes de millième de millimètre, tantôt il apparaît sous forme d'un bâtonnet droit, tantôt il prend un aspect recourbé figurant une parenthèse, un demi-cercle ; parfois deux bâtonnets, ainsi recourbés, se juxtaposent bout à bout, et le bacille prend la forme d'un S ; si plusieurs bacilles courbes se placent ainsi les uns au bout des autres, l'S s'allonge et on a la *spirille cholérique*.

Le bacille virgule n'existe que dans l'intestin des cholériques ; il a été vainement cherché dans les autres parties de l'organisme. Les cas les plus favorables à sa recherche sont les cas foudroyants : le liquide à grains riziformes, qui remplit l'intestin grêle, est souvent, dans ces cas, une culture à peu près pure du bacille virgule.

Lorsque la survie a été plus longue, par exemple lorsque

le malade succombe dans le cours de la période algide, le liquide intestinal contient toujours le bacille virgule, mais, associé à des germes étrangers qui augmentent avec la durée de la maladie, et qui peuvent arriver à dominer et à masquer le bacille virgule; à cette période, celui-ci a pénétré dans la muqueuse à la faveur de la desquamation épithéliale, ainsi que le montrent les coupes de cette muqueuse.

Dans la période de réaction, l'intestin ne contient plus que des microbes étrangers : le bacille virgule a disparu.

La *diarrhée* des cholériques, qui n'est que le résultat de l'expulsion, pendant la vie, du liquide intestinal dont nous venons de montrer la composition microbienne sur le cadavre, contiendra donc *au début presque exclusivement* le bacille virgule; plus l'évolution sera longue, et plus les microbes étrangers apparaîtront et augmenteront jusqu'à masquer le bacille pathogène dans la diarrhée; enfin, à la période de réaction, le bacille virgule aura complètement disparu.

Nous pouvons effleurer ici une question capitale que nous retrouverons et étudierons plus longuement tout à l'heure, à propos de la diphthérie. Le bacille virgule n'est localisé, ne vit que dans l'intestin du cholérique, et cependant le malade est tué en quelques jours, en quelques heures parfois, par le choléra. Que s'est-il donc passé? Ceci simplement : les bacilles cholériques ont sécrété un poison énergique qui a intoxiqué le malade. C'est la règle que la vie de ces infiniment petits s'accompagne de sécrétions de produits analogues aux alcaloïdes végétaux, produits auxquels on a donné le nom de ptomaïnes, produits dont quelques-uns sont pour l'homme des toxiques d'une haute énergie : telles les sécrétions du bacille virgule, du bacille de la diphthérie, du bacille du tétanos.

Comme pour la fièvre typhoïde, les études microbiologiques ont confirmé de la façon la plus absolue la doctrine étiologique imposée par l'observation épidémiologique, à savoir la propagation du choléra par les matières fécales.

V

Pneumonie fibrineuse. — La pneumonie fibrineuse de l'homme qui avait, jusqu'en ces dernières années, passé pour le type des maladies inflammatoires simples, non spécifiques, des maladies *a frigore*, est incontestablement une maladie infectieuse, à contagion limitée, mais certaine, ainsi qu'en témoignent les épidémies de maisons, de familles, de villages, de prisons, etc. : la pneumonie fibrineuse, enfin, est une maladie microbienne. L'histoire du microbe de la pneumonie fibrineuse, du *pneumocoque*, suivant l'expression technique, est des plus étranges et des plus intéressantes.

En 1881, M. Pasteur inoculait, avec la salive d'un enfant mort de la rage, un lapin qui succombait avec le sang rempli de *diplocoques*, c'est-à-dire de *micrococques réunis deux à deux*. Ce microbe n'avait rien de commun avec l'agent, encore inconnu à l'heure actuelle, de la rage. Il fut reconnu ensuite que, dans la salive de personnes saines, entièrement saines, on rencontrait ces mêmes diplocoques dont l'inoculation donne la mort au lapin, et ce microbe d'origine salivaire fut dit le microbe de la septicémie salivaire. Or, il s'est trouvé que le microbe de la pneumonie fibrineuse, découvert en France par M. Talamon, en Allemagne par Frænkel, n'est autre que le microbe de la septicémie salivaire de M. Pasteur, d'où cette conclusion originale mais certaine : l'agent de la pneumonie existe à l'état normal dans la salive de certaines personnes parfaitement saines. Par ce fait se concilient deux doctrines en apparence opposées : la doctrine microbienne de la pneumonie, et l'influence, qui n'est pas niable, du coup de froid. C'est ce coup de froid qui, affaiblissant soudainement la résistance vitale de l'individu, a permis l'inoculation fructueuse du poumon par le pneumocoque habitant sa salive, et resté jusque-là sans action, faute d'occasion déterminante.

Le pneumocoque se présente sous la forme arrondie ou ovalaire; légèrement effilé à ses extrémités, lancéolé ou en forme de grains d'orge, il affecte ordinairement la disposition en diplocoque, c'est-à-dire en groupe de deux; parfois il se forme des chaînettes de trois ou quatre diplocoques. Autour de chaque diplocoque existe une auréole claire ou capsule que la coloration met bien en évidence.

Le pneumocoque n'existe normalement chez le pneumonique, et sauf complications dont nous parlerons ultérieurement, que dans le poumon. Il apparaît au dehors, véhiculé par les crachats rouillés, par l'exsudat pneumonique, comme le bacille de Koch apparaît au dehors avec les crachats rejetés des cavernes : il est facile de le rechercher dans ces crachats, moins cependant que de découvrir le bacille de Koch, car il n'y a pas pour le pneumocoque, comme pour celui-là, de méthode d'élection.

Mais il est une manière excellente de déceler le pneumocoque, tant dans les crachats rouillés du pneumonique que dans la salive normale, c'est d'inoculer à des lapins, et mieux encore à des souris, le crachat ou la salive : l'animal meurt rapidement avec le sang rempli de ces diplocoques si caractéristiques : la souris et le lapin, celui-ci à un degré un peu inférieur, sont les véritables réactifs expérimentaux du pneumocoque.

La pneumonie est, chez l'homme, une maladie locale : c'est l'inoculation à l'un des poumons ou aux deux, et la culture par l'un de ces parenchymes ou tous les deux, du pneumocoque. Dans quelques cas, le pneumocoque dépasse cette étroite localisation : il apparaît dans les plèvres où il donne lieu à une pleurésie purulente (pleurésie post-pneumonique); il se fixe sur l'endocarde et là détermine une endocardite ulcéreuse; enfin, on a vu des méningites à pneumocoques.

Disons, pour terminer, que le pneumocoque se cultive, mais se cultive difficilement, seulement aux températures de l'étuve, et que ses cultures se gardent peu.

VI

Lèpre. — La lèpre n'est pas, on le sait, une affection de nos contrées. On peut la définir, à l'époque actuelle, une affection caractérisée par le développement de *néoplasies bacillaires* au niveau des téguments cutanés et muqueux, des nerfs, dans les ganglions lymphatiques et quelques viscères au nombre desquels, au premier rang, figure la rate. La lèpre est une des affections les plus nettement bacillaires qui se puissent voir : le bacille en a été découvert par A. Hansen.

Le bacille de la lèpre, le bacille de Hansen, suivant une dénomination très usuelle, est très voisin comme forme, dimensions et aspect, du bacille de Koch, du bacille tuberculeux. Très fin, long de 4 à 6 millièmes de millimètre, large de moins de 1 millième de millimètre, il se colore par le procédé d'élection du bacille tuberculeux, ce procédé de

Koch-Ehrlich que nous avons décrit ailleurs et qui ne s'applique qu'à ces deux bacilles : bacille de Koch et bacille de Hansen.

Un des caractères majeurs du bacille de la lèpre, c'est d'exister en quantité innombrable, par myriades, dans les lésions lépreuses, où rien n'est par conséquent plus facile que de le déceler.

Nous ne saurions étendre plus longuement cet article : il suffit que le lecteur ait la notion du caractère microbien de la lèpre, et du bacille de Hansen. Disons seulement, pour terminer, que le bacille de Hansen n'a pu, jusqu'ici, et malgré des tentatives réitérées, être cultivé. Un seul auteur, un savant italien, prétend avoir réussi cette culture ; mais aucun autre microbiologiste n'a pu, jusqu'ici, confirmer cette réussite par une expérience de contrôle.

VII

Diphthérie. — Un auteur allemand, Klebs, a le premier décrit le bacille de la diphthérie, mais c'était là une découverte purement histologique : Klebs ne cultiva pas le bacille qu'il avait découvert, et n'en fit pas la preuve complète. Un autre auteur allemand, Löffler, reprit la question et lui fit faire un grand pas : il isola le bacille des fausses membranes, le cultiva, fit quelques expériences heureuses sur les animaux, mais, chose singulière, ne parvint pas à se convaincre pleinement lui-même de la valeur du microbe qu'il avait si bien étudié. A MM. Roux et Yersin revient l'honneur d'avoir administré la preuve certaine de la nature spécifique du microbe de Klebs, et leur travail a une portée plus grande encore, et que nous mettrons en lumière, car nous allons retrouver ici cette question des ptomaïnes, des poisons d'origine microbienne, que nous n'avons pu qu'effleurer en parlant du choléra asiatique.

Un mot d'abord du bacille de la diphthérie. Ce bacille, qui, dans les préparations fraîches, est immobile, apparaît dans les préparations colorées sous forme d'un petit bâtonnet, de la longueur du bacille de Koch, mais plus épais.

Il se trouve dans les fausses membranes diphthéritiques, et est d'autant plus abondant, d'autant plus facile à mettre en évidence, à rechercher et à isoler, qu'il s'agit de diphthérie à marche plus rapide. Il se trouve dans les fausses membranes *et, sauf rares exceptions, ne se trouve que là :* il n'existe pas dans le sang et les organes des personnes qui ont succombé à la diphthérie. C'est donc un organisme essentiellement localisé, comme l'est celui du choléra asiatique. Pour expliquer la mort qui survient (en dehors du croup qui tue ordinairement par un mécanisme local) chez les diphthériques, on invoquait depuis longtemps et avec raison une intoxication, un empoisonnement général. MM. Roux et Yersin ont donné un corps à cette hypothèse, et ont rendu saisissable, tangible, cette intoxication, cet empoisonnement diphthérique. Ils ont isolé le poison diphthérique, et nous l'ont montré à l'œuvre.

Ils ont fait mieux encore : ils nous ont donné la clef de la pathogénie de ces curieuses paralysies diphthéritiques, ordinairement tardives, posant un premier jalon sur la route qui nous mènera sûrement à la connaissance de l'étiologie et de la pathogénie encore obscure de plus d'une affection nerveuse.

Voyons d'abord l'action des cultures de diphthérie sur les animaux.

1° Les cultures pures portées au contact des muqueuses excoriées chez certains animaux (pigeons, lapins, cobayes) donnent naissance à la fausse membrane diphthérique. C'est ainsi, par exemple, qu'en trachéotomisant un lapin et en portant un fil de platine, chargé de la culture, sur la muqueuse trachéale, on fait développer une laryngite diphthérique dont la fausse membrane tue l'animal avec des symptômes d'asphyxie mécanique, qui rappellent le croup chez l'homme.

2° L'inoculation sous-cutanée, l'injection intra-veineuse, l'injection intra-péritonéale de cultures pures tuent les sujets en expérience (cobayes, pigeons, lapins). Chez les sujets d'expérience, comme chez l'homme atteint de la maladie spontanément, le bacille ne pullule qu'au point de l'inoculation sous-cutanée, et encore y disparaît-il rapidement ; jamais les organes, le sang ne contiennent le bacille. Bien mieux encore, chez le lapin qui périt à la suite d'inoculation intra-veineuse, le sang ni les organes ne contiennent le microbe.

3° Des paralysies s'observent chez les animaux inoculés de la diphthérie, soit dans la trachée, soit sous la peau. C'est même un phénomène très fréquent quand les animaux ne succombent pas à une intoxication trop rapide (Roux et Yersin). C'est surtout chez le lapin inoculé dans les veines, et mourant dans un délai assez éloigné, qu'on peut le mieux assister à l'évolution de la paralysie qui progresse et se généralise jusqu'à la mort de l'animal.

Un mot maintenant du poison diphthérique et de ses effets.

En filtrant sur la porcelaine, sur un filtre Chamberland, une culture de diphthérie, on obtient un liquide qui ne contient plus un bacille de la diphthérie, mais qui a gardé toutes les substances dissoutes, et, par suite, les substances, les ptomaïnes, sécrétées par le microbe pendant sa vie dans la culture.

Eh bien ! ce liquide tue les animaux comme la culture, il les tue avec la même rapidité (quoique à dose plus forte pour les cultures récentes filtrées, à dose égale au contraire pour les cultures anciennes), avec les mêmes symptômes ; bien mieux encore, il produit, comme la culture chargée des microbes, les paralysies diphthériques !

« L'injection aux animaux de doses variables du poison soluble de la diphthérie, disent MM. Roux et Yersin, nous a montré les diverses formes de l'intoxication diphthéritique, depuis celles qui amènent la mort en quelques heures, jusqu'à celles qui, au bout d'un temps plus ou moins long, se traduisent par les paralysies mortelles ou susceptibles de guérison. »

VIII

Suppuration ; infection purulente ; érysipèle ; infection puerpérale ; septicémie gangréneuse (pourriture d'hôpital, gangrène gazeuse) ; tétanos. — Bien des microbes divers peuvent produire le pus, et chez l'homme, par exemple, nous voyons des abcès *tuberculeux* dus au bacille de Koch ; des abcès *actinomycotiques* dus à l'actinomyces bovis, mais, en dehors de ces suppurations spéciales, spécifiques, pourrait-on dire, la grande majorité des suppurations, en particulier le pus des abcès chauds, des phlegmons, reconnaissent pour cause des micrococques divers, bien voisins comme forme, comme aspect, dont les types les plus importants sont le *staphylococcus pyogenes aureus,* le *staphylococcus pyogenes albus,* et le *streptococcus pyogenes.* Strepto-

coque veut dire chaînette de microcoques, nous l'avons déjà expliqué ailleurs.

Le *streptococcus pyogenes* joue, dans la pathologie humaine, un rôle considérable; outre qu'il est un des agents des suppurations non spécifiques, il est le facteur de l'infection purulente, il est le facteur de l'*érysipèle*, il est le facteur de l'*infection puerpérale* dans ses diverses formes.

Depuis longtemps, la clinique avait indiqué les relations entre l'érysipèle et l'infection puerpérale; à M. le docteur Widal revient l'honneur d'avoir démontré que ces deux affections relevaient d'un même agent, le streptocoque de la suppuration qui, suivant les cas, suivant la porte d'entrée, produit l'abcès vulgaire, l'érysipèle, l'infection puerpérale des accouchées, l'infection purulente des opérés. L'antisepsie moderne a eu raison, presque partout, de toutes ces complications nées d'un même microbe.

Achevons cette rapide Revue par quelques mots sur la septicémie gangréneuse (gangrène gazeuse, pourriture d'hôpital). A vrai dire, cette épouvantable complication n'existe pour ainsi dire plus; elle ne se rencontre plus guère qu'à la suite d'opérations où les règles les plus élémentaires de l'antisepsie ont été méconnues. Elle est due à un microbe aujourd'hui bien connu, bien étudié : le *vibrion septique* découvert par M. Pasteur. C'est à MM. Chauveau et Arloing que revient l'honneur d'avoir fait l'étude de la septicémie gangréneuse chez l'homme, et d'en avoir démontré l'analogie avec la *gangrène traumatique* depuis longtemps décrite chez l'animal par Renault (d'Alfort).

Le vibrion septique, étudié par M. Pasteur dès ses premières recherches sur le charbon bactéridien, se montre dans le sang des sujets dont il a causé la mort avec un aspect tout particulier, absolument caractéristique. Il prend dans le sang, a dit M. Pasteur, « une longueur démesurée, plus long souvent que le diamètre total du champ du microscope, et une translucidité telle qu'il échappe facilement à l'observation; cependant, quand on a réussi à l'apercevoir une première fois, on le retrouve aisément, rampant, flexueux, écartant les globules du sang comme un serpent écarte l'herbe dans les buissons ».

Le vibrion septique ne passe dans le sang que très tardivement, presque au moment de la mort. Il prolifère surtout sur place, dans la plaie où il s'est introduit chez l'homme, ou chez l'animal à l'endroit de l'inoculation expérimentale; lui aussi sécrète un poison terrible, d'une toxicité énorme, qui tue le cobaye d'expérience, comme le vibrion lui-même, pourvu qu'il soit inoculé à dose suffisante.

Le vibrion septique craint l'oxygène : l'air arrête ses mouvements; et la culture n'en peut être obtenue que dans des milieux privés d'oxygène, et maintenus complètement à l'abri de l'air, dans le *vide*, ou en présence de *gaz inertes* tels qu'acide carbonique, azote, hydrogène. Le vibrion septique est donc ce qu'on appelle un microbe *anaérobie*; tous ceux que nous avions étudiés jusqu'ici étaient, au contraire, *aérobies*, c'est-à-dire vivant parfaitement au contact de l'air; d'ailleurs il en est peu parmi les microbes qui soient strictement aérobies ou anaérobies : la plupart s'accommodent également et de la vie à l'air, et de la vie sans air, c'est-à-dire sont *aéro-anaérobies*.

Une complication encore trop fréquente des plaies, c'est le *tétanos*. Il est bien établi aujourd'hui que le tétanos est de nature infectieuse, qu'il est inoculable, qu'il est contagieux, qu'il est enfin sous la dépendance d'un microbe.

Ce microbe, on le connaît, on l'a vu; il porte le nom de bacille de Nicolaïer, mais il n'avait pu être isolé encore, obtenu à l'état de pureté. MM. Chantemesse et Widal, d'une part, un élève de Koch, d'autre part, seraient arrivés, dans ces derniers temps, à obtenir des cultures pures du bacille de Nicolaïer : nous ne pouvons qu'annoncer ce fait encore trop récent.

Un point hors de doute, c'est que le bacille du tétanos prolifère sur place, dans la plaie même où il s'est introduit, et qu'il tue par la toxicité des produits qu'il sécrète, produits exerçant, sur le système nerveux, la puissante action que l'on connaît.

LAMBEAU MUSCULO-CUTANÉ EN FORME DE PONT

APPLIQUÉ A LA RESTAURATION DES PAUPIÈRES

Par M. Léon Tripier,
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

C'est à Blandin qu'on attribue généralement la première tentative, faite en vue de reconstituer une paupière douée de ses mouvements. Réussit-il? La chose est révoquée en doute par ses contemporains (1). Quant à ses successeurs, ils se contentent d'enregistrer le fait sans le donner comme un exemple à imiter : « Cette tentative, dit M. Verneuil, est restée tout à fait isolée et personne n'a songé, que je sache, à greffer des faisceaux musculaires pour rétablir les sphincters ou donner de la mobilité aux voiles membraneux (2). » A notre époque, les données fournies par l'expérimentation devaient faire hésiter les chirurgiens qui eussent été tentés de répéter l'opération de Blandin. En effet, comment tailler un lambeau de manière à le faire pivoter sur son pédicule, sans s'exposer à couper les filets nerveux se rendant aux fibres musculaires destinées à doubler le lambeau. Mais, même en admettant que les filets nerveux aient pu être respectés, est-on bien sûr que les fibres musculaires sectionnées ne subiront pas la dégénérescence graisseuse? Il ne faut pas oublier que, après les amputations des membres, les lambeaux doublés de muscles plus ou moins épais n'en contiennent plus au bout de six mois.

Pour réussir, il est indispensable de recourir à un procédé qui permette, d'une part, de couper le moins possible de filets nerveux (facial) et, d'autre part, de respecter la continuité des fibres musculaires (orbiculaire); or, ce procédé consiste à prendre un lambeau en forme de pont, taillé de telle sorte que les bords de la peau correspondent à la courbe des fibres musculaires. De cette façon, on passe en quelque sorte entre ces dernières, et il n'y a qu'un très petit nombre de filets nerveux intéressés.

Notre première opération date du 6 avril 1888. Cancroïde de la paupière inférieure. Excision de toute cette paupière. Sur la paupière supérieure attirée en bas, on taille un lambeau musculo-cutané en forme de pont, ayant 12 millimètres de hauteur à sa partie moyenne et 8 millimètres environ de chaque côté.

Une fois disséqué, il est amené par en bas sur la perte de substance, où on le fixe à l'aide de points de suture métallique. Rapprochement et suture de la perte de substance de la paupière supérieure. Suture du bord supérieur du lambeau avec le bord libre de la paupière supérieure. Réunion par première intention. Au bout de vingt jours, le

---

(1) Velpeau. *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, t. I, p. 654.
(2) Verneuil. *Mémoires de chirurgie*, t. I, p. 110.

malade ouvre et ferme l'œil comme du côté opposé. Avec des courants induits faibles, la nouvelle paupière s'élève manifestement; si l'on augmente l'intensité, il se produit une sorte de corrugation, surtout en dehors, près de la commissure externe.

Depuis lors, nous avons fait deux fois la même opération, et toujours le résultat a été aussi satisfaisant.

Pour la paupière supérieure, nous ne possédons qu'un fait. Il remonte au mois de novembre 1888. Gancroïde de la paupière supérieure chez une femme de soixante-six ans. La conjonctive ne paraissait pas envahie. La paupière attirée par en bas, on excise la tumeur. La perte de substance qui en résulte a la forme d'une ellipse très allongée, à grand diamètre transversal. Son bord supérieur arrive très près du sourcil, son bord inférieur est distant de 4 à 5 millimètres du bord libre de la paupière. On taille au-dessus du sourcil un lambeau musculo-cutané en forme de pont, qui a 12 à 14 millimètres de hauteur à sa partie moyenne et 8 à 9 millimètres sur les côtés. Après l'avoir disséqué, on le fait passer par-dessus le sourcil et on le fixe sur la perte de substance au moyen de points de suture métallique. Suture des paupières entre elles. Rapprochement et suture des bords de la perte de substance frontale. Réunion par première intention. Dès le douzième jour, la malade ouvrait l'œil, ce qui prouvait que le releveur de la paupière n'était pas coupé. Quant aux mouvements d'abaissement, ils se faisaient comme à l'état normal. A vrai dire, on pouvait invoquer l'action des fibres de l'orbiculaire situées au-dessous; mais, à l'aide de courants induits, il était facile de se convaincre que les fibres correspondant au lambeau se contractaient également.

Conclusions. — A. Le lambeau musculo-cutané en forme de pont appliqué à la restauration des paupières permet de leur rendre tout à la fois la forme et le mouvement.

B. A l'aide de ce lambeau pris sur la paupière supérieure, on peut refaire complètement la paupière inférieure.

C. En prenant un lambeau analogue immédiatement au-dessus du sourcil, on peut restaurer certaines pertes de substance intéressant la moitié, voire même les deux tiers de la paupière supérieure.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 octobre 1889. — Présidence de M. Nicaise.

CORRESPONDANCE

M. Duret (de Lille) envoie un travail sur un cas d'exstrophie de la vessie et un mémoire sur la pelvi-péritonite et la salpingite.

M. Lagrange (de Bordeaux) fait déposer un travail sur la résection orthopédique de la hanche. (Rapporteur : M. Kirmisson.)

M. Moure (de Bordeaux) adresse un cas d'amygdalotomie avec hémorrhagie post-opératoire grave. (Rapporteur : M. Schwartz.)

M. le Président annonce la mort de M. Ricord, chirurgien des hôpitaux (1828), membre de l'Académie de médecine et membre fondateur de la Société de chirurgie (1844); il rappelle, en quelques mots, les grands travaux de M. Ricord, qui a illustré la science française pendant plus d'un demi-siècle.

M. le président propose de lever la séance en signe de deuil. Le bureau de la Société de chirurgie assistera aux obsèques.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de médecine opératoire de Malgaigne (1), par Léon Le Fort.

Ce deuxième volume, qui termine le manuel de médecine opératoire, traite des opérations spéciales, qui se pratiquent sur la tête, les yeux, le nez, les oreilles, la bouche, le cou, le thorax et l'abdomen les organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. Tous nos lecteurs connaissent déjà l'œuvre de Malgaigne, dont M. Le Fort présente aujourd'hui la neuvième édition. Il n'est donc pas utile d'en indiquer les caractères particuliers, ni la haute valeur, presque toute la génération médicale actuelle a été élevée avec ce livre de médecine opératoire. Mais, contrevenant aux habitudes reçues, M. le professeur Le Fort a placé une préface en tête de son second volume; cette préface n'est, d'ailleurs, qu'un résumé des considérations générales sur lesquelles l'auteur s'appuie pour repousser l'usage de quelques opérations et pour critiquer, quelquefois sévèrement, l'abus qu'on lui paraît faire d'un certain nombre d'entre elles.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans sa dissertation pleine de rigueur. Il y touche plus d'une fois du doigt quelques plaies de l'art chirurgical, et s'efforce de montrer au praticien quelle doit être sa ligne de conduite; ces quelques lignes qui terminent la préface suffiront, d'ailleurs, pour montrer dans quel esprit elle a été rédigée et conçue :

« Avoir pour la vie de ses semblables le respect qu'elle mérite, placer avant toute autre considération l'intérêt du malade; peser avec sagesse, avec prudence, les dangers de la maladie et ceux de l'opération; comparer le bénéfice que l'opéré peut en retirer aux périls immédiats qu'elle lui fera courir; livrer le moins possible au hasard; chercher la guérison, non dans les interventions brillantes et dangereuses, mais dans les moyens thérapeutiques les plus sûrs, telle doit être la conduite du chirurgien. Quand il hésitera, quand il se demandera avec anxiété quel parti il doit prendre; qu'il se recueille, qu'il consulte sa conscience, qu'il se demande ce qu'il ferait, ce qu'il conseillerait s'il s'agissait de sa mère, de sa femme, de ses enfants; que sa réponse dicte sa conduite. Souvent alors, il repoussera les moyens héroïques, mais hasardeux; il fera moins d'opérations, il arrivera, peut-être, plus difficilement à la notoriété et n'arrivera probablement pas à la fortune; mais il sera sûr d'agir toujours en bon et honnête chirurgien, d'être, à l'égard de ses malades, le *vir bonus medendi peritus.* »

Le mouvement comparé de la population à Marseille, en France et dans les États d'Europe (2), par le docteur Mireur.

« Depuis quelques années, la natalité diminue, en France, d'une façon considérable, et l'on se souvient encore des paroles que M. Rochard prononçait en 1885, devant l'Académie de médecine. » La France, qui occupait le second rang pour le chiffre de sa population, est tombée au quatrième. Elle ne représente plus que le dixième de la population de l'Europe, tandis qu'il y a deux siècles, elle en constituait le tiers. Dans cinquante ans, si cela continue, nous n'en formerons plus que le quinzième et nous seront tombés au septième rang, parmi les petits États qui ne comptent plus. Depuis ce cri d'alarme, de remarquables travaux ont été publiés sur les causes *de la dépopulation en France*, l'Académie, l'Institut, les Congrès scientifiques, les Sociétés savantes, les journaux même ont abordé cette importante question.

Quelle est la cause intime de cette dépopulation? C'est aux études locales qu'il faut avoir recours pour connaître les véritables causes de cette situation fâcheuse.

Ces causes ne peuvent tenir qu'à deux choses : l'accroissement

(1) 2e vol, petit in-8o. Prix des 2 volumes : 16 francs.—Paris, F. Alcan.
(2) Gr. in-8o. Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

des décès, ou bien la diminution des naissances. On peut dire que la première cause doit être mise de côté, car la France est, au contraire, un des pays de l'Europe où la mortalité est la moindre et les progrès dus à l'hygiène ont été incontestables depuis quelques années.

C'est *uniquement* à la diminution du nombre des naissances qu'il faut attribuer cette dépopulation. Voici, d'ailleurs, les chiffres auxquels arrive M. Mireur dans ses statistiques :

« Le taux moyen de la natalité pour l'ensemble des États d'Europe étant de 34,1 par an et par 1 000 habitants, et celui de la mortalité de 26,2, il existe, en faveur du premier, une différence de 7,9. Cette différence se traduit en chiffres ronds par une augmentation de 8 p. 1 000 individus par an, dans les autres nations européennes. Un tel état de choses nous amène à constater forcément, une fois de plus, combien l'accroissement dans les divers États d'Europe suit une marche satisfaisante pour eux, mais menaçante pour nous. »

Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin (1), par Paul Dumoret.

Ce travail se divise en cinq chapitres : 1° *Historique*; 2° *Exposé des procédés opératoires*; 3° *Indications et contre-indications de l'opération*; 4° *Parallèle avec les autres méthodes et, en particulier, avec l'Alexander*; 5° *Suites opératoires. Pronostic.* Puis suivent les *observations*, les *conclusions* et l'*index bibliographique* très complet.

Dans le premier chapitre, l'auteur discute la synonymie de la fixation de l'utérus à la paroi abdominale. Il opte en faveur du mot *hystéropexie* créé par son maître M. le professeur Trélat et, pour plus de précision, le fait précéder du terme laparo : d'où l'expression *laparo-hystéropexie*. Sauf les articles de MM. Verchère, Pozzi et le mémoire de M. Terrier, il n'existe aucun travail d'ensemble sur ce sujet.

M. Dumoret insiste sur une division qu'il regarde comme capitale : il classe l'hystéropexie en *fortuite* ou *voulue*.

Le second chapitre est de beaucoup le plus intéressant, car l'auteur traite à fond le manuel opératoire : le *péritoine est ouvert ou il ne l'est pas, d'où la méthode extra-péritonéale et la méthode intra-péritonéale*. Il nous initie aux précautions præ-opératoires en honneur dans le service de son maître M. Terrier à l'hôpital Bichat. Il décrit successivement les procédés de M. Terrier, d'Olshausen, de Léopold, de Czerny, de John Philipps, il parle incidemment de quelques modifications proposées par M. Tuffier et d'une opération neuve encore : la *cystopexie*. Pour lui, le procédé de M. Terrier est supérieur à tous. Des planches explicatives au nombre de huit ne font que rendre la lecture de ce chapitre plus attrayante. Il s'occupe ensuite de la substance à employer comme fils fixateurs, il nous montre ce que devient la vessie et s'occupe du traitement post-opératoire.

Au troisième chapitre « Indications et contre-indications » prennent place les appréciations des gynécologues les plus autorisés. Les noms de maîtres français, MM. Trélat, Terrier, Segond, sont largement mis à contribution. La question de la grossesse comme contre-indication est posée.

C'est également un chapitre important que celui du parallèle entre les autres opérations. Y figurent des noms connus, MM. Candela, Caxera, Frecend, Kelly, Le Fort, Muller, Péan, Richelot, Sanger, Schuking, Sciyfert, Thomas (de Tours), pour ne relater que les principaux.

Le raccourcissement des ligaments ronds est fortement battu en brèche, peu partisan également des opérations plastiques sur le vagin, le périnée, le col *en tant qu'érigées en méthodes opératoires*. M. Dumoret repousse énergiquement l'emploi du pessaire; et il s'associe de tout cœur à *l'ostracisme lancé contre cet instrument malpropre par son maître M. Terrier*. Chaque procédé est l'objet d'une discussion brève, mais expressive et nette. L'auteur relate au chapitre 5, les observations publiées tant à l'étranger qu'en France, leur nombre s'élève à 25, se décomposant ainsi : 11 laparo-hystéropexies de propos délibéré, 14 complémentaires. Sur les 11, 8 succès, 2 récidives, 1 mort. « Les récidives sont dues à la façon défectueuse dont la méthode a été appliquée, la mort unique relève de l'inobservance, de l'asepsie et de l'antisepsie. »

L'auteur, dans ses conclusions, se rallie à celles de M. Terrier : il regarde l'opération comme *sérieuse, mais non grave*.

L'index bibliographique est très riche en renseignements, se faisant remarquer par une grande précision, et a dû demander à l'auteur de longues heures de labeur.

Conçu en fort bons termes, établi sur une sérieuse discussion des faits, le travail de M. Dumoret est un de ceux que devront posséder et connaître tous ceux qu'intéressent les questions de gynécologie, et que devra consulter tout médecin soucieux de la pratique de son art. Cette question du prolapsus utérin et de sa cure par l'hystéropexie est, d'ailleurs, trop importante pour que nous n'hésitions pas à en faire le sujet d'une de nos prochaines Revues générales.

A. Ricard.

(1) Gr. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Guide médical à l'Exposition universelle internationale de 1889, à Paris (1), par M. Marcel Baudouin.

M. Marcel Baudouin vient de faire paraître un guide dont l'utilité est incontestable pour les médecins désireux de suivre les progrès réalisés dans la fabrication des instruments de chirurgie. Par malheur, ce livre vient un peu tard. La faute en est, paraît-il, à l'Administration, qui n'a pas cherché le moins du monde à aplanir les difficultés matérielles inhérentes à une telle entreprise. Cette constatation est douloureuse. La routine et l'apathie ont contribué à empêcher nos confrères de tirer un réel profit d'une exposition où on avait disséminé de tous les côtés ce qui regarde notre art et notre profession.

Néanmoins, le livre de M. Baudouin survivra à l'Exposition, en faisant connaître aux médecins et aux chirurgiens du monde entier les trésors entassés au Champ de Mars et à l'Esplanade des Invalides. Ils constateront par le nombre, l'élégance et l'ingéniosité des nouveaux instruments, que les fabricants français n'ont rien à envier à leurs concurrents des pays voisins.

Tous ceux qui s'occupent des choses de la chirurgie voudront prendre connaissance des derniers perfectionnements apportés à l'outillage instrumental.

M. Baudouin a su mettre en relief, avec une parfaite impartialité, les avantages et les inconvénients des nombreux instruments et appareils exposés par les différentes maisons françaises et étrangères.

L'ouvrage qu'a entrepris M. Baudouin avec le concours de MM. Kéraval, Raoult, Capus et de quelques autres collaborateurs, sera bientôt complété par la publication de deux autres fascicules où l'on trouvera une étude de l'exposition d'hygiène et d'assistance publique, des notes sur les produits chimiques et pharmaceutiques et sur la matière médicale. Un chapitre sera consacré aux sciences anthropologiques. Enfin, une dernière partie contiendra de curieux renseignements sur la librairie et la photographie médicales. Une intéressante critique intitulée : « Le médecin au Palais des Beaux-Arts, » mettra fin à la série de ces études sur les sciences médicales représentées à l'Exposition.

Nous souhaitons le plus vif succès au guide dû à l'initiative de notre confrère de la presse médicale. Il oubliera les obstacles qu'il a rencontrés, pour ne se souvenir que du service qu'il a rendu aux médecins et aux chirurgiens. Il a bien mérité de ses confrères en fixant les progrès accomplis depuis dix ans dans les différentes branches de l'art médical.

R. Pichevin.

(1) In-8°. Prix du 1er fascicule : 3 fr. 50. Souscription à l'ouvrage complet : 7 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 21 octobre 1889, M. le médecin-major de deuxième classe Boiron du 107e d'infanterie, a été désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam, par permutation avec M. le médecin-major de deuxième classe Boussavit.

— L'ouverture du concours de l'externat a eu lieu mercredi dernier, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique.

Les questions tirées sont les suivantes : première séance, « Articulation temporo-maxillaire » ; deuxième séance, « Articulation coxo-fémorale ».

La première séance et une partie de la seconde étaient réservées aux candidats qui sont appelés à faire leur service militaire en novembre prochain. Ces candidats sont au nombre de 26.

— M. Barette, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Caen.

— M. le docteur Laskowski (de Genève) est nommé officier de l'Instruction publique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Danjoy, qui vient de mourir subitement à Paris; et de M. le docteur Erault (de Varades).

— M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, à sa clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 4 novembre, à 1 heure et demie, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Bouty commencera le cours de physique le mardi 5 novembre, à une heure et demie, dans l'amphithéâtre de physique, à la Sorbonne, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera de l'électricité et du magnétisme. Il insistera particulièrement sur les phénomènes et le système de mesures électrostatiques.

M. le professeur Troost commencera le cours de chimie le lundi 4 novembre, à une heure, rue Michelet, n° 3, et le continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure. Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons.

M. le professeur Ditte commencera le cours de chimie le mercredi 6 novembre, à deux heures, rue Michelet, n° 3, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. Il traitera des métaux et de leurs combinaisons principales.

M. Riban, maître de conférences, commencera le cours annexe de chimie analytique le lundi 4 novembre, à trois heures, rue Michelet, n° 3, et le continuera les lundis suivants à la même heure. Il traitera des procédés généraux de l'analyse quantitative et du dosage et de la séparation des métaux.

Bibliothèque anthropologique (tome X). **Pathologie comparée de l'homme et des êtres organisés,** par le docteur A. Bordier. 1 vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Syphilis et paralysie générale, par A. Morel-Lavallée, ex-chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, et L. Belières, ancien interne des asiles de la Seine. Avec une préface du professeur Fournier. Un vol. grand in-8° de 250 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

47

ANALYSE D'OCTOBRE DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois d'octobre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

	gr.	
Densité à 15°		1029.00
Beurre par litre	60.000	
Albumine	4.200	
Caséine	30.800	
Sucre de lait	56.600	
Sels	7.400	
Total des matières fixes	159.000	159.000
Eau		870.000

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.350
Acide sulfurique	0.145
Potasse	1.456
Soude	0.936
Chaux	1.731
Magnésie	0.212
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.570
Total	7.400

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

55

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

PEPTONE DEFRESNE

Première admise, après analyse, dans les Hôpitaux de Paris.
Adoptée officiellement par la Marine.

Elle se recommande par son pouvoir nutritif intense puisqu'elle contient :

25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote;
0,69 p. 100 d'Acide phosphorique,
0,71 p. 100 Fer et Bases Alc. terr.

En outre, la **Peptone Defresne** se distingue par son goût savoureux ; à la dose d'une cuillerée à bouche à la fois (40 gr. viande) dans un peu d'eau tiède et salée, elle donne un bouillon *succulent et exquis.*

DOSE : 2 à 4 cuillerées par jour. — Le flacon : 5 fr.

VIN—POUDRE—CHOCOLAT—ELIXIR.

DEFRESNE, auteur de la Pancréatine.

2, rue des Lombards, Paris et t^tes pharmacies.

54

DYSPEPSIE, GASTRALGIE

ENTÉRITES guéries par les
DRAGÉES de PANCRÉATINE PAULAY.

Dépôt g^al : Ph^ie Centrale, f^g Montmartre, 52, Paris.

50

LANOLINE LIEBREICH

La seule absolument libre d'acide, sans odeur, ne rancissant pas. Seul excipient absorbant son poids d'eau et se mélant avec toutes les autres graisses.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline,
USINE DU TREMBLAY, à CREIL (Oise).
PARIS, 31, rue des Petites-Ecuries, PARIS.

66

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

84

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

32

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs ; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

Dr Zed

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05 ; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, *Place Vendôme*, PARIS.

J. Mannet

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraîchissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

33

GUÉRISON DE L'ASTHME par le

PAPIER FRUNEAU

40 ans de succès incontestable. — **Amélioration immédiate des affections chroniques du poumon.**

Toutes pharmacies, France et Etranger.

Nantes, E. FRUNEAU, 13, r. du Chapeau-Rouge.

93

LA POUDRE DE VIANDE ROUSSEAU

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

41

PEPTONATE DE FER ROBIN

Véritable ferrugineux assimilable

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Seul présenté à l'Académie par BERTHELOT en 1885.

Chloro-anémie, dyspepsie, lymphatisme, affections utérines, Diabète. — 10 à 20 **gouttes** p^r repas.

VIN ROBIN, 1 cuillerée par repas.

DRAGÉES ROBIN, 2 à 3 par repas.

GROS : Paris, 7, r. de Jouy. — DÉTAIL : T^tes ph^ies.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge et ph^ies.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

34

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales ph^ies.

69

PEPTONE DENAEYER

Éléments de la viande digérés et diffusibles, en solution concentrée à 20 p. 100, **limpide** et **stérilisée;** saveur et arôme de fort bouillon de bœuf.

Analyses de MM. les professeurs Violette, Frésénius, Krukenberg, etc.

Rapport à l'Académie royale de médecine de Belgique.

BROCHURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

PEPTONATE DE FER DENAEYER

ferrugineux neutre, non astringent, complètement assimilable.

Dépôt central : MICHELAT *et* LESUEUR, *9, rue des Guillemites, Paris. — Pour le Nord, Pharmacie* GOBERT, *à Lille.*

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

N° 124. — MARDI 29 OCTOBRE 1889. 62e ANNÉE. MARDI 29 OCTOBRE 1889. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL ANDRAL. — M. DEBOVE.

Hémiplégie hystérique avec atrophie musculaire survenue à la suite d'une diphthérie (1).

Les formes frustes d'une maladie sont toujours difficiles à reconnaître. Lorsqu'il s'agit d'une maladie à lésion caractéristique, telle que la fièvre typhoïde, l'anatomie pathologique établit un lien commun qui a permis de réunir en un seul faisceau des formes cliniques considérées, au commencement de ce siècle encore, comme autant de pyrexies distinctes. Le problème est bien plus complexe, quand il s'agit de névroses ; ici, pas de lésion qui permette d'affirmer l'unité nosologique de formes cliniques diverses, si diverses même que l'hystérie de l'homme, par exemple, aujourd'hui reconnue si fréquente, a passé longtemps presque inaperçue, malgré la sagacité de nombreux observateurs. Aussi, pour reconnaître les aspects variés que peut prendre une névrose, faut-il étudier avec soin les formes types, et c'est par une comparaison attentive de ces types, avec les formes frustes, qu'on pourra établir la nature de ces dernières.

En suivant cette règle, j'ai diagnostiqué une hystérie fruste anomale chez une malade. Plusieurs d'entre vous pourront contester mon diagnostic, mais nous l'aurions tous rejeté, il y a peu de temps encore, c'est-à-dire avant que M. le professeur Charcot eût donné de l'hystérie une description magistrale, qui nous permet aujourd'hui de la dépister là où nous ne l'aurions jamais soupçonnée.

Notre malade, âgée de trente-cinq ans, présente les signes d'une hémiplégie gauche, avec atrophie musculaire.

Au membre inférieur gauche, le mollet et la cuisse ont un périmètre de 4 centimètres, inférieur aux mêmes parties du membre droit. Le tronc ne présente rien de particulier. Au membre supérieur gauche, le deltoïde est légèrement atrophié, ainsi que le bras ; l'avant-bras et la main du même côté ont leur volume normal. La parésie de ces membres n'est pas proportionnée à leur atrophie, et leur impotence fonctionnelle est bien plus accentuée, que ne le ferait supposer la simple inspection. Ceci est surtout marqué pour les extenseurs du pied et de la main, qui ont conservé leur volume normal, et cependant il est difficile à la malade de relever complètement le pied ou la main. Il n'y a aucun trouble trophique de la peau, ni des os, il n'y a pas trace de contracture.

Lorsqu'on examine la face, il semble, au premier abord, qu'il y ait une paralysie faciale droite, autrement dit qu'il y ait une hémiplégie alterne ; mais un examen plus attentif fait reconnaître qu'il s'agit là d'une simple apparence. Les mouvements du côté droit sont conservés, mais le côté gauche est le siège d'une contracture, qui fait dévier la commissure correspondante et qui s'accompagne de petites secousses, survenant à des intervalles irréguliers. Le voile du palais, contracturé à gauche, entraîne la luette de ce côté. La langue n'est pas déviée. Les mouvements de l'orbiculaire des paupières sont indemnes. Le front, du côté gauche, est légèrement ridé, ce qui indique que la contracture ne se limite pas au facial inférieur.

La sensibilité de la moitié gauche du corps est très légèrement diminuée. Le seul trouble constatable des organes des sens spéciaux est un léger rétrécissement du champ visuel gauche (80 degrés).

Nous nous trouvons, évidemment, en présence d'une hémiplégie, avec atrophie musculaire. Quelle est la nature de cette hémiplégie ?

La première idée est nécessairement celle d'une lésion cérébrale ; mais on est aussitôt obligé de l'abandonner, car, quoique l'hémiplégie soit ancienne, elle est absolument flaccide ; ce caractère seul nous suffit pour faire rejeter le diagnostic de lésion cérébrale.

On ne peut davantage accepter l'hypothèse d'une lésion de la moelle ou des nerfs. La forme hémiplégique est contraire à cette hypothèse ; il faudrait, en outre, pour expliquer les troubles de la face, admettre que les lésions se prolongent dans la protubérance. Un autre signe contredit encore ce diagnostic : les réactions électriques des nerfs sont absolument normales.

S'agit-il d'une paralysie diphthérique (vous verrez pourquoi ce diagnostic doit être discuté)? Je ne le pense pas, car il n'y a pas eu de paralysie du voile du palais, la forme hémiplégique est bien rare dans les paralysies diphthériques, elles sont essentiellement transitoires et ne laissent guère d'atrophie musculaire à leur suite.

Il ne reste qu'un diagnostic plausible, celui d'hystérie, et je crois pouvoir l'affirmer en me basant sur les caractères suivants : il y a une légère diminution de la sensibilité du

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux.

côté gauche du corps, un léger rétrécissement du champ visuel de l'œil gauche, une bizarrerie d'humeur presque caractéristique, et surtout une déviation de la face bien étudiée par M. le professeur Charcot et par MM. Brissaud et Marie. La contracture faciale me paraît ici révéler la véritable nature de la maladie et nous permettre d'en reconnaître une forme fruste.

L'atrophie musculaire aurait certainement fait éliminer le diagnostic hystérie avant les travaux de MM. Charcot, Féréol, Babinsky. Aujourd'hui, nous avons tous observé un certain nombre de cas semblables.

Cet exemple d'hystérie fruste avec atrophie musculaire mérite d'être signalé; mais une autre particularité le rend plus intéressant encore, c'est que les accidents actuels sont survenus à l'occasion d'une diphthérie.

Vers la fin d'avril 1887, notre malade fut prise d'une angine grave, diagnostiquée diphthérie par le médecin qui la soignait, et, à diverses reprises, des fausses membranes furent détachées du pharynx. Huit jours plus tard, la malade entrait en convalescence et se croyait même guérie, lorsqu'au bout d'un mois survinrent des douleurs dans le côté gauche du corps, puis de la paralysie, puis de l'atrophie musculaire et de la déviation de la face. On ne peut affirmer la filiation de ces symptômes, parce que les douleurs parurent au début la seule cause de l'impotence fonctionnelle et parce que l'atrophie musculaire ne fut remarquée que lorsqu'elle eut atteint un degré déjà notable.

Quoi qu'il en soit, au mois d'octobre suivant, tous ces phénomènes étaient des plus accentués. La malade ne peut dire à quelle époque sa maladie a cessé de progresser; en tout cas, elle affirme que, depuis un an, elle n'a constaté aucune aggravation dans son état, qui lui paraît absolument stationnaire.

Les paralysies consécutives aux maladies aiguës forment un groupe bien plus complexe qu'on ne le croyait autrefois, car les paralysies hystériques occupent une place importante dans ce groupe. D'ailleurs, plus nous avançons dans l'étude des névroses, plus nous constatons l'influence des maladies aiguës sur leur développement. C'est à leur suite que nombre de malades sont devenus neurasthéniques. Lorsque, autrefois, un malade atteint d'accidents névropathiques les attribuait à une maladie aiguë ancienne dont, suivant son expression, il ne s'était jamais bien remis, nous étions incrédules. Il ne faut plus l'être, en présence de la multiplicité des faits de ce genre.

Vous trouverez, dans le travail de M. Georges Guinon (1), plusieurs observations empruntées à divers auteurs, et dans lesquelles l'hystérie a été manifestement provoquée par une maladie aiguë.

A propos de ces faits, M. Guinon propose une théorie pathogénique un peu vague : « L'hystérie, dit-il, peut être provoquée par quelques maladies générales aiguës ou chroniques par suite de l'ébranlement du système nerveux dans lequel se trouve tout sujet en proie à l'une quelconque de ces maladies. » Pour moi, m'inspirant des travaux de M. le professeur Bouchard sur les intoxications morbides, je n'hésite pas à croire que les hystéries consécutives aux maladies aiguës sont des hystéries toxiques, et que, dans notre cas particulier, il s'agit d'une hystérie toxique d'ordre diphthéritique.

Permettez-moi de vous rappeler que je vous ai déjà entretenus des hystéries produites par le plomb, l'alcool, etc., et que j'ai proposé de les appeler *hystéries toxiques* (1). Que trouvons-nous d'extraordinaire à ce que des poisons d'origine somatique provoquent les mêmes accidents? D'ailleurs, dans un remarquable travail, notre ami et collègue, M. F. Dreyfous (2), citant plusieurs observations de paralysies observées dans l'urémie par nos collègues MM. Chantemesse, Tenneson et Raymond, s'est déjà demandé s'il ne fallait pas les attribuer à une hystérie urémique.

Revenant à la théorie de l'ébranlement du système nerveux proposé par M. Guinon, je ferai remarquer que l'hystérie est survenue, chez notre malade, un mois après sa guérison apparente, autrement dit que son système nerveux a été bien lent à s'ébranler. C'est, au contraire, au bout d'un mois qu'on voit survenir des accidents diphthériques dont personne ne conteste aujourd'hui la nature toxique; je veux parler des paralysies diphthériques. « Toujours, dit Maingault (3), il existe un intervalle plus ou moins long, de douze jours à deux mois, entre la terminaison de l'affection diphthérique et le moment où les accidents paralytiques généralisés se déclarent. »

Dans la plupart des maladies aiguës, les accidents hystériques se manifestent de bonne heure, parce que le poison est rapidement éliminé dans la convalescence; ils sont tardifs dans la diphthérie, probablement parce que le poison est éliminé lentement. En effet, dans leur remarquable travail sur la diphthérie, MM. Roux et Yersin (4) montrent que certains poisons morbides produisent immédiatement tous leurs effets, tandis que d'autres ont des effets tardifs.

« Les essais faits par l'un de nous, disent ces auteurs, semblent montrer que, même après un temps très long, les produits solubles du charbon, de la septicémie et du charbon symptomatique ne causent aucune affection aux animaux qui les ont reçus. Il n'en est pas de même pour la diphthérie et la maladie causée par le bacille pyocyanique. L'avenir nous montrera sans doute que nombre d'affections organiques, dont nous ne voyons pas clairement la cause, sont dues à des actions tardives de ce genre. Beaucoup de néphrites ou de maladies nerveuses dont on ignore l'origine, ou que l'on rapporte à des causes banales, sont peut-être la suite d'une infection microbienne qui a passé inaperçue. » Nous ne saurions citer le travail de MM. Roux et Yersin sans rappeler qu'ils ont établi la réalité du poison diphthérique, poison qui, jusqu'ici, n'était qu'une hypothèse vraisemblable.

Si vous admettez l'existence d'une hystérie toxique, qu'il s'agisse d'un poison morbide ou non, vous pouvez demander si le poison crée la névrose ou si, jouant le rôle d'une cause occasionnelle, il rend évidemment une névrose latente.

Il est certain que les causes morbides externes supposent toujours quelque prédisposition interne; c'est ainsi que tous les sujets exposés aux maladies contagieuses ne les contractent pas, que tous les sujets qui font usage d'une eau contaminée n'ont pas la fièvre typhoïde. Il faut, de même, admettre, pour l'hystérie, une certaine prédisposi-

(1) Georges Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*, Paris 1889.

(1) Debove. De l'apoplexie hystérique, *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 13 août 1886.

(2) F. Dreyfous. De l'hystérie alcoolique, *Union médicale*, 1888.

(3) Maingault. *De la paralysie diphthéritique*, p. 107. Paris 1860.

(4) Roux et Yersin. Contribution à l'étude de la diphthérie, *Annales de l'Intistut Pasteur*, décembre 1888.

tion; mais il ne faut pas l'exagérer, l'histoire de notre malade le prouve. Elle avait trente-trois ans, lorsque sont survenus ses premiers accidents nerveux, et, cependant, elle avait été exposée à des causes qui auraient dû faire éclater une névrose latente. Elle avait perdu complètement sa petite fortune; elle en éprouva seulement un grand chagrin et une certaine irritabilité; mais on pouvait, pour des causes moindres, être chagrin et irritable. Il y a quatre ans, elle était dans une voiture dont le cheval s'emporta; elle fut projetée violemment sur le sol, fut plusieurs heures sans connaissance et revint à elle le corps couvert de contusions. Ici se trouvent réunies les causes (émotion violente et traumatisme) qui suffisent habituellement à faire apparaître la névrose hystérique latente; l'hystérie ne fit, cependant, pas son apparition. Pourquoi le système nerveux, jusque-là si tolérant, n'a-t-il pas mieux résisté à la diphthérie? Je l'ignore; mais ce que je viens de dire montre que notre malade n'avait pas une prédisposition bien marquée aux accidents hystériques.

J'arrive à la fin d'une discussion qui vous paraîtra un peu longue, à propos d'une simple observation; mais j'ose, cependant, espérer qu'elle pourra vous intéresser, en faisant entrevoir un lien possible entre les maladies si étranges que nous appelons des névroses et les intoxications par poison morbide.

HOPITAL BROUSSAIS. — M. CHAUFFARD.

Xanthélasma disséminé et symétrique, sans insuffisance hépatique (1).

Je soigne actuellement dans mon service, à l'hôpital Broussais, un malade atteint de xanthélasma, et chez qui cette affection me paraît offrir des caractères assez particuliers, pour que je croie devoir les signaler à la Société.

Je vous présente le malade, et vais vous résumer les points saillants de son histoire.

C'est un homme âgé de trente-cinq ans, maçon de son état, à large poitrine et de robuste apparence jusqu'à ces dernières années.

Son passé pathologique est déjà assez chargé; à vingt-trois ans, il a eu la fièvre typhoïde; à vingt-quatre ans, pendant qu'il faisait son service militaire à la Nouvelle-Calédonie, il a été pris d'une hématémèse assez abondante, accident qui s'est renouvelé à plusieurs reprises, à vingt-six, trente et un et trente-trois ans. Cet été encore, il a été soigné à l'Hôtel-Dieu pour une nouvelle hématémèse, et on a porté le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac, ou peut-être du duodénum. J'ajoute immédiatement que ces hématémèses à répétition, accompagnées de douleurs épigastriques violentes et survenant chez un sujet nettement alcoolique, me paraissent n'avoir aucune connexité avec son xanthélasma; il s'agit probablement là d'une gastrite ulcéreuse alcoolique.

Vers 1878, pendant son séjour à la Nouvelle-Calédonie, L... a présenté deux autres incidents pathologiques : des accès de fièvre paludéenne, soignés et guéris par la quinine; et un ictère, qui semble avoir duré assez longtemps, sans que notre malade puisse donner grands détails sur ses caractères et son évolution.

En 1880, L... est libéré et revient en France, et c'est peu après, dit-il, qu'il s'est aperçu du début de son affection cutanée. La marche de celle-ci semble avoir été lentement progressive, et voici ce que j'ai pu constater, soit actuellement, soit dans un premier séjour que le malade a fait dans mon service, au mois de février de cette année.

L'éruption xanthomateuse est constituée par une série de groupes évolutifs, parfaitement symétriques, et cantonnés presque exclusivement au niveau des différents plis de flexion; c'est dire qu'ils occupent la base du cou, les deux creux axillaires, les plis des coudes, la paroi abdominale antérieure, surtout dans sa partie sous-ombilicale, les deux triangles inguinaux, la face inférieure de la verge, la marge de l'anus, les deux creux poplités.

Sont indemnes, la région dorso-lombaire, les mains et les pieds, le côté de l'extension des diverses jointures envahies du côté de la flexion.

Chacun des groupes éruptifs présente une constitution assez analogue, et semble rayonner par une sorte de développement centrifuge.

Le centre du groupe est formé par une agglomération presque confluente de plaques intradermiques, douces au toucher, légèrement saillantes et comme papuleuses, séparées par de petits plis cutanés : leur coloration est assez pâle, beurre frais ou jaune chamois; le volume des plus grosses plaques ne dépasse guère celui d'une lentille.

A mesure qu'on s'éloigne du centre éruptif, les intervalles de peau saine augmentent d'étendue, et les nodules ou plaques xanthélasmiques diminuent de volume. Dans la zone la plus périphérique, on ne trouve plus qu'un semis de points jaunes miliaires. C'est ce qu'on voit très nettement au-dessous des plis des coudes, sur la face antérieure des avant-bras.

Une disposition très particulière est à noter sur un grand nombre de plaques xanthélasmiques, et surtout au niveau des parois antérieures et postérieures des aisselles, où la xanthomatose déborde assez largement, formant comme un demi-cercle sur la région pectorale et sus et sous-épineuse : beaucoup de plaques jaunes portent à leur centre un petit nodule à peine saillant, gros comme une tête d'épingle, et qui se détache par sa couleur gris cendré sur le fond chamois qui l'entoure. La région envahie prend ainsi un aspect tatoué, gris sur jaune, qui tranche absolument sur la coloration et l'aspect de la peau restée saine dans le voisinage. La ligne de démarcation du groupe éruptif est, du reste, bien marquée, surtout dans la région pectorale, et une bande de peau saine, assez large, sépare les groupes axillaires et sus-claviculaires de chaque côté.

Les plaques xanthomateuses les plus larges se trouvent dans les régions axillaires et inguinales.

Pour en finir avec la distribution actuelle de l'éruption, je dois signaler l'intégrité presque absolue de la face. En février dernier, lors du premier séjour de L... à l'hôpital Broussais, à peine soupçonnait-on, à la commissure palpébrale gauche, le début d'une petite plaque jaune; aujourd'hui, bien que très peu accusée encore, elle est cependant nettement constatable.

Au niveau du bord libre de la lèvre supérieure, et près de la ligne médiane, se voient un à deux petits nodules jaunes, gros comme des grains de mil.

Si l'on retrousse les deux lèvres, on voit que la muqueuse de leur face profonde est envahie; aussi bien en haut qu'en bas, elle présente, dans son tiers moyen, un semis intramuqueux de petits nodules jaunâtres, reposant sur un fond richement vascularisé, parcouru par de nombreux capillaires dilatés et sinueux.

Pas d'autre lésion de la muqueuse bucco-pharyngée.

La muqueuse génitale est normale. Au mois de février, on constatait, en outre, un phénomène assez insolite, dont, aujourd'hui, il ne reste plus guère que la trace : la zone périphérique des groupes éruptifs était parcourue par d'assez larges réseaux d'un rose un peu violacé, non saillants, et qui formaient comme une aréole congestive, autour des plaques jaunes. Celles-ci semblaient naître et évoluer dans cette sorte de zone d'envahissement.

Ces mêmes bandes rosées, larges souvent de près de 1 centimètre, reliaient entre eux les différents groupes éruptifs, comme de véritables anastomoses, surtout au-devant du bord antérieur

---

(1) Lu à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 11 octobre 1889.

de l'aisselle, à la base du cou, et à la face postéro-interne des cuisses, entre les groupes poplités et inguinaux.

Aujourd'hui, les traces de cette hyperhémie périnodulaire ne subsistent plus qu'au niveau des régions pectorales sur l'expansion antérieure des groupes axillaires. Là encore, les plaques xanthomateuses, jaunes avec leur centre grisâtre, reposent sur un fond d'un rose violacé, qui donne à cette région un aspect bigarré tout à fait particulier.

Je signale de plus que, maintenant comme au mois de février, on constate une tuméfaction très nette, indolente et assez ferme, de plusieurs ganglions inguinaux, sous-pectoraux et axillaires.

L'état général de L... n'est pas absolument satisfaisant. Son teint est à la fois pâle et d'un jaune clair, tirant un peu sur le jaune-paille. Les traits sont amaigris et tirés. Son sang contient quatre millions trente mille globules, et est de plus très appauvri en hémoglobine, puisqu'il n'en contient que 55 p. 100 de la teneur normale. L'amaigrissement est notable, les plis cutanés sont flasques et faciles à former.

Le pouls est faible et dépressible, et ne donne, au sphygmomètre de Verdin, qu'une tension de 650, au lieu de 750, chiffre moyen normal. Et, cependant, le cœur semble battre assez énergiquement, et le malade présente des palpitations dès qu'il se fatigue un peu. On entend à la base du cœur un souffle systolique aortique qui, de même que les palpitations, me paraît en rapport avec l'anémie que nous révèle l'examen du sang.

J'ajoute que cette anémie ne me paraît pas dépendre seulement du xanthélasma, car l'examen des poumons montre, surtout au sommet droit, des signes manifestes d'induration pulmonaire.

Les urines sont normales; leur quantité par vingt-quatre heures est environ de 1500 grammes; leur densité de 1012; elles sont transparentes, d'un jaune ambré, non sédimenteuses, assez riches en urohématine; leur teneur en urée est, par vingt-quatre heures, de 20 à 22 grammes; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni trace de pigment biliaire.

Tel est l'ensemble des symptômes généraux et locaux que nous constatons chez L..., qu'en pouvons-nous conclure?

Tout d'abord, l'étiologie du processus xanthomateux, ici, comme dans bien des cas, nous échappe complètement. Aucune hérédité directe, aucune hérédité non plus, semble-t-il, d'arthritisme ni de diabète.

Notre malade n'a, lui non plus, ni *diabète* (et nous verrons bientôt l'importance de ce fait), ni *manifestations arthritiques*. Malgré l'ancienneté du début de son affection, *le foie est normal, soit anatomiquement, soit fonctionnellement*. Ses dimensions sont physiologiques; il n'y a pas d'ictère, et je ne crois pas qu'il faille attacher grande importance à l'ictère passager qui s'est montré il y a onze ans, deux ans avant l'apparition du xanthome. La production quotidienne d'urée est normale, et montre que cette autre grande fonction du foie n'est pas altérée.

Enfin, *le pouvoir glycogénique du foie est conservé*; l'épreuve de la glycosurie alimentaire, faite à deux reprises avec 200 et 250 grammes de sirop de sucre, n'a donné que des résultats négatifs.

Nous sommes donc en droit d'affirmer qu'il n'y a pas chez notre sujet d'*insuffisance hépatique*.

En étiologie, pas plus qu'en pathogénie, nous ne pouvons donc conclure.

Mais cette conclusion négative a bien son importance, car on sait quelles connexions on a souvent constatées ou voulu établir entre les lésions du foie (très variables, du reste, dans leur nature et leur degré) et le xanthome. De fait, les deux coexistent souvent, sans qu'on puisse encore en formuler une explication univoque. S'agit-il de deux effets d'une même cause générale, l'arthritisme, par exemple? Est-ce la lésion hépatique qui engendre la lésion cutanée? ou la filiation causale est-elle inverse? Nous l'ignorons.

Il faut au moins retenir, du fait qui précède, qu'un xanthome ancien et largement disséminé peut évoluer sans lésion apparente ni trouble fonctionnel constatable du côté du foie.

Il est encore deux points sur lesquels je voudrais attirer l'attention de la Société.

En constatant l'existence de ces nappes congestives autour des nodules de xanthome, je me suis demandé *si la lésion ne serait pas auto-inoculable sur le sujet*. J'ai fait, à la face antérieure des deux cuisses, des inoculations pratiquées soit avec le sang des zones rosées hyperhémiques, soit avec le sang des plaques jaunes. Le résultat a été négatif.

Je ne sais si pareille recherche a déjà été faite; je n'en ai trouvé aucune mention dans les travaux les plus récents sur le xanthome. Elle a son importance, car elle ne plaide pas en faveur de la théorie microbienne et infectieuse du xanthélasma.

Il est impossible, en outre, de ne pas saisir une certaine analogie entre le fait que je viens de rapporter et quelques-uns de ceux qui ont été étudiés récemment sous le nom de *xanthome des diabétiques*.

Bien qu'un exemple de cette curieuse variété fût déjà cité dans le mémoire de Gull et Addison, ce n'est guère qu'avec les travaux récents de Malcolm Morris (1) et de Crocker (2), qu'elle a été définitivement introduite et classée dans la science.

Cette variété de xanthome survient chez les glycosuriques, procède souvent par poussées successives, peut évoluer rapidement, puis rétrocéder et guérir en quelques mois ou quelques années.

Les éléments éruptifs ont quelque chose de très spécial; d'après la description toute récente et très détaillée qu'en donnent H. Feulard et L. Wickham (3), ils sont « papuleux ou tuberculeux, d'une couleur rouge atténuée, reposant quelquefois sur une base congestive, et surmontés le plus souvent d'un point jaunâtre, d'apparence puriforme, mais aussi solide en réalité que le reste de la production pathologique ». Ils prédominent aux coudes et aux genoux, du côté de l'extension plutôt que de la flexion; la face, le cuir chevelu, la muqueuse buccale, peuvent être envahis, mais les paupières restent constamment indemnes.

Eh bien! chez notre malade, plusieurs de ces particularités peuvent être relevées. Même intégrité, au moins pendant de longues années, des paupières; même prédominance de la dermatose aux coudes et aux genoux, du côté de la flexion il est vrai; même base congestive, très nette il y a quelques mois, encore constatable aujourd'hui sur quelques points; même point grisâtre au centre de certaines plaques xanthomateuses. Dans le cas actuel, par sa régularité d'ordination et de volume, on peut se demander si ce point grisâtre ne correspond pas à des follicules pileux, circonscrits par une sorte de xanthomatose périfolliculaire. Mais c'est là un point à revoir, et que des examens biopsiques permettraient seuls de résoudre.

Enfin, dernière analogie, L... prétend que, depuis quel-

---

(1) Macolm Morris. *Pathological Transactions*, 1883, p. 278.

(2) Crocker. *Diseases of the skin*, 1888, p. 384.

(3) H. Feulard et L. Wickham. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. Xanthome.

ques mois, son éruption s'atténue et rétrograde en certains points. Or, nous savons que le xanthome vulgaire ne rétrocède pas ; que le xanthome des diabétiques, au contraire, peut aboutir à une guérison spontanée.

Voilà donc une série de particularités qui rapprochent notre cas des xanthomes dits diabétiques. Mais notre malade n'a pas de sucre dans les urines, et rien ne permet de supposer qu'il en ait eu ou qu'il doive en avoir ; d'autant que l'expérience de la glycosurie alimentaire n'a donné chez lui que des résultats négatifs.

Il est vrai que, dans un cas récent, un auteur anglais, Carafy (1), a cru pouvoir considérer comme relevant du diabète un xanthome survenu chez un sujet non glycosurique, mais dont les urines « auraient contenu » du sucre auparavant.

Nous nous croyons tenu à plus de réserve, d'autant que cette question du xanthome des diabétiques divise, aujourd'hui encore, les auteurs les plus compétents. C'est ainsi que, dans un travail récent, Thomas Barlow (2) considère le titre de xanthome comme peu justifié pour le groupe en question de dermatoses diabétiques.

Sans vouloir prendre position dans le débat, je me contenterai de dire que certains xanthomes peuvent ressembler aux xanthomes des diabétiques sans qu'il y ait pour cela de sucre dans les urines.

Je ne fais donc suivre le fait qui précède que de conclusions négatives : non-inoculabilité de la lésion cutanée, intégrité anatomique et fonctionnelle du foie, absence de diabète malgré les apparences assez particulières de l'éruption.

Mais tant que nous n'avons pas de notions pathogéniques plus précises, que la nature intime du processus xanthomateux continue à nous rester inconnue, nous sommes bien forcés de demeurer dans la période des constatations empiriques. C'est pourquoi, malgré toutes ses lacunes, j'ai cru devoir présenter à la Société le fait qui précède.

NOUVELLE TABLE D'OPÉRATIONS

Par M. le docteur A. Laguaite,
Ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

Une table d'opérations doit posséder trois qualités essentielles :

1° Elle doit pouvoir s'adapter aux opérations variées de chirurgie, et, en particulier, de chirurgie abdominale ;

2° Les liquides ne doivent pas rester stagnants à la surface, mais s'écouler sans souiller ni le malade, ni le chirurgien ;

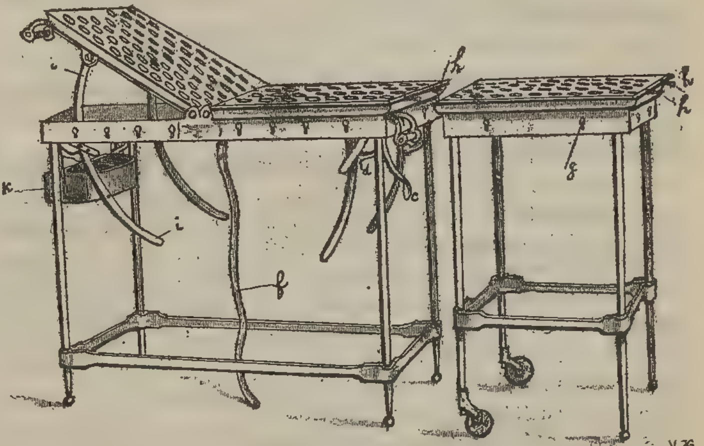
3° Elle doit pouvoir être tenue parfaitement aseptique.

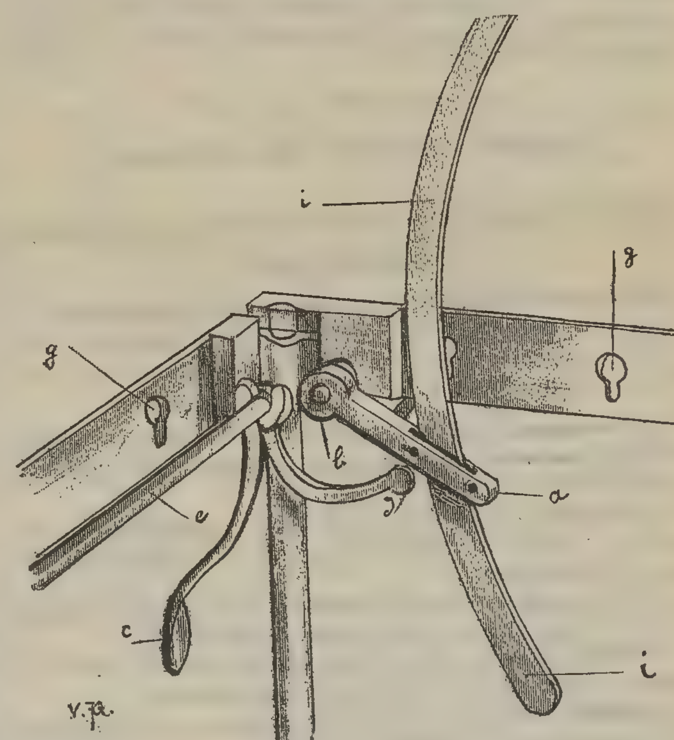
La table qui me semble le mieux posséder la première de ces qualités est celle de Reverdin [de Genève] (3). La table que je viens de faire construire pour la Maison chirurgicale est faite sur le même modèle. Elle se compose de deux corps : 1° une grande table fixe de 1m20 de longueur sur 65 centimètres de largeur et 86 centimètres de hauteur ; 2° une petite table de largeur et de hauteur semblables et de 60 centimètres de longueur, mobile sur deux pieds à roulettes.

Quand les deux tables sont placées l'une à la suite de l'autre, on a une table d'opérations de 1m80 de long, se décomposant en trois plateaux de 60 centimètres chacun. Les deux plateaux de la grande table, plateau de tête et plateau de bassin, peuvent s'élever, le premier jusqu'à l'angle droit, le deuxième jusqu'à un angle de 45 degrés (1).

Pour les pansements du membre inférieur et du bassin, on écarte la petite table de la grande de façon à placer dans l'intervalle la région malade.

En retirant complètement la petite table, la grande constitue une table de gynécologie à laquelle, grâce à des orifices en trou de serrure (*g*, *g*) placés tout le long de l'entablement, on peut ajouter soit des pédales avec réservoir pour les liquides, soit des jambières de Péan pour les opérations dans lesquelles le chirur-





gien se place entre les cuisses du malade (2). On peut aussi se servir des jambières quand on a besoin de la petite table pour

(1) Carafy. *Brit. Journ. of Dermat.*, janvier 1889, p. 76.

(2) Th. Barlow. *Idem*, novembre 1888, p. 3.

(3) *Revue de chirurgie*, juillet 1888.

(1) Une pièce métallique (*a b*), fixée par un gond à l'entablement, permet à l'arc (*i i*) de glisser de bas en haut dans une mortaise dont elle est creusée, mais s'oppose à sa descente. Pour effectuer le retour il faut que la pièce (*a b*) soit légèrement soulevée, ce qui se fait grâce à un levier coudé (*c d*) sur lequel on agit avec le genou au point (*c*). Par la barre (*e*) l'action se transmet simultanément sur la même pièce (*a b*) du côté opposé. Il faut, en même temps que l'on presse du genou le levier, soutenir et accompagner le plateau à la force des poignets, car il retomberait de tout son poids.

(2) Ces trous peuvent servir aussi à fixer des plateaux, des bassins, des entraves, une boîte métallique contenant les objets nécessaires à l'anesthésie (*k*).

opérer sur le membre supérieur, et spécialement la main et le coude.

La table qui me semble le mieux assurer l'écoulement des liquides est celle de Julliard (de Genève). Sa surface est formée d'une lame de zinc criblée de gros trous à travers lesquels les liquides tombent immédiatement dans un réservoir et ne s'insinuent pas, plus ou moins loin, sous le malade. Celui-ci n'est jamais mouillé au delà du champ opératoire.

De même, le plateau de notre petite table et les plateaux mobiles de notre grande table sont constitués par une cuvette rectangulaire de 3 centimètres de profondeur seulement, recouverte par une plaque perforée qui s'y fixe à frottement comme un couvercle. Un tube de caoutchouc (*f*) conduit les liquides à terre.

Pour éviter le froid et la dure, on peut fixer, à l'aide des boutons (*h h*), sur chaque plateau, un petit matelas de caoutchouc plat, lisse et sans capitons. On ne laisse à découvert que le plateau sur lequel on opère.

Enfin, la dernière qualité, la plus importante, est l'asepsie. Pour cela, notre table, comme celle de M. le professeur Poncet (1), a une charpente en métal nickelé, toute brillante. La propreté luisante est le commencement de l'antisepsie. Toutes les pièces dont elle se compose se démontent, car elles sont simplement emboîtées, et chaque pièce démontée est parfaitement lisse, sans aucune rainure. Dans le service journalier, il suffit, après chaque opération, d'enlever les plaques trouées qui constituent la surface et de les laver à la solution phéniquée forte (2).

Cette table a été faite par M. Aubrun, constructeur mécanicien, qui s'est chargé complètement de la partie technique de la construction et a heureusement imaginé le système d'élévation et d'abaissement des plateaux. Elle possède, je crois, les qualités essentielles indiquées au début.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 octobre 1889.— Présidence de M. CADET DE GASSICOURT.

COMMUNICATIONS

Hémiplégie hystérique avec atrophie musculaire. — M. DEBOVE fait une communication sur une hémiplégie hystérique avec atrophie musculaire survenue à la suite d'une diphthérie. (Voir plus haut, p. 1129.)

Xanthélasma. — M. CHAUFFARD lit une observation de xanthélasma disséminé et symétrique, sans insuffisance hépatique. (Voir plus haut, p. 1131.)

M. BALZER a relaté, dans les *Archives de physiologie*, un cas analogue : les lésions macroscopiques avaient à peu près même aspect et même siège.

M. GÉRIN-ROZE a toujours constaté que les malades atteints de xanthélasma étaient déjà en puissance de maladie.

M. JUHEL-RÉNOY a observé cette affection chez des clients en parfaite santé : c'est une simple difformité cutanée.

M. RENDU n'est pas convaincu que le malade de M. Chauffard n'aura pas plus tard des troubles hépatiques.

M. CHAUFFARD, sans engager l'avenir, affirme que le foie de son malade est normal.

M. MERKLEN signale les différences qui existent dans l'affection décrite par M. Chauffard. La plupart des nodules présentent à leur centre un poil et paraissent développés autour d'un follicule pileux. Les plaques et les nodules sont entourés de cette atrophie de la peau observée au niveau des vergetures. Ces signes n'existent pas habituellement dans le xanthome.

M. CHAUFFARD, tout en reconnaissant la justesse des observations de M. Merklen, ne sait aucune espèce morbide qui ait plus d'affinité avec le xanthome. Jusqu'à nouvel ordre, c'est la dénomination la plus vraisemblable que l'on puisse donner.

PRÉSENTATION

Bégaiement hystérique. — M. BALLET présente un bègue, pour lequel il croit pouvoir décrire une nouvelle variété, le bégaiement hystérique.

M. DESNOS pense que ce malade semble atteint de paralysie générale.

M. BALLET fait remarquer que, contrairement à la coutume du paralytique général, son malade ne mange pas les syllabes en parlant.

M. GÉRIN-ROZE ne croit pas que le malade présenté soit un bègue ; il penserait plutôt à la sclérose en plaques ou à la paralysie glosso-labio-pharyngée.

M. BALLET ne peut donner un autre nom que celui de bégaiement au trouble de la parole de son malade.

COMMUNICATION

Pleurésie hémorrhagique. — M. FÉRÉOL communique une observation de pleurésie hémorrhagique ; le malade avait eu un cancer de la plèvre, consécutif à un épithélioma du nez, opéré avec succès, cinq ans auparavant.

Il n'y a pas eu d'autopsie, mais il paraît certain que le malade a succombé à une pleurésie cancéreuse, et que ce cancer de la plèvre était secondaire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les obsèques de M. Ricord ont eu lieu samedi au milieu d'un immense concours de confrères et d'amis.

Parmi les discours prononcés sur sa tombe, nous citerons ceux de M. Péan, au nom de l'Académie de médecine ; M. Peyron, au nom de l'Assistance publique ; M. Charles Mauriac, au nom de l'hôpital du Midi ; M. Le Dentu, au nom de la Société de chirurgie ; M. Horteloup, au nom des chirurgiens ; MM. Diday et Fournier, au nom des anciens élèves ; M. Riant, au nom de l'Association générale des médecins de France ; M. le comte de Beaufort, au nom de la Société de secours au blessés.

— Par décret, en date du 24 octobre 1889, ont été promus dans le corps de santé militaire, au grade de médecin aide-major de première classe, pour prendre rang du 24 octobre 1889, et ont été maintenus à leur poste actuel, par décision du même jour, les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent :

MM. Marcus, Simonin, Bérard, Renard, Ruotte, Ecot, Licht, Renaud, Maison, Zipfel, Robelin, Jantet, Griffe, Jaubert, Spillmann, Keime, de Burine, Cahen, Castelli, Viéla, Venner, Cardot, Delporte, Bayle, Piquot.

MM. Rivière, Tersen, Méchin, Launois, Sudre, Foy, Frache, Papon, Poujol, Messerer, Ferrand, Batut, Chevassu-Périgny, Leymarie, Campos-Hugueney, Leclerc, Baillé, Laforgue, Arnaud, Fuzerot, Courtois, Galzin, Goulon, Benoit, Collet.

MM. Bouchet, Augry, Wenzinger, de Montéty, Peyret, Pierron, Manon, Riche, Martin, Cuvier, Apard, Jouet, Lévy, Barrière, Vialette, Marion, Beno, Barbière et Chabrol.

— Par décision ministérielle, en date du 25 octobre 1889, M. Tardif, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour le 105e d'infanterie.

— *Concours de l'externat.* — Anatomie : troisième séance (samedi, 26 octobre), « Veines superficielles du membre inférieur ».

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

(1) *Revue de chirurgie*, août 1889.

(2) Dans le démontage complet, on enlève successivement les plaques trouées, les cuvettes, les trois pièces du système d'élévation, les entablements, les pieds et les cadres qui les réunissent à la partie inférieure.

Internes : MM. Nové-Josserand, Morand, Sallès, Coignet, Porte, Répelin, Chatin, Margery, Villard, Levrat, Sérullaz et Caillet.

Internes provisoires : MM. Choupin, Artaud, Layral, V. Thévenet, Sirand, Martel, Ollier, Bouchet, Merlin, Bonnet, Lathuraz-Violet, Devay, J. Thévenet, Bisch, Pétouraud, Pauly, Aurand et Berthaud.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Dubois, professeur agrégé au lycée d'Amiens, est chargé d'un cours de physique, en remplacement de M. Delage, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Thouvenin, pharmacien de première classe, est nommé professeur de pharmacie et de matière médicale.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le docteur Gallois est nommé professeur d'accouchement, maladies des femmes et des enfants.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Lenoir est nommé aide de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Sourdille, dont la délégation est expirée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delouey (de Caen); Garrigou-Laménie (de Bordeaux); Laffitte, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

84

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

17

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

18

PHÉNACÉTINE-BAYER

NOUVEAU REMÈDE

antipyrétique et antinévralgique.

SULFONAL-BAYER

LE NOUVEAU SOMNIFÈRE

de MM. les professeurs BAUMANN & KARST.

Ces deux produits pharmaceutiques, que nous étions les premiers à fabriquer en grand sur la demande des inventeurs, sont en vente *chez tous les droguistes et pharmaciens* à l'état *de poudre cristalline et en pastilles mis en flacons, cartons ou en sachets de parchemin* (emballage d'origine).

La pureté absolue est garantie par un contrôle permanent exercé par des autorités scientifiques compétentes.

La **Phénacétine-Bayer** et le **Sulfonal-Bayer** étant brevetés dans les *Etats-Unis de l'Amérique du Nord*, la revente pour ce pays en est *prohibée*.

Des brochures et des échantillons en nature sont tenus à la disposition de MM. les Médecins par notre *agent dépositaire* :

Monsieur Jean KAHRÈS,
49, rue d'Enghien,
PARIS.

Farbenfabriken vorm. Friedr. BAYER et Co, Elberfeld.

Couleurs d'Aniline et Alizarines.
Produits pharmaceutiques.

62

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1o La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2o le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3o le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4o le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Phie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée).** Dépôt Gral : Phie Cie Fg Montmartre, Paris.

75

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

12

Anémie, Chlorose, Pâles couleurs, Convalescence,
GUÉRISON PROMPTE ET CERTAINE PAR

L'ÉLIXIR EUSTHÉNIQUE

au FER et à l'ERGOT de Seigle
du Dr J. PELLETAN

3 récompenses obtenues en 1888

BARCELONNE	PARIS	BRUXELLES
médlle d'argt	diplôme d'honneur	médlle d'argt

Cet élixir, d'un goût délicieux et très agréable à prendre, est le plus puissant réparateur des forces. A la dose d'une cuillerée à café après chaque repas, il est recommandé d'une façon toute spéciale aux femmes qui nourrissent, et dont le lait a besoin d'être reconstitué.

PRIX DU FLACON : 5 FRANCS

Dans toutes les bonnes Pharmacies.

Vente en gros : E. GRIMAUD fils, 3, r. Ribera, Paris.

65

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

23

LES BONBONS DE FER DIASTASÉ

du Dr V. BAUD

CONTIENNENT 1 CENTIGR. 1/2 DE CITRATE DE FER

Le nouveau mode de préparation que nous appliquons au **Fer,** accroît beaucoup son efficacité curative et fait disparaître les actions locales irritantes de sa forme chimique, en lui substituant une loi de la nature, qui le rend plus apte à exercer sans troubles son action digestive et d'assimilation.

Notre méthode consiste à provoquer un mouvement de germination dans la graine de cresson; à obtenir qu'elle absorbe et assimile une solution médicamenteuse titrée. Pendant ce travail vital, elle développe une abondante diastase, principe de la salive et de la digestion.

Reste à dragéifier ces graines en évitant de compromettre les principes diastasiques, et, selon l'expression du savant **Bouchardat,** le malade peut avaler son médicament dans son laboratoire. (*Voir la brochure*). Paris, 22 et 19, r. Drouot.

Dr V. Baud

54

ALBUMINATE DE FER

LIQUEUR DE LAPRADE

CHLORO-ANÉMIE, AFFECTIONS UTÉRINES

Spécifique des troubles de la menstruation.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

77

LE SERVICE VACCINAL DE LA SEINE

envoie ctre mandat: *Vaccin de Génisse*, le tube, **1** fr. *Pulpe vaccinale*, le tube **2** fr. — On trouve le Vaccin tous les jours au DÉPÔT : *4, rue de Sèvres.*

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

4

VIN DE BELLINI (ET QUINA COLOMBO)

Fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

DETHAN, à Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

92

VICHY, PASTILLES DIGESTIVES

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 fr.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

33

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**g.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

N° 125. — JEUDI 31 OCTOBRE 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 31 OCTOBRE 1889. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** D. — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas samedi.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La Commission de la tuberculose a présenté ses nouvelles conclusions. Nous les donnons au compte rendu, car elles doivent être discutées.

M. Daremberg est venu faire une intéressante communication sur la résistance variable des animaux à la tuberculose.

Mais les honneurs de la séance ont été certainement pour M. Terrier. Le chirurgien de Saint-Louis a, pour la première fois en France, pratiqué l'opération de la cholécystentérostomie. Nous publions plus loin les détails de cette très intéressante opération.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. TROISIER.

Pneumothorax survenu dans le cours d'un accès d'asthme et guéri par la thoracentèse (1).

Femme de vingt-sept ans, ayant des accès d'asthme depuis l'âge de dix-neuf ans. Entre à la Pitié le 25 juin 1887, pour un accès très violent avec albuminurie abondante. Le 28, apparition d'un état fébrile (40 degrés) sans aucune complication appréciable. Le 1er juillet, on constate les signes d'un pneumothorax (souffle amphorique et tintement métallique) dans toute l'étendue du côté gauche. Le 2, la suffocation était excessive, il y avait un commencement d'asphyxie. La thoracentèse fut pratiquée avec le petit trocart de l'appareil Potain; on aspira en quelques minutes 2 litres 1/2 d'air environ. L'évacuation se fit un peu trop rapidement, car il survint des quintes de toux et une expectoration (albumineuse?) tenant à l'afflux du sang dans le poumon comprimé, comme cela se produit quelquefois après la thoracentèse dans le cas de pleurésie. Mais cet accident n'eut pas de suite, et la malade fut considérablement soulagée. Le soir, on constatait encore, dans les parties supérieures du thorax, des signes de pneumothorax partiel; mais, le lendemain matin, l'air était complètement résorbé, et l'auscultation donnait les signes constatés avant la production du pneumothorax. L'accès d'asthme cessa rapidement, la fièvre tomba, l'albuminurie disparut. La guérison était complète au bout d'une dizaine de jours. Depuis lors, la malade a encore eu un certain nombre d'accès d'asthme. Elle conserve les signes d'un emphysème peu prononcé.

Ce fait démontre que le pneumothorax, dû à la rupture du poumon dans le cours d'un accès d'asthme, peut présenter une extrême gravité par la quantité d'air épanché; la thoracentèse est alors indiquée. Dans le cas actuel, il est peut-être heureux qu'elle n'ait été faite que le lendemain de la production du pneumothorax; le poumon ayant été comprimé et immobilisé par l'épanchement gazeux, la fissure pulmonaire a pu se cicatriser, de sorte que le pneumothorax ne s'est pas reproduit.

L'épanchement d'air n'a pas été suivi de pleurésie, ce qui prouve que l'air seul n'est pas une cause d'irritation pleurale. On sait qu'il est facilement résorbé par la plèvre.

Cette observation montre une fois de plus que le tintement métallique n'exige pas la présence de liquide dans la plèvre, et que le souffle amphorique se produit, bien qu'il n'y ait pas de fistule pleuro-bronchique persistante.

(1) Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, le 25 octobre 1889.

HOPITAL NECKER. — M. RENDU.

Cancer de l'estomac, dilatation gastrique essentielle ou symptomatique.

La dilatation de l'estomac est simple, c'est-à-dire essentielle, ou elle est symptomatique et se rattache alors au cancer de l'estomac.

On a donné, comme un caractère différentiel important de ces deux formes de dilatation gastrique, l'anorexie des malades, anorexie qui, dans le cas de cancer, est surtout caractérisée par un dégoût pour les éléments azotés, pour la viande en particulier. C'est là, en effet, un signe doué de quelque valeur, mais il est insuffisant, en ce sens d'abord qu'il fait parfois défaut, en ce sens aussi qu'on peut le rencontrer en dehors de toute affection cancéreuse de l'estomac. C'est ainsi qu'en ce moment même où, dans ma salle d'hommes, j'ai deux sujets atteints de cancer de l'estomac, l'un de ceux-ci seulement éprouve cette anorexie, tandis que

l'autre a conservé encore un assez bon appétit et mange indifféremment de la viande ou tout autre aliment. Cette anorexie n'est donc, en réalité, qu'un signe de présomption et non de certitude du cancer de l'estomac.

D'ailleurs, nombre de malades, nullement cancéreux, éprouvent ce dégoût de la viande; nous le retrouvons chez les alcooliques, qui n'ont presque jamais faim et qui, lorsqu'ils ont encore quelque appétit, mangent plus volontiers des aliments amylacés; nous le retrouvons chez nombre de sujets atteints d'affections chroniques, chez nombre de dyspeptiques tuberculeux, saturnins, voire même albuminuriques.

D'autre part, la forme même de la dyspepsie est-elle un signe pathognomonique? Pas davantage, quoique la plupart des cancéreux aient une dyspepsie atonique peu douloureuse. J'ai vu ainsi des malades manger avec assez d'appétit pendant plusieurs jours de suite, puis la veille du jour où les vomissements devaient avoir lieu, l'estomac devenir douloureux, par suite même de sa réplétion, tandis que toute douleur cessait dès que la cavité stomacale était vide. En général, dans le cancer, l'élément douleur n'existe pas, si ce n'est dans le cas où les ganglions voisins sont envahis.

Bref, le dégoût de la viande, non plus que la forme atonique de la dysphagie, ne sont des signes pathognomoniques du cancer de l'estomac. Il en est de même des renvois, des éructations qui tiennent, en général, à la fermentation gastrique quelle qu'en soit la cause et non pas au cancer plus particulièrement, et qui, chez les hystériques, par exemple, reconnaît pour cause la présence d'une certaine quantité d'air dans l'estomac. Cependant, les renvois nidoreux, ayant l'odeur d'œufs pourris, se rencontrent plutôt dans le cancer que dans toute autre maladie d'estomac.

Quant aux vomissements, ils ne sont pas beaucoup plus démonstratifs du cancer que les autres signes que je viens de passer en revue, je parle surtout des vomissements bilieux. Les vomissements d'aspect noirâtre, quand ils sont peu abondants, ne sont pas non plus pathognomoniques, car leur coloration noire ne tient pas toujours à la présence du sang, mais aussi parfois à la fermentation gastrique de certaines substances alimentaires.

J'ajoute que la diminution de la quantité d'acide chlorhydrique, — question sur laquelle les Allemands ont fait d'assez nombreuses recherches au point de vue du cancer — n'est encore qu'un signe de présomption et non pas de certitude.

Les signes physiques, quoique n'ayant pas toujours une valeur absolue, sont, cependant, un peu plus positifs. Pourtant, la sensibilité épigastrique ne prouve rien en faveur de l'existence du cancer, il en est de même de la voussure gastrique. La résistance de l'estomac n'a pas non plus une bien grande valeur, car sa signification n'est pas la même dans tous les cas. En effet, en dehors du cancer, elle peut être due à la présence d'un amas stercoral, à la contraction de la portion supérieure du muscle droit de l'abdomen, à quelque empâtement épiploïque, à l'augmentation de volume du pancréas, voire même à une induration pylorique non cancéreuse. Je vous citerai, à ce propos, l'observation d'une femme du monde actuellement âgée de quatre-vingt-deux ou quatre-vingt-trois ans, que j'ai vue pour la première fois, il y a neuf ou dix ans, avec M. Potain et chez laquelle le diagnostic avait été : cancer du pylore. Cette malade, qui avait des vomissements très fréquents, fut mise au régime lacté; elle s'en trouva fort bien et recouvra peu à peu l'intégrité de ses fonctions digestives actuelles. Quant à son prétendu cancer, il n'était autre qu'une induration scléreuse du pylore, en rapport avec une artério-sclérose généralisée, dont elle a donné maintes preuves depuis quelques années.

Il n'y a donc pas, à proprement parler, de signe réellement différentiel de la dilatation simple et de la dilatation symptomatique de l'estomac.

Les deux malades, à propos desquels je fais cette leçon, sont tous deux des cancéreux — cela ne fait aucun doute — et, parmi les éléments de mon diagnostic, j'invoquerai : 1° l'âge : tous deux, en effet, ont dépassé la soixantaine; or, la dilatation simple vraie est une maladie de l'adolescence, de l'âge adulte, voire même de l'enfance et non de la vieillesse, et lorsqu'on la rencontre chez le vieillard, on trouve presque toujours chez lui des antécédents dyspeptiques datant de loin; — 2° la marche rapide des accidents, marche que l'on n'observe pas dans la dilatation essentielle : en effet, chez l'un de ces deux malades, les premiers accidents remontent à six semaines seulement, chez l'autre à six mois; et, jusque-là, ni l'un ni l'autre n'avaient eu le moindre phénomène dyspeptique; — 3° l'étiologie : rien chez eux ne pourrait nous expliquer une dyspepsie chronique, ni alcoolisme, ni nicotisme, ni habitude de café, ni excès de table. Chez ces deux malades, nous ne retrouvons aucune des causes habituelles de la dyspepsie. Je dois ajouter aussi que, du côté des autres viscères (foie, reins, poumons, etc.), nous ne découvrons aucune lésion capable d'avoir influencé l'estomac par action réflexe.

Enfin, ajoutons que l'anorexie, chez l'un deux, tout au moins, les vomissements très fréquents, noirâtres, et la rénitence pylorique nous portent, joints aux signes positifs ou négatifs que nous venons d'énoncer, à conclure pour une lésion cancéreuse de l'estomac. De plus, il est un signe qui nous donne encore de grandes présomptions en faveur de ce diagnostic, je veux parler du lavage de l'estomac, ramenant, le lendemain d'une première opération, un liquide teinté en brun, alors que sa cavité avait été complètement évacuée de tous les résidus capables de donner lieu à la formation gastrique.

En résumé donc, le diagnostic de cancer de l'estomac ne fait aucun doute pour moi.

Il est des cas où le diagnostic est plus difficile encore, c'est-à-dire des cas où il y a superposition de deux maladies différentes comme chez la malade du n° 7 de la salle Sainte-Thérèse, actuellement mourante, où, à son arrivée, j'ai diagnostiqué, avec nombre de candidats au Bureau central, une tout autre affection qu'un cancer de l'estomac. Cette femme est entrée avec des vomissements incoercibles datant de vingt-trois jours, de l'œdème des membres inférieurs, du ballonnement du ventre sans ascite, de l'oppression, de l'essoufflement, une arythmie cardiaque des plus marquées. Ses antécédents héréditaires étaient nuls; quant à elle, depuis douze ans, elle avait de la gravelle, des coliques néphrétiques, des douleurs rhumatismales, un état dyspeptique datant de deux mois, des urines purulentes et sédimenteuses, de telle sorte que j'avais cru à quelque pyélonéphrite avec état cardiaque, et que les vomissements de ces derniers temps m'avaient paru tenir à l'urémie, à une urémie à marche lente. J'étais d'autant plus porté à ce diagnostic, que le régime lacté et les injections de caféine

avaient amené une diminution notable des vomissements, une augmentation des urines et avaient rendu au cœur son rythme normal. J'en étais donc là, lorsque, un jour, elle a eu des vomissements noirs, couleur de suie, caractéristiques de l'exsudation sanguine. En même temps, l'examen de l'estomac permettait, par la diminution de la tympanite, de reconnaître l'existence d'une tumeur.

La superposition des deux lésions m'avait conduit, tout d'abord, à une erreur de diagnostic, je l'avoue, que je n'aurais pas dû commetre — dans l'espèce elle n'a eu aucun inconvénient — si j'avais examiné la région cervicale. En effet, au-dessus de la clavicule *droite* — en général, c'est dans la région sus-claviculaire *gauche* qu'on les rencontre, — il y avait, ainsi que je l'ai constaté depuis, deux ganglions indurés, indolents, témoins d'une généralisation à distance d'une affection cancéreuse. De plus, les vomissements *incoercibles* sont rares dans la pyélo-néphrite, si ce n'est tout à fait dans la dernière période de la maladie. Ce sont là les deux seuls points qui auraient pu, dans le principe, appeler davantage mon attention sur la possibilité du cancer de l'estomac chez cette femme.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Terrier.

Cholécystentérostomie.

Mme M..., cinquante-quatre ans ; pas d'antécédents héréditaires, bonne santé habituelle ; six enfants, trois fausses couches.

En janvier dernier, troubles digestifs avec gêne dans l'hypochondre droit ; diminution des forces, perte d'appétit. Le 10 mai, crise hépatique suivie d'un ictère généralisé, et bientôt décoloration des selles, urine vert foncé, prurigo, faiblesse extrême, inappétence absolue et augmentation notable du foie, au-dessous duquel on sent une tumeur ovoïde, lisse, rénitente, qui paraît être la vésicule biliaire distendue par la bile. Pas d'ascite. Rien au cœur ni aux poumons. Pas d'albumine.

Le 10 juillet, malgré un traitement médical approprié, grand accès fébrile, avec frisson initial.

En présence de ces accidents graves, dus très certainement à une oblitération du canal cholédoque, avec dilatation anomale de la vésicule biliaire, je me décidai à intervenir.

L'opération fut faite le 13 juillet dernier. L'anesthésie obtenue, incision sur la ligne médiane, entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. L'abdomen ouvert, on voit, sous le foie, la vésicule biliaire distendue. Elle fut ponctionnée par aspiration, et on en retira 400 grammes de liquide biliaire. L'ouverture de la ponction fut momentanément obstruée par une pince à pression ; avec le doigt, j'explorai alors le trajet du canal cystique et celui du cholédoque, dans l'épaisseur du pancréas, et je pus percevoir l'existence d'une tuméfaction ovoïde, ayant les dimensions d'un noyau de datte et paraissant être un calcul obturant le canal cholédoque.

En présence de ce fait, je crus devoir tenter l'établissement d'une fistule permanente entre la vésicule biliaire et le duodénum, soit la *cholécystentérostomie*.

La face inférieure de la vésicule biliaire répondant presque directement à la face antéro-supérieure de la première portion du duodénum, c'est en ce point, à environ 3 centimètres du pylore, que je résolus de pratiquer l'opération.

Tout d'abord, un premier fil de catgut fin fut placé comme un cordon de bourse, entre les parties correspondantes de la vésicule et du duodénum. Les chefs de cette suture en bourse furent maintenus momentanément par une pince à pression.

Au-dessus de ce point, huit points de suture sont successivement placés sur deux lignes antéro-postérieures : quatre points d'un côté et quatre points de l'autre côté.

Voici comment sont placés les huit fils : après avoir pénétré dans l'épaisseur de la paroi intestinale, sans la traverser tout à fait, le fil ressort à une petite distance (1 centimètre environ), pour pénétrer de nouveau dans la paroi de l'intestin, toujours sans la traverser entièrement, pour ressortir après un trajet de 1 centimètre environ.

Le même fil traverse deux fois aussi, mais non complètement, la tunique de la vésicule biliaire, comme il l'a fait pour la paroi de l'intestin.

Quand on serre les fils, ils adossent intérieurement, et suivant deux lignes longitudinales, les parois de la vésicule et du duodénum.

Un dernier point de suture, disposé en bourse comme le premier placé, est passé au-dessus des deux rangées latérales.

Notons que les chefs de ces dix fils sont tous saisis méthodiquement par des pinces à pression, de façon à les bien isoler les uns des autres, avant de les serrer.

Le premier point en bourse est d'abord serré et les chefs sont coupés au ras du nœud. Puis, on serre les points latéraux.

Abritant les parties voisines avec une éponge maintenue par une pince à pression et écartant, avec une pince à disséquer entr'ouverte, les deux rangs de sutures antéro-postérieures, fort rapprochées l'une de l'autre ; quand elles furent serrées, j'ouvris, avec un fin bistouri étroit, la vésicule biliaire d'abord, puis, après avoir essuyé la bile épaisse qui s'était écoulée de l'incision, je ponctionnai, avec le même bistouri, le duodénum dans une petite étendue, correspondant à l'ouverture de la vésicule.

Enfin, pour assurer la communication cholécysto-intestinale, je fis pénétrer, d'abord dans la vésicule, puis dans l'intestin, un bout de drain de caoutchouc rouge, long de 4 à 5 centimètres et de 4 à 5 millimètres de diamètre, le drain remplissant presque la double ouverture que je venais de pratiquer avec le bistouri.

Seulement alors, je serrai le point antérieur disposé en bourse.

L'ouverture, faite à la vésicule par le trocart, fut définitivement obstruée à l'aide de deux fils de catgut passés avec l'aiguille de Reverdin et noués en les entrecroisant en X. Pour plus de sécurité, le fond de la vésicule fut fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Celle-ci fut réunie par six sutures profondes au fil d'argent et douze sutures superficielles au crin de Florence.

Pansement avec le salol. Poudre, gaz et ouate, le tout maintenu par une bande de flanelle.

Dès le lendemain, la salivation et le prurit ont disparu. Température 38°6.

Le deuxième jour, une garde-robe colorée en vert jaunâtre. La teinte des téguments tend à diminuer. Dès le troisième jour, plus de fièvre. Le septième jour, expulsion du drain qui avait été en quelque sorte digéré. Le huitième jour, premier pansement ; on enlève les fils profonds. Le dixième jour, cicatrisation complète de la plaie.

Bref, après quelques accidents passagers (salivation, un peu de fièvre), la malade quittait l'hôpital le 10 août, c'est-à-dire moins d'un mois après son opération. A la date du 9 octobre, ses forces étaient revenues et elle avait sensiblement engraissé, bien qu'elle ne mange pas beaucoup. Les urines sont normales, les selles colorées, les douleurs nulles.

La cholécystentérostomie est une opération assez exceptionnelle et mon opération est la septième connue.

La première fut pratiquée par von Winiwarter, en 1882 ; depuis elle a été faite par Monastyrski, Kappler, Socin (1887), Bardenhauer (1888) et Mayo Robson (1889).

Sans m'étendre ici sur les indications et contre-indications de cette opération qui mérite d'être étudiée de près, nous dirons qu'elle a été faite soit pour parer aux accidents déterminés par une oblitération du canal cholédoque, soit pour guérir une fistule biliaire.

Dans le premier cas, quelle que soit la cause de l'oblitération, l'indication de l'opération nous paraît indiscutable ; rétablir le cours de la bile par une fistule cholécysto-intes-

tinale, tel est le but qu'il faut atteindre. La guérison pourra être définitive s'il s'agit d'une oblitération par calcul, par sclérose simple du pancréas. Au contraire, la guérison est temporaire lors de cancer du pancréas, mais la survie de plus d'une année dans le cas de Kappler doit encourager le chirurgien.

Dans le second cas, quand il s'agit de fistule biliaire, l'opération est peut-être plus discutable; toutefois, si cette fistule résulte d'obstruction du canal cholédoque, nous croyons l'opération tout à fait indiquée. Ne connaissant pas le fait de Mayo Robson qui n'est pas encore publié, nous ne pouvons élucider cette question fort intéressante et qui n'est encore qu'ébauchée en quelque sorte.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 octobre 1889. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des rapports : 1° de M. le docteur Délamare, médecin-major, sur les vaccinations pratiquées dans la garnison de Châtellerault en 1888 et 1889; — 2° de M. le docteur Collardot (d'Alger) sur le typhus à Alger en 1888; — 3° une note de M. le docteur Reigniez (de Surgères) sur la thermo-aéro-thérapie; — 4° un mémoire de M. Moissonnier, pharmacien militaire, sur les eaux de Belfort.

Obsèques de M. Ricord. — M. PÉAN donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de M. Ricord.

COMMUNICATION

Résistance variable des animaux à la tuberculose. — M. DAREMBERG étudie la résistance variable des animaux à la tuberculose naturelle ou expérimentale. Cette résistance varie, non seulement avec l'espèce animale, mais avec la voie d'inoculation, la quantité de poison, l'état antérieur de l'organisme.

On peut rendre l'organisme plus apte à contracter une tuberculose mortelle, en donnant aux animaux du glycogène par les voies alimentaires ou sous-cutanées, ce qui montre que l'hyperglycémie du foie prédispose les diabétiques à la tuberculose grave.

On rend quelquefois l'organisme moins apte à contracter une tuberculose rapidement mortelle, en donnant aux animaux des huiles et des graisses, par la voie alimentaire, lorsque l'inoculation est faite par la voie sous-cutanée. Lorsque l'inoculation est faite directement dans le sang par les veines, l'organisme envahi d'emblée ne peut pas profiter des éléments favorables que lui apportent les huiles dans sa lutte contre le virus, et il n'y a aucune survie. L'huile de foie de morue, la plus digestive des huiles, doit donc être donnée seulement dans les tuberculoses qui ne sont pas infectantes d'emblée. Cette huile n'agit pas contre le bacille de la tuberculose, mais elle donne de la résistance à l'organisme, comme la suralimentation, l'aération permanente, et les autres agents de l'hygiène générale. Elle est un agent de défense, et non un agent d'attaque contre la maladie.

Dans toutes les maladies consomptives, les reconstituants généraux agissent en permettant à l'organisme de lutter contre les poisons formés dans l'estomac et l'intestin par des fermentations anomales. Ces reconstituants permettent aussi aux émonctoires (reins, peau) d'éliminer les poisons produits dans les cellules des organes par une nutrition défectueuse. Le tuberculeux, qui a un bon estomac, vit très longtemps avec sa tuberculose, parce que le tuberculeux meurt empoisonné par les produits de la dénutrition avant de pouvoir mourir de sa tuberculose.

On peut retarder l'évolution de la tuberculose chez quelques animaux, en les habituant peu à peu à supporter le virus tuberculeux. On peut leur inoculer, sous la peau, de petites doses de cultures tuberculeuses ou de cultures stérilisées, avant l'inoculation mortelle. On obtient le même résultat incomplet, en inoculant sous la peau l'émulsion de la moelle épinière d'animaux morts de la tuberculose.

Le virus tuberculeux est donc un poison que l'on peut manier à la façon des poisons minéraux ou organiques. On peut accroître ou diminuer sa toxicité. D'autre part, on peut augmenter la résistance de l'organisme contre son action désorganisante. A travers cette gamme de virulences diverses, on trouvera la note juste qui transformera le virus en vaccin, qui fixera avec précision l'atténuation conférant infailliblement l'immunité.

RAPPORTS

Tuberculose. — M. VILLEMIN, au nom de la commission de la tuberculose, donne lecture de son nouveau rapport sur la prophylaxie de la tuberculose. En voici les conclusions :

I. La tuberculose est de toutes les maladies celle qui fait le plus de victimes. Dans les grandes villes, elle compte pour un quart à un septième dans la mortalité.

Pour s'expliquer l'élévation de ce chiffre, il faut savoir que la phthisie pulmonaire n'est pas la seule manifestation de la tuberculose, comme on le croit à tort dans le public. En effet, nombre de bronchites, de pleurésies, de méningites, de péritonites, d'entérites, de lésions osseuses et articulaires, d'abcès froids, etc., sont des maladies de même nature.

II. La tuberculose est une maladie infectieuse, parasitaire, causée par un microbe; mais elle n'est transmissible à un individu sain par un sujet malade que dans des conditions spéciales que nous allons déterminer.

En dehors de sa transmission héréditaire directe, le microbe de la tuberculose pénètre dans l'organisme par les voies aériennes avec l'air inspiré, par le canal digestif avec les aliments, par la peau et les muqueuses à la suite d'écorchures, de piqûres, de plaies et d'ulcérations diverses.

III. La source contagieuse la plus fréquente et la plus redoutable réside dans les crachats des phthisiques. A peu près inoffensifs tant qu'ils restent à l'état liquide, c'est surtout lorsqu'ils sont réduits en poussière qu'ils deviennent dangereux. Ils revêtent promptement cette forme lorsqu'ils sont projetés sur le sol, les planchers, les carreaux, les murs; lorsqu'ils souillent les vêtements, les couvertures, les objets de literie, les tapis, les rideaux, etc.; lorsqu'ils sont reçus dans des mouchoirs, des serviettes, etc.

C'est alors que, desséchés et pulvérulents, ils sont mis en mouvement par le balayage et l'époussetage, le battage et le brossage des étoffes, des meubles, des couvertures, des vêtements. Cette poussière, suspendue dans l'air, pénètre dans les voies respiratoires, se dépose sur les surfaces cutanées et muqueuses dépouillées de leur vernis épidermique, sur les objets usuels servant aux usages alimentaires et devient ainsi un danger permanent pour les personnes qui séjournent dans l'atmosphère ainsi souillée.

Le principe contagieux de la tuberculose se trouve aussi dans les déjections des phthisiques, soit qu'il provienne des lésions intestinales si communes dans cette affection, soit qu'il vienne des crachats avalés par les malades. Très fréquemment ceux-ci sont atteints de diarrhée, souillent leurs draps de lit et leur linge et créent ainsi une source d'infection contre laquelle il importe de se mettre en garde.

En conséquence il faut :

1° Être bien convaincu de la nécessité de prendre les plus grandes précautions au sujet des matières de l'expectoration des phthisiques. Elles doivent, toujours et partout, être reçues dans des crachoirs contenant une certaine quantité de liquide et non des matières pulvérulentes, telles que du sable, du son et des cendres. Ceux-ci doivent ensuite être vidés, chaque jour, dans le feu et nettoyés à l'eau bouillante. Jamais ils ne doivent être dé-

versés sur les fumiers, ni dans les cours et les jardins où ils peuvent tuberculiser les volailles qui les mangent.

L'usage des crachoirs ne doit pas se borner aux hôpitaux et aux habitations privées, mais il est indispensable de l'adopter pour tous les établissements publics (casernes, ateliers, gares de chemins de fer et autres lieux de réunion).

2° Ne point laisser sécher le linge maculé par les déjections des tuberculeux, mais le tremper et le faire séjourner quelque temps dans l'eau bouillante avant de le livrer au blanchissage, ou bien le brûler.

3° Éviter de coucher dans le lit d'un tuberculeux et habiter sa chambre le moins possible, si de minutieuses précautions n'ont pas été prises contre les crachats et contre les souillures de son linge par ses déjections.

4° Obtenir que les chambres d'hôtels, les maisons garnies, les chalets, les villas, etc., occupés par les phthisiques dans les villes d'eaux et les stations hivernales, soient meublés et tapissés de telle manière que la désinfection y soit facilement et complètement réalisée après le départ de chaque malade.

Le public est le premier intéressé à préférer les habitations dans lesquelles de pareilles précautions hygiéniques sont observées.

5° Ne se servir des objets contaminés par les tuberculeux (linge, literie, vêtements, objets de toilette, tentures, meubles, jouets), qu'après désinfection préalable (étuve sous pression, ébullition, vapeurs soufrées, peinture à la chaux).

IV. Si les crachats des phthisiques, ainsi que leurs excrétions alvines, sont l'origine la plus commune des tuberculoses acquises, ils n'en sont pas la seule.

Le parasite de la maladie peut se rencontrer dans le lait, la viande et le sang des animaux malades qui servent à l'alimentation de l'homme (bœuf, vache surtout, lapin, volailles) :

1° Le lait, dont la provenance est le plus généralement inconnue, doit attirer spécialement l'attention des mères et des nourrices en raison de l'aptitude des jeunes enfants à contracter la tuberculose.

(Il meurt annuellement plus de 2000 tuberculeux âgés de moins de deux ans.)

La mère tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant, elle doit le confier à une autre nourrice bien portante, vivant à la campagne dans une maison non habitée par des phthisiques où, avec les meilleures conditions hygiéniques, les risques de contagion tuberculeuse sont beaucoup moindres que dans les villes.

L'allaitement au sein étant impossible, si on le remplace par l'allaitement avec le lait de vache, celui-ci doit être toujours bouilli.

Le lait d'ânesse et de chèvre, non bouilli, offre infiniment moins de dangers.

2° La viande des animaux tuberculeux doit être prohibée. Le public a tout intérêt à s'assurer si l'inspection des viandes exigée par la loi est rigoureusement exercée.

3° L'usage d'aller boire du sang dans les abattoirs est dangereux; il est, du reste, sans efficacité.

V. Tous les individus n'ont pas au même degré l'aptitude à contracter la tuberculose. Il y a des sujets particulièrement prédisposés et qui doivent redoubler de précautions pour éviter les circonstances favorables à la contamination signalées plus haut. Ce sont :

1° Les personnes nées de parents tuberculeux ou appartenant à des familles qui comptent plusieurs membres frappés par la tuberculose;

2° Celles qui sont débilitées par les privations et les excès. L'abus des boissons alcooliques est particulièrement néfaste;

3° Sont aussi prédisposés à la tuberculose, les individus atteints ou en convalescence de rougeole, de coqueluche, de variole et surtout les diabétiques.

Ces conclusions seront soumises à la discussion de l'Académie.

Vaccine. — M. HERVIEUX lit son rapport général sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1888.

Prix Portal. — M. CORNIL dépose son rapport sur le prix Portal.

COMMUNICATION

Cholécystentérostomie. — M. TERRIER communique à l'Académie une observation d'oblitération du canal cholédoque, ayant nécessité la création d'une fistule permanente entre la vésicule biliaire et la première portion du duodénum. (Voir plus haut, page 1139).

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour discuter la conclusion du rapport de M. Cornil sur le prix Portal.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Annuaire statistique de la Ville de Paris (1), par M. le docteur Jacques Bertillon.

La huitième année de l'*Annuaire statistique de la Ville de Paris* (1887), publié par M. le docteur Jacques Bertillon, chef des travaux statistiques, contient, comme les précédents, tous les chiffres qui se rapportent à l'administration parisienne. On y trouve les renseignements les plus complets sur tout ce qui peut se compter à Paris : la quantité de pluie et de neige, la température, etc.; tout ce qui concerne les rues, les égouts, les promenades publiques; l'eau consommée, etc., les mouvements de population, les finances, l'octroi, les propriétés bâties, le Crédit foncier, les Halles et marchés, l'éclairage, les postes et télégraphes, les caisses d'épargne, les tribunaux de commerce; la circulation des personnes et des marchandises par voiture, par eau et par chemins de fer; les écoles, les hôpitaux, le Mont-de-Piété; les prisons et les prisonniers, les incendies, etc.

On peut dire que tous les chiffres quelque peu importants que l'Administration est à même de recueillir s'y trouvent.

M. Jacques Bertillon y a, en outre, introduit une étude sur l'état sanitaire de Paris, et sur la fréquence des maladies principales depuis 1865. Voici le résumé des conclusions de M. Bertillon :

La fièvre typhoïde a été très fréquente en 1870-1871, 1876, et enfin, pendant la période quinquennale 1880-1884. Elle est revenue à son taux normal. La réceptivité de cette fièvre, contrairement à ce qu'on dit souvent, est encore très notable dans la vieillesse. Le VIIe arrondissement (très militaire) est toujours le plus frappé, et le XXe, quoique très pauvre, est toujours le plus indemne.

La variole est fréquente de zéro à trois ans, rare à quinze ans, moins rare aux âges adultes. Elle s'est presque circonscrite à l'est de la ville.

La rougeole, la scarlatine, sont toujours rares à Paris; la coqueluche et la diphthérie augmentent; elles sont plus fréquentes dans les quartiers pauvres que dans les riches.

La phthisie est particulièrement fréquente à Paris, surtout dans les quartiers pauvres; elle reste à peu près stationnaire depuis 1865; elle est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Sa réceptivité atteint son maximum entre trente et quarante-cinq ans, elle reste considérable, même dans la vieillesse.

Le cancer semble avoir tendance à augmenter; il est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

Le diabète semble augmenter de fréquence; il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes; il est plus fréquent dans les quartiers très riches que dans la plupart des quartiers pauvres.

(1) Gr. in-8°. Prix : 6 francs. — Paris, G. Masson.

La méningite, de même que les maladies d'enfants, est plus fréquente chez les petits garçons que chez les petites filles.

La congestion et l'hémorrhagie cérébrales conservent une fréquence à peu près constante depuis 1865; ces maladies sont un peu plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Les maladies organiques du cœur sont un peu plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Leur fréquence augmente beaucoup.

La bronchite est surtout répandue dans les quartiers pauvres. Il en est de même de la pneumonie, de la pleurésie et de l'apoplexie pulmonaire, qui sont surtout fréquentes dans les quartiers pauvres de la rive gauche.

La diarrhée infantile, toujours plus meurtrière pour les petits garçons que pour les petites filles, est beaucoup plus répandue dans les quartiers pauvres que dans les quartiers riches.

La cirrhose et la néphrite sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, chez les riches que chez les pauvres. Au contraire, la fièvre puerpérale est surtout répandue dans le centre.

Les maisons d'habitation, leur construction et leur aménagement selon les règles de l'hygiène (1), par W.-H. Corfield. (Traduit et annoté par le docteur P. Jardet.)

Le docteur Jardet a eu la bonne idée de faire connaître aux lecteurs français un petit manuel de l'hygiène de l'habitation dû au docteur W. H. Corfield (de Londres). Ce manuel s'adresse à tous ceux qui ont le souci de savoir comment nous pouvons nous défendre contre les dangers qui résultent du fait de la construction d'habitations humaines, comment ces habitations doivent être conçues pour s'adapter aux nécessités physiologiques. Des figures nombreuses éclairent le texte. Il est difficile d'atteindre l'idéal en semblable matière, et d'être complet dans un si petit volume. Les principales questions hygiéniques relatives à la maison y sont, cependant, traitées d'une façon à la fois simple et judicieuse.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Par M. le docteur Passant.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1889.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	11	13	7	31
2e	12	23	6	41
3e	31	36	6	73
4e	30	36	21	87
5e	17	42	6	65
6e	16	23	»	39
7e	17	15	5	37
8e	7	9	2	18
9e	12	20	3	35
10e	22	35	12	69
11e	65	102	48	215
12e	27	38	14	79
13e	38	67	37	142
14e	31	64	22	117
15e	43	60	30	133
16e	8	11	4	23
17e	50	75	19	144
18e	48	91	28	167
19e	50	53	35	138
20e	67	135	69	271
	602	948	374	1 924

(1) Petite bibliothèque médicale. Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La moyenne des visites par nuit est de 20,91. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 18,36.

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites. 118	E. Affections cérébrales. 66
Croup. 28	Convulsions, éclampsies 64
Coqueluche. 14	Névralgie. 22
B. Asthme. 38	Névroses. 68
Affections du cœur. 56	Epilepsie. 22
Bronchites aiguës et chroniques. 83	Aliénation mentale. 4
Pleuro-pneumonie. 56	Alcoolisme, delirium tremens. 18
Congestion pulmonaire. 24	F. Rhumatisme. 27
C. Affections et troubles gastro-intestinaux. 176	Affections éruptives. 44
Cholérine. 90	Fièvre intermittente. 5
Dysenterie 7	Fièvre typhoïde. 26
Athrepsie. 126	Hémorrhagies de causes internes et externes. 71
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines. 61	G. Plaies, contusions. 94
Hernie étranglée. 26	Fractures, luxations, entorses. 27
Rétention d'urine. 18	Brûlures. 6
Orchite 5	Empoisonnements. 20
D. Métrite, métro-péritonite 44	Asphyxie par le charbon. 3
Métrorrhagie. 56	Suicide. 6
Fausse couche. 58	H. Mort à l'arrivée du médecin. 44
Accouchement, délivrance. 177	
Accouchements non terminés. 26	Total 1924

Visites du troisième trimestre de 1888.	1 689
Visites du troisième trimestre de 1889.	1 924
Différence en plus	235

Les hommes entrent dans la proportion de 31 p. 100.
Les femmes — — 49 —
Les enfants au-dessous de trois ans 20 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 octobre 1889, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, à l'occasion de l'Exposition universelle :

Au grade de commandeur. — M. le professeur Verneuil.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Gariel, Hamy, Topinard et Raoul, pharmacien de la marine.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Berger (Paul), et MM. Mariaud, fabricant d'instruments de chirurgie; Tramond, préparateur de pièces anatomiques.

— *Concours de l'externat.* — Anatomie : quatrième séance (mardi, 29 octobre), « Configuration extérieure et rapports du foie ».

La première séance de pathologie, réservée aux candidats appelés à faire leur service militaire en novembre prochain, aura lieu le jeudi 31 octobre.

Il n'y aura pas de séance le samedi 2 novembre; la cinquième séance d'anatomie est reportée au mardi 5.

MM. les candidats sont prévenus que, dorénavant, ceux qui ne répondront pas à l'appel de leur nom seront exclus du concours, à moins qu'ils ne fournissent, avant la séance suivante, une excuse jugée valable par le jury.

— *Hospices de Montpellier.* — Un concours pour trois places d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire en médecine et en chirurgie, dans les hospices de Montpellier, s'ouvrira à l'Hôpital général, le lundi 2 décembre, à neuf heures du matin.

Un concours pour dix places d'externe s'ouvrira le lundi 9 décembre.

— *École pratique.* — Les démonstrations d'ostéologie du pavillon VI commenceront le mardi 5 novembre, à midi et demi.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Dastre commencera le cours de physiologie le lundi 4 novembre, à trois heures et demie, rue de l'Estrapade, 18, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Il traitera, au point de vue expérimental, des fonctions du système nerveux et du système musculaire.

M. le professeur Duclaux commencera le cours de chimie biologique le mardi 5 novembre, à deux heures et demie, à l'Institut Pasteur, rue Dutot, 25, et le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure. Il fera l'étude des microbes au point de vue de l'hygiène.

— La policlinique de chirurgie des femmes du docteur Berrut, rue de Grenelle-Saint-Germain, 151, est ouverte du 1er novembre au 31 août de chaque année. Le jeudi à neuf heures, leçon; les médecins, élèves et sages-femmes sont admis sur la présentation de leur carte; à dix heures, consultations.

La première leçon aura lieu le jeudi 7 novembre.

— M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux de Paris, reprendra ses conférences cliniques sur le traitement des maladies nerveuses et du diabète par la métallothérapie, à sa clinique, 9, rue de Chanaleilles, le dimanche 3 novembre, à neuf heures, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Fièvre typhoïde chez une femme préalablement atteinte d'endocardite ancienne.

Une jeune femme de vingt-quatre ans est entrée à la salle Laënnec, il y a dix jours, avec les symptômes les moins contestables d'une fièvre typhoïde déjà avancée, car, le jour même de son arrivée, elle présentait un certain nombre de taches rosées lenticulaires, absolument caractéristiques. Cependant, la date exacte du début de la maladie ne nous est pas connue, nous n'avons qu'une date probable ; d'après les renseignements que la malade, d'ailleurs fort intelligente, nous a donnés, la fièvre typhoïde aurait débuté sept jours avant son entrée, bien que pour nous elle serait antérieure de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Cette femme, très énergique, a lutté contre les premières manifestations de sa maladie — il est vrai que sa bonne constitution l'y a aidée — qu'elle a prise soit de son mari, également atteint de la fièvre typhoïde, et soigné, en ce moment, dans notre salle d'hommes, soit en même temps que lui, et jusqu'au dimanche qui a précédé son arrivée ici, elle est venue constamment le voir. Mais ce jour-là, c'est à grand'peine qu'elle a pu regagner sa demeure.

Bref, quelques jours plus tard, elle-même entrait à l'hôpital. Dès le premier ou le deuxième jour, elle n'a pas été sans nous préoccuper vivement, en raison de certains accidents dont je parlerai tout à l'heure. Son facies était altéré, elle avait une diarrhée abondante, du catarrhe bronchique, un pouls fréquent, une température de 39°4 le matin et 40°2 le soir. Il s'agissait, en somme, d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, chez une femme très fatiguée et épuisée par ses visites quotidiennes à son mari, à l'hôpital. Cependant, si elle était moins prise que celui-ci, elle ne m'en inspirait pas moins des craintes plus sérieuses, en raison de l'état de son cœur.

Celui-ci était altéré gravement, un peu gros, avec impulsions exagérées, avec frémissement vibratoire à la pointe et souffle présystolique très remarquable par sa brusquerie d'impulsion ; de plus, au foyer aortique, il existait aussi un souffle au premier temps, moins rude, moins fort, mais très net aussi. Enfin, entre ces deux foyers, on percevait un bruit de frottement péricardique. Il existait donc une endo-péricardite.

Le frémissement constaté à la pointe suffirait à lui seul pour démontrer que la lésion cardiaque était indépendante de la fièvre typhoïde, bien plus qu'elle lui était antérieure ; l'endocardite, de par la qualité de ses signes, était donc de date déjà ancienne quand la dothiénentérie s'est déclarée. Les renseignements qui nous ont été donnés, confirmèrent du reste entièrement cette opinion.

En effet, c'est à l'âge de dix-huit ans qu'elle a commencé à souffrir de palpitations et d'un peu d'oppression dès qu'elle éprouvait une certaine fatigue, et cela sans en connaître la cause première. Nous ne trouvons dans ses antécédents qu'une rougeole légère vers l'âge de trois ans et deux fois, avant l'âge de dix-huit ans, des crises légères de fièvre intermittente. Cela est-il suffisant pour déclarer que le paludisme en est l'origine ? J'hésite à le penser et, en réalité, l'étiologie de cette cardiopathie est restée obscure. Cet impaludisme paraît avoir été plus sérieux que la malade ne le prétend, car il a laissé un reliquat, soit une tuméfaction de la rate telle, que cet organe débordait de deux travers de doigt le rebord costal le jour de son arrivée, et aujourd'hui, dix jours plus tard, grâce à la fièvre typhoïde, elle a encore augmenté de deux travers de doigt et déborde, par suite, de 4 centimètres le rebord des côtes. Cette augmentation, elle la doit à la fièvre typhoïde.

En résumé, le diagnostic était donc celui de fièvre typhoïde, frappant une jeune femme affectée déjà de cardiopathie sérieuse d'ancienne date, cardiopathie qu'elle avait, du reste, supportée facilement jusque-là.

L'intérêt de ce fait — et c'est pourquoi j'ai voulu attirer votre attention sur cette malade — est dans la connaissance, aujourd'hui bien établie, des modifications redoutables qu'une maladie aiguë peut avoir pour l'endocarde chez tout individu chez lequel il est déjà altéré. En effet, le pronostic devient, en pareils cas, forcément grave, et ceci pour deux motifs :

1° Parce que la maladie fébrile, en raison même de la fièvre, vient troubler les conditions mécaniques de la circulation cardio-pulmonaire et rend les chances d'asphyxie beaucoup plus grandes que si l'endocarde était sain ; c'est là une cause classique connue depuis longtemps, et c'est ce qu'on peut appeler le danger d'ordre mécanique ;

2° Parce que, sous l'influence d'une maladie fébrile, l'endocardite ancienne, préalable à cette maladie, est sujette à repasser à l'état aigu. Or, l'observation démontre que, quand l'endocardite repasse ainsi à l'état aigu, elle change de caractère et prend la forme ulcéreuse ou infectieuse. Voilà le deuxième danger, danger d'ordre nosologique, qui nous force à une grande réserve dans le pronostic. Ce danger, il est vrai, n'est pas fatal, mais les exceptions ne sont pas communes. Cependant, en ce qui concerne notre malade, je crois que son endocardite échappera au caractère infectieux.

Cette notion est beaucoup plus récemment connue que la précédente, que celle du danger d'ordre mécanique. Ce sont les signes stéthoscopiques, ainsi que l'aggravation de l'état général des malades, qui révèlent cette acuité nouvelle.

Pendant trois ou quatre jours, et surtout pendant les journées du 18 et du 19 de ce mois, nous avons eu de vives appréhensions de voir l'endocardite ancienne passer à l'état aigu, car, à ce moment, le souffle de la pointe avait présenté une accentuation notable, en même temps que la zone des frottements péricardiques s'était considérablement agrandie. Ce fut même au point que je fis prendre du sang de la malade pour le mettre en culture. Heureusement, nos craintes ne se réalisèrent pas, les cultures furent absolument sans résultat, ou mieux, ce résultat fut complètement négatif. Dès le 20, nos appréhensions commençaient à se calmer, les symptômes présentés par l'organe cardiaque tendaient à rétrograder, ils perdaient de leur intensité, les frottements diminuaient d'étendue, leur zone se rétrécissait, la fièvre était moins forte et la température, qui était montée le 18 et le 19 jusqu'à 40°4, baissait notablement et la malade échappait au double danger d'ordre mécanique et d'ordre nosologique.

Cette évolution favorable a été le résultat et du traitement ordinaire de la fièvre typhoïde et du traitement de l'endocardite, d'abord par le bromhydrate de quinine, puis, en raison de l'affaiblissement du pouls et de l'insuffisance contractile du myocarde, à l'emploi de la digitale en infusion à la dose de 30 centigrammes le premier jour, 20 le lendemain, 30 le surlendemain et 15 seulement le quatrième jour, à cause de l'amélioration survenue. Cette infusion était ajoutée dans la potion cordiale.

Hier soir, dix-huitième ou dix-neuvième jour de la fièvre typhoïde, la température était tombée à 38°2 ; ce matin, la malade est dans un état qui nous fait espérer une guérison prochaine.

DES ALTÉRATIONS DE LA CHAINE DES OSSELETS DE L'OUIE

LEUR ÉTIOLOGIE ET LEUR TRAITEMENT (1).

Par M. le docteur Ladreit de Lacharrière.

I

Les altérations de la chaîne des osselets, en mettant obstacle à la transmission des ondes sonores, sont fréquemment une cause de surdité. Elles modifient les conditions de l'adaptation de l'oreille moyenne, exagèrent la pression labyrinthique, et déterminent des troubles fonctionnels graves. Ces différents points de vue méritent une étude spéciale, et j'ai pensé qu'elle ne serait pas indigne des travaux du Congrès.

(1) Mémoire lu au Congrès international d'otologie et de laryngologie.

Depuis longtemps je me suis appliqué à rechercher quels pouvaient être les rapports entre les lésions de la chaîne des osselets, dont l'étude histologique a été faite, d'une manière si remarquable, par le professeur Politzer, et les affections constitutionnelles. Je suis arrivé à me convaincre qu'un certain nombre d'affections générales peuvent se manifester par des lésions des articulations des osselets, et c'est ce point de vue spécial que je chercherai à mettre en lumière dans ce travail.

Les modifications des chaînes surviennent dans un certain nombre de cas, sans altération de la membrane tympanique qui reste avec ses caractères normaux; leur appréciation est relativement facile. D'autres fois, ces lésions sont difficiles à reconnaître, lorsqu'une opacité scléreuse de la membrane du tympan ne nous permet plus d'éclairer les organes contenus dans la caisse. Il reste cependant des portions toujours visibles de la chaîne des osselets, tels que le promontoire et le manche du marteau. L'attitude du manche du marteau, son volume exagéré, sa vascularisation anomale, sont autant de signes qui permettent de préjuger de la nature de la lésion.

Après avoir observé un très grand nombre de fois la coïncidence de la manifestation objective avec le trouble fonctionnel, on est autorisé à conclure qu'il y a un rapport intime entre ce que l'on voit et le trouble dont le malade se plaint. Lorsque les lésions de la chaîne ne présentent pas des caractères spéciaux, on a le droit d'hésiter, mais après quelques essais, la médication efficace vient nous donner la clef de la situation.

Les changements appréciables de la chaîne des osselets peuvent apparaître sous la forme d'une déviation du manche du marteau ; on observe également des changements de volume, une vascularisation anomale, enfin des hyperplasies fibreuses et scléreuses.

Dans l'état normal, le manche du marteau apparaît derrière la membrane du tympan dans une attitude presque verticale, très légèrement inclinée en arrière et en dedans. Cette légère inclinaison en arrière s'exagère toutes les fois que la trompe d'Eustache ne laisse pas passer une quantité d'air suffisante pour maintenir un équilibre parfait entre la pression atmosphérique et la pression intra-tympanique. On voit alors le manche du marteau s'incliner de plus en plus en arrière et se relever ensuite pour prendre une position presque horizontale d'avant en arrière lorsque l'altération de la trompe est complète. Ce mouvement d'avant en arrière s'opère sans que la position de l'enclume et de l'étrier se trouvent sensiblement modifiée, il faut donc qu'il se soit produit un relâchement dans les ligaments articulaires.

L'étude des bruits ou bourdonnements va nous aider à apprécier ce qui a eu lieu. Lorsque, avec un corps doux, on exerce une pression sur le manche du marteau d'un individu sain, on détermine un malaise qui est le résultat d'une action réflexe, on provoque également toujours un bruissement qui prend, suivant le degré de pression, l'intensité et le timbre d'un sifflement. Que s'est-il passé? La pression exercée sur le manche du marteau s'est communiquée à l'étrier, et on a provoqué un bruit labyrinthique spécial et caractéristique. Dans la déviation du manche du marteau, qui survient lentement, et qui est consécutive au rétrécissement puis à l'oblitération de la trompe d'Eustache, les malades n'éprouvent jamais le sifflement que je viens d'indiquer. Ils ont la sensation du bruit de coquillage

qui n'est qu'un bruit de résonnance de la caisse du tympan. On peut donc conclure d'abord que la pression labyrinthique n'est pas exagérée, ensuite que la déviation en arrière du manche du marteau, est le signe caractéristique de l'occlusion plus ou moins complète de la trompe d'Eustache.

Lorsque ce conduit est redevenu perméable à la suite d'un traitement approprié, la déviation du manche du marteau ne disparaît pas complètement, à cause des modifications qui se sont produites dans l'état des articulations, mais nous voyons disparaître le second signe de l'occlusion de la trompe qui est le bruit de conque. Toutes les fois que le malade se plaint de bourdonnements (bruits de conque), et que l'on constate la déviation du marteau en arrière, on peut affirmer l'occlusion de la trompe ; toutes les fois qu'on observe la déviation du marteau sans bourdonnements, on peut être certain qu'il y a un rétrécissement de la trompe ou que l'occlusion de cette ouverture a existé à un moment donné. Le cathétérisme qui permet de contrôler ces assertions est venu toujours les confirmer.

La seconde modification que l'on observe dans l'attitude du manche du marteau est la déviation en dedans. Il apparaît alors en raccourci. Ce changement est la conséquence de la rétraction de la membrane du tympan et de son accolement sur le fond de la caisse. La membrane a alors perdu son triangle lumineux et une partie de sa transparence. La disparition de la réfraction lumineuse est due au déplacement de la membrane, l'opacité tient à l'altération du feuillet muqueux.

Ces modifications de la membrane du tympan et de la chaîne des osselets sont, le plus souvent, la conséquence d'une otite catarrhale chronique. Il se fait parfois des adhérences qui permettent difficilement de modifier cet état. Les malades se plaignent de surdité, mais souvent ils n'ont pas de bourdonnements. Nous verrons plus tard que, dans la sclérose de la caisse, on peut observer des modifications analogues, mais j'indiquerai le moyen de différencier ces états.

Étudions maintenant les altérations de la chaîne des osselets, qui se produisent sans déviation apparente du manche du marteau.

On observe très souvent une augmentation très notable du manche du marteau et du promontoire, et on peut supposer que les autres osselets ne sont pas restés étrangers à cette modification, sans que cependant la membrane du tympan ait subi une altération dans sa forme et sa transparence. Le marteau apparaît comme une raie grise, d'aspect fibreux, dont les proportions sont d'un tiers ou de moitié plus grandes qu'à l'état normal. Dans un certain nombre de cas, les malades se plaignent de bruissements, mais, le plus souvent, l'oreille reste muette. Chez les malades de cette seconde catégorie, la surdité s'est produite progressivement, pour ainsi dire sans qu'ils s'en doutent, et ce n'est que lorsque les rapports sociaux sont devenus très difficiles, qu'ils se décident à consulter. Les nerfs acoustiques ont conservé dans ce cas leur acuité à peu près normale, ce qui prouve bien que l'obstacle n'existe que dans les organes de la transmission des sons.

Si on cherche à préciser les souvenirs des malades, et si on s'informe de leurs familles, on apprend que le père et la mère sont devenus sourds à peu près au même âge. Dans la branche de cette hérédité, on peut suivre parfois une filiation qui remonte fort loin. Lorsqu'on constate l'altération du marteau que je viens de décrire, il faut toujours chercher les antécédents héréditaires. Le plus souvent la surdité a pour cause l'hérédité. Il est rare que cette disposition héréditaire existe à la fois dans les branches paternelles et maternelles, le plus souvent l'une des deux est entachée de cette tradition morbide. On voit alors, dans la même famille, des enfants qui deviennent fatalement sourds à peu près au même âge que leur père ou leur mère, tandis que leurs frères ou sœurs restent indemnes de cette pénible infirmité. Dans plusieurs familles, j'ai pu observer simultanément les mêmes déformations apparentes et les mêmes infirmités chez trois générations. Je ne veux pas dire que la surdité héréditaire soit toujours déterminée par l'altération des organes de transmission. Il arrive souvent que l'acousie est de cause labyrinthique ou cérébrale, mais j'ai voulu appeler l'attention sur les lésions héréditaires de la chaîne des osselets. On se demandera, peut-être, quelle est la cause qui peut agir ainsi sur plusieurs générations consécutives ? L'aspect de l'oreille ne suffira pas pour nous éclairer toujours, les commémoratifs nous apprendront que la diathèse goutteuse est le plus souvent héréditaire dans ces mêmes familles, et que, chez ceux mêmes des membres qui n'ont jamais eu d'attaque de goutte, on observe des déformations des petites articulations que nous avons l'habitude d'attribuer à cette diathèse.

L'épaississement et l'engorgement fibreux de la chaîne des osselets peuvent se présenter en dehors des conditions d'hérédité que je viens de signaler. Ils peuvent être la conséquence d'une otite chronique de la caisse, d'une otorrhée dont la perforation limitée a disparu, même d'une simple affection catarrhale qui n'a pas été soignée. Dans ces conditions, la membrane du tympan n'a pas conservé toute sa transparence, elle est plus ou moins opaque parce que ses feuillets ont été altérés, mais elle n'a jamais l'aspect laiteux des tissus sclérosés. On aperçoit dans son épaisseur des linéaments fibreux qui la traversent, et qui se dirigent, pour la plupart, des bords du manche du marteau à la périphérie du cercle tympanique. Ces linéaments sont souvent symétriquement disposés comme les barbes d'une plume ou les branches d'un éventail. Dans cette forme de lésions de la chaîne, les bruissements sont la règle. Il semble que le développement fibreux que je viens de décrire exerce, par la rétraction des tissus, une certaine pression sur les osselets et en définitive sur l'étrier. Cette compression peut déterminer à la longue des lésions du labyrinthe et les bruits qui les caractérisent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 octobre 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

PRÉSENTATION

Rétroflexion utérine. — M. TERRILLON présente, de la part de M. Lagrange, chirurgien de Bordeaux, un travail sur la rétroflexion utérine traitée par l'opération d'Alexander.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Marc Sée, Périer et Terrillon.

Obsèques de M. Ricord. — M. LE DENTU lit le discours qu'il a prononcé, comme président de la Société de chirurgie, aux obsèques de M. Ricord. M. Le Dentu met en lumière l'œuvre chirurgicale de l'éminent spécialiste et rappelle quelques détails de la jeunesse de son savant collègue.

Ce discours est vivement applaudi.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Suture tendineuse. — M. Périer présente une pièce anatomique qui montre le résultat d'une suture tendineuse pratiquée il y a un an. Un adulte, blessé à la main, avait une plaie du tendon extenseur du médius. L'accident était arrivé quarante-huit heures auparavant et il existait une infection légère de la plaie. Après une désinfection soignée de la solution de continuité, M. Périer sutura au catgut les extrémités du tendon divisé. Il appliqua un pansement au salol. La réunion immédiate était obtenue et, le douzième jour, le blessé était guéri. Le tendon remplissait sa fonction.

Cet homme est mort à Beaujon, il y a peu de jours. La dissection a permis de constater qu'il n'y avait aucune adhérence du tendon à la peau, et qu'on ne trouvait que quelques brides réunissant le tendon à sa gaine synoviale. Mais le fait le plus intéressant était la réunion des deux bouts du tendon. Il y avait fusion absolue entre les extrémités tendineuses (1) rapprochées à l'aide de sutures au catgut.

Sarcome végétant. — M. Terrillon. La tumeur qu'il avait présentée à la Société de chirurgie, dans une des dernières séances, était un sarcome végétant dont le point de départ était le fond de l'utérus.

Prix. — M. Le Dentu. Dans la prochaine séance, on nommera les commissions de prix de la Société de chirurgie.

RAPPORT

Appareil de premier pansement. — M. Chauvel. Le but poursuivi par M. Patin (de Boulogne) est d'arrêter les hémorrhagies immédiates qui sont la cause la plus fréquente de mort sur les champs de bataille, comme la statistique l'a, en effet, démontré.

Mais les grandes pertes de sang qui enlèvent les blessés, sont dues à l'ouverture des cavités du cœur ou de gros vaisseaux (aorte, carotide, etc.). Or, aucun pansement ne peut arrêter les hémorrhagies provenant d'artères volumineuses suturées profondément et échappant aux moyens ordinaires de compression. Il est certain que le chiffre de 25 p. 100 de mort par hémorrhagie sur les champs de bataille ne peut qu'augmenter dans les guerres futures, à cause des dégats occasionnés par les nouveaux fusils. Mais, quoi qu'en dise M. Patin, l'organisation actuelle du service médical, en temps de guerre, permettra de sauver un grand nombre de blessés, parce que les pansements seront faits plus rapidement que dans les guerres précédentes.

La question des paquets de pansement est importante. La direction du service de santé n'a pas voulu adopter un modèle définitif. Il s'agit, en effet, d'une dépense de 1 million, au bas mot, sans compter les réserves indispensables. Les chirurgiens militaires sont divisés sur l'utilité même du paquet de pansement. M. Legouest n'en voulait à aucun prix. M. Chauvel pense que ces paquets peuvent être utiles sur les champs de bataille. On sait qu'il sera très difficile de faire marcher, avec les troupes, l'énorme matériel des ambulances. N'est-il pas nécessaire, dans ces conditions, de donner aux soldats, ou du moins aux brancardiers régimentaires, des paquets de pansement qui seront d'un grand secours, quand les ambulances seront très éloignées du champ de bataille ?

Le paquet proposé par M. Patin se compose : 1° de deux compresses trempées au préalable dans une solution antiseptique (sublimé, acide borique); 2° d'une bande en lint anglais de 1m75 de longueur ; 3° d'une autre bande de 1m75 sur 6 centimètres de large, sorte de bretelle élastique, enduite d'une substance antiseptique, qui assurerait en même temps l'occlusion parfaite de la plaie. Cette bande est la pièce principale du pansement et réaliserait l'hémostase, l'occlusion et l'antisepsie.

Mais ce paquet pèse 150 grammes. Or, l'on sait que le paquet de pansement ne doit pas dépasser de 50 à 60 grammes. De plus, la bande élastique, dès qu'elle est tendue, n'est plus imperméable.

(1) Voir *Gazette des hopitaux*, 1889, p. 1105.

Il faut ajouter qu'il serait dangereux de confier à des soldats un appareil de compression qui, dans des mains inexpérimentées, peut déterminer des accidents graves (gangrène, etc.).

Le rapporteur propose d'adresser des remerciements à M. Patin. Les conclusions du rapporteur sont adoptées.

COMMUNICATION

De l'emploi de la voie sacrée pour pratiquer les opérations sur le rectum. — M. Routier. Une femme de vingt-neuf ans, croyant avoir une affection de l'utérus, se présentait à la consultation de M. Routier. Il ne s'agissait pas d'une maladie des organes génitaux, mais d'une tumeur située très haut dans le rectum et ayant diminué, d'une façon sensible, le calibrede l'intestin. La malade était amaigrie et avait perdu ses forces.

Au-dessous de la tumeur, le rectum était normal sur une étendue de 10 centimètres environ. Quant au néoplasme, qui était un cancer, sa limite supérieure était difficile à délimiter.

Que fallait-il faire dans un cas semblable ? Une opération palliative ? La colotomie lombaire ou iliaque crée une infirmité dégoûtante. M. Routier a préféré faire l'opération de Kraske (1).

La malade, purgée plusieurs fois, est soumise à une antisepsie intestinale pendant plusieurs jours (naphtol, salicylate de bismuth).

Le jour de l'opération, irrigation rectale désinfectante. La malade est placée dans le décubitus latéral droit. M. Routier fait une incision à gauche de la ligne des apophyses épineuses sacrées, partant du niveau de l'épine iliaque postérieure gauche, pour aboutir à quelques centimètres au-dessus de la pointe du coccyx, finissant donc à 5 centimètres de l'anus. Le coccyx est désarticulé et enlevé. Section transversale de la partie inférieure du sacrum, avec la pince de Liston, et sections latérales sur le même os. On se dirige sur le rectum. L'intestin est facilement isolé en arrière, mais on éprouve des difficultés à séparer le rectum à sa partie antérieure. Le péritoine est ouvert. On met des tampons iodoformés sur la déchirure. Le gros intestin est abaissé. Ligature à la soie au-dessus et au-dessous de la tumeur. Le bout supérieur est, en outre, fixé par un deuxième fil de soie. Section avec des ciseaux. Tampons iodoformés sur les deux incisions. Le péritoine est suturé avec du catgut et les deux bouts de l'intestin sont rapprochés et suturés. On fait deux plans de sutures : une sur la muqueuse et l'autre sur la musculeuse. Au cours de l'opération, les ganglions rétro-rectaux sont enlevés. La plaie cutanée est diminuée. L'opération a duré deux heures. Les suites furent simples. La gaze iodoformée, qui remplissait la plaie, est remplacée par la gaze salolée, à la suite de quelques phénomènes d'intoxication.

L'opérée allait très bien ; elle commit l'imprudence de manger peu de jours après l'opération. On est obligé de lui administrer un purgatif. Deux jours après se produisait une fistulette laissant passer des matières liquides.

La malade est guérie de son opération. La petite fistule n'a pas entièrement disparu, mais elle tend à se fermer.

Cette opération vaut mieux que toutes celles qui auraient pu être pratiquées (rectotomie, colotomie, etc.).

M. Routier passe en revue les différents procédés mis en œuvre pour combattre le cancer du rectum. Il rappelle que l'extirpation du rectum est une opération qui a vu le jour en France. La rectotomie a été faite, avec succès, dans notre pays, dès 1738. Nélaton et M. Verneuil l'ont ensuite préconisée. M. Verneuil a même réséqué le coccyx dans le cours de ses rectotomies.

Quant à la colotomie, elle n'est pas recommandable. L'opéré devient un sujet d'horreur pour lui-même et pour son entourage. Ce qu'il faut réaliser, c'est la conservation du sphincter, si le péritoine est ouvert, mais il suffit de le fermer. Certains auteurs ouvrent systématiquement cette séreuse.

La plaie que le chirurgien produit, doit rester ouverte, du moins en partie. La sécurité est plus grande de cette façon.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 25.

Bien des modifications ont été apportées par différents chirurgiens au procédé primitif de Kraske.

M. Terrier a enlevé d'une façon fort ingénieuse une partie du rectum, en conservant le sphincter, mais il avait sectionné celui-ci. Or, pour M. Routier, il faut respecter le sphincter.

A l'avenir, M. Routier ne touchera pas au sacrum. Il croit qu'on peut atteindre le rectum à une très grande hauteur, après avoir enlevé seulement le coccyx.

La voie sacrée peut être utilisée pour ouvrir les collections purulentes du bassin ou les abcès qui siègent en avant de la colonne vertébrale. On peut atteindre les annexes de l'utérus en se servant de cette voie qui permet aussi de pratiquer facilement l'hystérectomie. Les fistules vésico-vaginales très élevées peuvent être avantageusement attaquées, grâce à la résection du coccyx. On sait que M. Verneuil a employé la voie sacrée pour traiter les abouchements anomaux du sacrum.

M. DESPRÉS. Cette opération n'est pas très rationnelle. En effet, lorsqu'on suture deux bouts d'intestin, la première condition de succès est d'adosser les surfaces séreuses. Or, dans l'opération de Kraske, il n'est pas possible de suturer le péritoine du bout supérieur avec celui du bout inférieur. De plus, la suture de la muqueuse entraînera une cicatrice qui sera l'origine d'un rétrécissement.

On parle souvent de guérison à la suite des opérations pratiquées sur des viscères cancéreux. Mais que sont devenues les malades? La récidive arrive au bout de trois, de six mois, et, en vérité, peut-on faire courir des risques sérieux de mort immédiate, à des malades qui sont condamnés, quoi qu'on fasse, à brève échéance? Quand les patients ne succombent pas aux suites opératoires, il leur reste des fistules stercorales.

M. POZZI. De nombreuses observations, entre autres celles d'Albert (de Vienne), démontrent que les craintes de M. Després ne sont pas légitimes. Les deux bouts d'intestin peuvent très bien être réunis, même quand il n'existe pas de séreuse sur le bout inférieur. L'opération de Kraske est dangereuse; aussi ne faut-il pas l'appliquer chez les malades âgés ou très débilités. Dans ces cas, au lieu de suturer le bout supérieur du rectum à la région sphinctérienne, M. Pozzi laisse le bout supérieur largement ouvert. Au besoin, il sacrifie le sphincter et cela n'a pas grande importance, car les opérés finissent par garder très bien les matières solides et même liquides.

L'opération de Kraske est excellente, mais il ne faut pas rejeter l'ablation de la tumeur du rectum, sans reconstitution complète du rectum.

M. MARC SÉE. Si les sutures viennent à manquer, il y a un véritable danger pour l'opéré. M. Marc Sée a déjà incisé le sphincter, dans les opérations du même genre, et n'a même pas fait de sutures. Néanmoins la cicatrisation spontanée de l'incision sphinctérienne a permis le retour de la défécation à l'état normal.

M. ROUTIER. Les deux bouts d'intestin peuvent être très bien suturés, même en l'absence de séreuse. Certains malades bénéficient de l'opération dans une large mesure. On a constaté des survies de quatre ans, de trois ans et demi après cette opération. M. Routier se range à l'avis de M. Pozzi. Si le malade est âgé ou cachectisé, on lui fera l'opération qui entraîne le moins de risques opératoires.

PRÉSENTATION DE MALADES

Fistule trachéale. — **M. BERGER** a opéré deux malades atteints de fistule trachéale. Le premier portait une fistule due à une trachéotomie datant de dix-neuf ans. Voici le procédé: Une incision circulaire est faite autour de la fistule. On dissèque la peau de la partie périphérique vers le centre. On rabat la peau vers l'orifice, de façon à mettre en contact les deux surfaces cruentées qui sont soigneusement suturées. On prolonge l'incision dans l'angle supérieur et dans l'angle inférieur. Sur les côtés, deux incisions profondes comprenant l'aponévrose cervicale superficielle permettent de mobiliser les tissus et de les rapprocher de la fistule. On comble ainsi la perte de substance produite par la taille du premier lambeau. La réunion est faite ensuite.

A la suite d'une quinte de toux, il se produit une fistulette qui laisse passer une certaine quantité de pus. Cette petite fistule a été traitée secondairement et guérie. L'opéré se fait entendre assez convenablement. Le deuxième malade a été soumis à la même opération. Réunion par première intention, guérison de la fistule. On est obligé de dilater sa trachée de temps à autre.

M. KIRMISSON a eu l'occasion, il y a plusieurs années, d'opérer une fistule pénienne par un procédé semblable. Il n'a pas réussi.

M. ANGER. Le malade dont parle M. Kirmisson a été opéré par M. Després et aussi par lui. Cet individu entretient sa fistule. Il empêche la réunion à la suite des opérations qui lui sont faites.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. KIRMISSON présente un instrument qu'il a fait construire pour passer facilement une sonde dans le bout antérieur de l'urèthre, quand le canal a été rupturé complètement.

M. BERGER montre une trousse aseptique construite par M. Collin.

La séance est levée.

PHILIPPE RICORD

Discours prononcé sur la tombe de Ricord par M. Péan, au nom de l'Académie de médecine.

Le maître auquel je viens, au nom de l'Académie de médecine, dire un dernier adieu, a eu le rare bonheur de ne survivre ni à ses doctrines ni à sa réputation. Ses premiers travaux datent de plus d'un demi-siècle; on les lit et on les commente comme s'ils étaient d'hier; il a eu la satisfaction d'assister à l'adoption définitive de presque toutes les idées qu'il a défendues.

Une jeunesse austère, égayée seulement par les jouissances sévères que procure l'étude, un âge mûr dont pas un jour ne fut perdu pour la pratique, la science et l'enseignement, une vieillesse heureuse éclairée par le rayonnement d'une intelligence toujours jeune, exempte d'affaissements et de déchéances, telle fut la vie de Ricord.

Cet homme, que la postérité comptera parmi les gloires de la médecine française, n'avait peut-être pas bégayé ses premiers mots dans notre langue: né à Baltimore de parents français, le 10 décembre 1800, il y fit son éducation sous la direction de son frère. Il avait vingt ans lorsqu'il vint pour la première fois à Paris, sans vocation décidée et sans autre ressource qu'une recommandation pour Cuvier. A cette époque, la chirurgie française occupait le premier rang dans le monde, et Dupuytren, le premier rang parmi les chirurgiens français. Un hasard providentiel conduisit Ricord à une de ses leçons à l'Hôtel-Dieu et décida de son avenir. Il se mit à étudier la médecine, ne se préoccupant point des difficultés matérielles qui eussent pu l'arrêter; trois ans plus tard, il était reçu interne des hôpitaux et entrait chez Dupuytren. Il n'eut pas à se louer du passage qu'il fit dans son service. Il y avait entre son maître et lui une de ces oppositions de caractères qui excluent la sympathie. Dupuytren apportait, dans les moindres actes de sa vie professorale, une dignité hautaine et une gravité presque sacerdotale. Jamais Ricord ne sut arrêter le mot spirituel qui lui montait aux lèvres. Les froncements de sourcil du maître redouté, ne pouvaient rien contre cette insouciante gaieté; une traduction inopportune fut le prétexte d'une rupture définitive.

La gloire de Dupuytren ne suffit pas pour éclipser celle d'un de ses contemporains moins brillant, moins gâté par la fortune, mais qui, par la solidité de son enseignement, avait appelé à la Pitié un grand nombre d'étudiants, dont plusieurs sont arrivés à une célébrité; c'est lui qui a tracé les véritables règles de la médecine opératoire à notre époque: j'ai nommé Lisfranc. Ricord

devint son interne et s'entendit parfaitement avec lui; il en a toujours conservé, malgré les nuages légers qui s'élevèrent entre eux, le meilleur des souvenirs. Lorsqu'il eut pris, en 1826, le grade de docteur, il trouva de nouveau, entre le présent et l'avenir que ses premiers succès lui avaient fait entrevoir, un obstacle qui eût été infranchissable pour un homme moins bien trempé : il fallait vivre. Alors il s'exila à Ollivet, puis à Crouy-sur-Ourcq; il y réussit comme partout; mais cet horizon était étroit pour lui, il revint à Paris et fut reçu chirurgien du Bureau central le premier, au concours de 1828; des leçons d'anatomie à cet amphithéâtre de la Pitié que Lisfranc avait illustré, lui fournirent des ressources jusqu'en 1832, époque où il prit possession du service qu'il a toujours gardé à l'hôpital du Midi; cette date marque le véritable début de sa vie scientifique.

Ricord fut un chirurgien de valeur, son concours le prouva; d'intéressants Mémoires l'ont prouvé depuis; mais c'est comme syphiliographe qu'on l'admire et qu'il mérite d'être admiré. Avant lui, tout était désordre et confusion dans l'étude des accidents spécifiques. On confondait des maladies qui n'avaient de commun que leur origine et leur siège, on n'établissait aucune différence entre de simples inflammations, des ulcérations destinées à rester locales, et d'autres qui marquent le début d'une infection générale ; on abusait des préparations hydrargyriques quand on ne les proscrivait pas, avec un fanatisme stupide. Le prédécesseur de Ricord avait été, pendant la Terreur, dénoncé à la Commune comme empoisonneur, parce qu'il donnait la liqueur de Van Swieten à ses malades. Le système de Broussais, qui était alors en pleine vogue, n'avait rien éclairci ; il avait, au contraire, comme dit Ricord lui-même, jeté le trouble et le désarroi dans la thérapeutique des maladies spécifiques.

L'enseignement n'existait pas; Cullerier avait institué autrefois des conférences et des cours, ils étaient supprimés depuis 1823.

Pendant trente ans, Ricord n'eut que deux préoccupations : étudier et vulgariser.

Du premier coup, il sentit que la méthode expérimentale seule pouvait servir de guide dans la confusion des doctrines et des faits mal observés. Cette conception nous semble aujourd'hui naturelle et simple, mais en 1832 la tradition avait plus d'influence qu'elle n'en a de nos jours; Broussais, qui parlait à tout instant de médecine physiologique, ne connaissait probablement pas Müller et n'avait pour Magendie qu'une médiocre estime. On admirait les belles hypothèses, on se laissait aller aux déductions; et si l'observation ne perdait pas tout à fait ses droits, personne à peu près ne songeait à la compléter par l'expérimentation. C'était particulièrement difficile dans les questions touchant à la syphilis. Les animaux sont réfractaires à l'action de son virus et la morale s'oppose à ce que l'on communique à l'homme une maladie grave dans le but seul de l'étudier. Il y eut alors, comme toujours, des volontaires, de vaillants jeunes gens qui offrirent leurs bras à la lancette de l'inoculateur; mais si de tels faits enrichissent le martyrologe de la science, leur nombre n'est jamais suffisant pour qu'il permette de remonter à ses lois.

Ricord prend pour sujet le malade lui-même et, grâce à cette ingénieuse combinaison, l'expérimentation devient un simple moyen de diagnostic. En prenant les liquides sécrétés par une ulcération donnée et en les inoculant dans une autre région, on peut parfois produire une ulcération de même nature, mais on ne détermine pas une maladie nouvelle, on n'augmente pas la gravité de celle qui existe. Quand la première manifestation résultait de l'introduction dans l'économie du virus spécifique, celle-ci déjà infectée était devenue réfractaire et les inoculations ne prenaient plus. Cette méthode permit à Ricord de montrer quel était le phénomène primitif constant de la syphilis, de le différencier d'accidents qui lui ressemblent parfois au point d'induire en erreur même des cliniciens habiles; à cet égard, personne n'a plus contribué que lui à individualiser la maladie, à dégager son entité nosologique. L'observation pure, c'est-à-dire un autre procédé de la méthode expérimentale, lui permit de fixer la chronologie des accidents, de montrer derrière l'irrégularité trompeuse des symptômes, la régularité réelle du processus, de le diviser en périodes distinctes; puis vient l'étude de la syphilis viscérale que l'on soupçonnait, mais que l'on ne connaissait pas, puis l'application à la thérapeutique des acquisitions nouvelles. Ricord combattit les préjugés régnants à propos du mercure, traça les règles d'une bonne administration, s'efforça de substituer à des procédés empiriques des indications rationnelles; un médecin anglais, Wallace, avait ajouté à la liste singulièrement longue des prétendus spécifiques des vieux auteurs, un nouveau médicament, l'iodure de potassium; Ricord l'adopte, montre le moment précis auquel il convient, le parti qu'on peut en tirer quand on sait s'en servir. Il poursuivait ses études dans la voie qu'il s'était choisie sans se désintéresser de la chirurgie générale; de temps en temps, il décrivait une amélioration d'une opération courante, une modification d'un instrument peu commode ou mal adapté à son but; c'est une de ces modifications qui a le plus contribué à généraliser l'emploi du spéculum en médecine, à fournir ainsi une précieuse ressource à la séméiotique et à la gynécologie opératoire. Dans toute cette phase de sa vie, le chirurgien du Midi ne se montra pas seulement un chirurgien hors ligne, mais un savant; il posséda à un rare degré tout ce qui sert à diminuer le domaine de l'inconnu et à élargir celui de la science : la netteté des conceptions, la sûreté de la méthode, la rigueur dans l'induction. Une pathologie nouvelle était née de ses leçons, basée sur l'unicité du principe morbigène, du virus de la syphilis qui prenait place à côté de ceux d'autres maladies dont la nature était connue, telles que la rage et la morve; ce fut là sa découverte, la véritable résultante de ses travaux. Il suffit de comparer un des traités spéciaux de notre temps à un ouvrage sur le même sujet antérieur à 1830, pour le reconnaître.

Dans cet ensemble tout n'appartenait pas à Ricord sans doute; il a rendu justice à Hunter, à Wallace, mais qui oserait prétendre que, si lui-même n'eût pas complété, démontré, popularisé leurs idées, elles eussent vaincu l'indifférence et fini par être admises comme des vérités générales!

Toutes ses doctrines sont-elles indestructibles!

Je ne cherche pas à le prévoir, car dans un deuil récent comme le nôtre, la critique perd ses droits. Il importe peu d'ailleurs que les générations, qui se succèdent, remplacent quelques pierres d'un monument, lorsque la masse défie l'action des ans et reste debout.

Le rôle de Ricord dans l'enseignement fut considérable; il avait frappé dans sa jeunesse aux portes de la Faculté, mais elles étaient restées closes; on n'estimait, en ce temps-là, que les encyclopédistes; adopter une spécialité, c'était se résigner implicitement à demeurer au second rang; mais il y a des gens qui n'ont aucun besoin des étiquettes officielles; on n'avait pas voulu de lui dans l'École de l'État, il créa son école personnelle, l'école du Midi. Jamais peut-être on ne vit devant une chaire un auditoire aussi fidèle, aussi nombreux, aussi attentif que celui qui se pressa, pendant trente ans, sous les arbres de l'hôpital, où il faisait, tous les étés, ses leçons hebdomadaires. On venait l'entendre parce qu'il savait charmer et instruire; la grâce de la diction, l'allusion spirituelle étaient un moyen, l'instruction des auditeurs était le but. Ricord l'atteignit aussi complètement qu'on peut l'atteindre; ses élèves directs ont soutenu la réputation de son école et si bien répandu son enseignement, qu'on peut dire, sans rien exagérer, que tous les médecins de notre génération sont plus ou moins ses disciples.

Peu à peu la réputation du maître s'étendit, elle passa du public professionnel au grand public; les honneurs arrivèrent; il n'y a peut-être pas un pays du monde dont il n'ait reçu des distinctions honorifiques; les corps savants lui furent moins favorables, il dut lutter, avec énergie, pour arriver à l'Académie de médecine, il ne fut jamais de l'Institut.

En 1860, Ricord atteignit la limite d'âge à laquelle on mettait alors à la retraite les chirurgiens des hôpitaux; mais il était tou-

jours alerte et toujours jeune, on le vit bien, en 1870, quand il prit place au premier rang de ceux qui portaient secours aux victimes de la guerre. Cet étonnant vieillard était un homme de cœur et un brave ; il ne prenait pas part au combat, parce que ce n'est pas le rôle du médecin, mais il en affrontait les dangers avec une joyeuse indifférence. C'est vers cette époque, que j'ai connu intimement Ricord ; personne ne m'a plus encouragé que lui pour répandre chez nous la chirurgie abdominale, dont on ne voulait pas entendre parler. A l'esprit critique que donne l'expérience, il joignait une sorte d'intuition naturelle, qui lui faisait distinguer le véritable progrès des nouveautés éphémères.

A une foule de titres, Ricord a droit à l'estime et à la reconnaissance de la postérité : l'impulsion donnée par lui à l'une des branches les plus importantes de la pathologie humaine, dure encore et durera longtemps ; longtemps aussi, on se rappellera ce professeur incomparable, cet homme de bien qui eut des contradicteurs scientifiques, mais pas un ennemi ; cet heureux du monde, si doux avec les humbles, si compatissant pour toutes les infortunes ; ce volontaire septuagénaire qui sut si bien distribuer, sous le feu même de l'ennemi, les soins et les consolations. J'ai beaucoup admiré l'étendue de ses connaissances, son merveilleux sens clinique, la vivacité de son intelligence, mais j'ai admiré par-dessus tout sa grandeur d'âme et son exquise bonté.

Adieu, maître ! Le temps, qui ternit et détruit tant de choses, respectera votre mémoire et votre œuvre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 31 octobre 1889, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade de commandeur. — M. le professeur Trélat (Ulysse), chirurgien de la Charité.

Au grade d'officier : M. Ségard, médecin principal de la marine.

— Des démarches sont faites, en ce moment, pour donner le nom d'hôpital Ricord à l'hôpital du Midi.

Le testament du regretté maître vient d'être ouvert, on y relève les donations suivantes :

A l'Académie de médecine de Paris, la somme de 10 000 francs nette de tous droits, pour, avec les revenus, fonder un prix bisannuel, en son nom et comme elle l'entendra.

A la Société de chirurgie, la somme de 5000 francs nette de tous droits, pour, avec le revenu, fonder un prix bisannuel, et en son nom, comme elle en décidera.

A l'Association générale de secours mutuels des médecins de France, la somme de 10000 francs, nette de tous droits.

A l'hôpital du Midi, sa bibliothèque scientifique, nette de tous droits, comme reconnaissance et en souvenir des vingt-neuf années de service et d'enseignement qu'il a faites dans cet hôpital, auquel il a dû sa réputation et sa fortune.

— Le jury du concours de la médaille d'or (médecine) est définitivement constitué comme suit : MM. Renault, Hervieux, Debove, Gombault (Constant) et Pozzi.

— Le concours pour la place de médecin-adjoint à la clinique nationale des Quinze-Vingts vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Kalt, ancien chef de clinique ophthalmologique de la Faculté de Paris.

— Le cours de médecine légale pratique commencera, à la Morgue, le mercredi 6 novembre, à deux heures.

Ordre du cours : les mercredis, M. le professeur Brouardel ; les vendredis, M. le docteur Descoust; les lundis, M. le docteur Vibert.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Yves Delage commencera le cours de zoologie, anatomie et physiologie comparée, le mardi 5 novembre, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, à la Sorbonne, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il étudiera les vertébrés et les tuniciers.

— *Erratum.* — M. le docteur F. Terrier est chirurgien de Bichat et non de Saint-Louis.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Lancereaux soumet à l'Académie les dangers que font courir à leurs clients les barbiers, dentistes ou opérateurs divers, qui ne tiennent pas leurs instruments en parfaite propreté. L'antisepsie, aujourd'hui, peut être employée avec plus ou moins de rigueur; mais elle ne saurait être négligée quand la santé publique est en jeu. Les accidents signalés par M. Lancereaux, et à l'Académie et au Conseil d'hygiène, justifient le cri d'alarme poussé par l'honorable académicien.

Une intéressante communication de M. Chauvel sur les accidents dus au séjour des projectiles dans les tissus et la nécessité d'une intervention chirurgicale consécutive; la présentation d'un enfant microcéphale par M. Guéniot; une lecture de M. Maurel (de Toulouse) sur l'hypo-hématose, complètent l'ensemble de cette séance.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. MAURIAC.

Diagnostic et pronostic des cérébro-syphiloses (1).

III

VI. Les déterminations de la syphilis sur le cerveau ne le cèdent en gravité à aucune de celles qui s'effectuent sur les autres organes, et on peut même dire que, dans la grande majorité des cas, sur ce point-là, elles la surpassent. Bien plus, elles doivent être mises au même rang que les grandes maladies qui entraînent souvent la mort, ou compromettent la santé d'une façon irrémédiable. Pour les combattre, nous avons des spécifiques; sans être infaillibles, ils sont doués d'une puissante vertu curative. Mais s'ils guérissent complètement quelques cérébro-syphiloses, combien de fois n'obtient-on, avec eux, qu'une amélioration passagère? Que d'infirmités incurables s'établissent définitivement, malgré tous nos efforts thérapeutiques pour les conjurer et les faire disparaître? En m'en rapportant à mon expérience personnelle, je suis presque tenté d'affirmer qu'un cerveau qui a été touché par la syphilis ne s'en relève jamais absolument et en garde toujours quelque empreinte. Et comptez aussi le nombre des guérisons apparentes qui sont suivies de rechutes. Le pronostic de ces affections, envisagé dans son ensemble, est donc d'une gravité extrême. En voici quelques preuves numériques.

Sur 30 malades, 5 furent guéris, 12 obtinrent une amélioration, 6 n'éprouvèrent aucun changement, 7 moururent (Gjor). Sur 147 cas réunis par M. Lagneau fils, il y eut une terminaison plus ou moins heureuse 83 fois, une terminaison funeste 57 fois, c'est-à-dire dans les deux cinquièmes environ des cas; il est vrai que la mort fut sept fois l'effet d'une maladie incidente. Dans 90 cas, à terminaisons connues, M. Fournier a trouvé 47 cas malheureux, comprenant les cas suivis de mort et d'infirmités graves, et 43 cas heureux ou relativement heureux, comprenant les guérisons vraies et les guérisons incomplètes avec reliquats légers. Sur ces 90 cas, il n'y a pas eu plus de 30 guérisons véritables. Le chiffre des morts s'est élevé à 14, et celui de survie avec infirmités graves, à 33. Ainsi, tout au plus un cas heureux ou relativement heureux, contre un cas se terminant soit par la mort, soit par une infirmité définitive.

Assurément, il ne faut pas prendre au pied de la lettre le résultat brut que donnent les chiffres. Il est bien évident qu'on ne peut pas faire toujours un triage analytique, et ne comprendre dans telle ou telle série que des cas absolument comparables. On y englobe indistinctement ceux qui sont arrivés à des périodes différentes du processus, et on se trouve exposé à mettre sur la même ligne une syphilose cérébrale qui débute, et une cérébro-syphilose qui en est arrivée à ce point où la lésion est inattaquable par les spécifiques. Mais, tout en faisant la part de cette inégalité dans les faits supputés, même en admettant que quelques-uns qui ont mal tourné auraient pu être amendés ou guéris par le traitement appliqué en temps opportun, il n'en reste pas moins établi que les cérébro-syphiloses doivent être classées parmi les maladies les plus redoutables. J'en ai traité et j'en traite encore un grand nombre. J'ai été appelé à les soigner à toutes les périodes de leur processus. Eh bien! je suis obligé de déclarer que je n'ai presque jamais pu arriver à la guérir complètement, quand il y avait une paralysie franche d'origine centrale, avec ou sans aphasie, et des troubles psychiques. Dans les formes superficielles, où il n'existait que de l'excitation corticale avec épilepsie partielle, sans paralysie consécutive, j'ai obtenu quelquefois, mais rarement, des résultats curatifs d'une longue durée.

(1) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1110.

Je ne dirai pas qu'ils ont été définitifs, car je n'ai pas toujours pu suivre les patients, les ayant perdus de vue plus ou moins longtemps après leur guérison. Et c'est pour cette raison, et aussi parce qu'il y avait trop d'inégalité dans la comparaison des faits qui me sont personnels, que je n'en donnerai pas la statistique. Les chiffres ne modifieraient en rien l'impression lamentable que je me vois forcé de formuler, presque sans restriction.

Le pronostic présente, du reste, de très grandes différences qui sont en rapport avec la forme de la maladie, avec son intensité, son âge, son processus, etc., et j'ajoute avec le plus ou moins d'aptitude que présentent les sujets à subir l'action curative des spécifiques. Parlons seulement de la forme des cérébropathies, parce que c'est l'élément du pronostic le plus intéressant au point de vue clinique, sinon le plus important. En général, les lésions qui n'occupent que la périphérie du cerveau, celles qui proviennent, par exemple, des os ou des méninges sont beaucoup moins graves que celles qui atteignent les parties centrales et la base. Parmi les modalités symptomatiques, celle qui se traduit par des crises d'épilepsie partielle est une des moins sérieuses, parce qu'elle procède d'une façon intermittente, qu'elle reste longtemps isolée, qu'elle retentit moins que d'autres sur les fonctions psychiques, et aussi parce qu'elle se laisse plus facilement influencer par les spécifiques, lorsqu'elle est attaquée à temps, c'est-à-dire avant de s'être compliquée de paralysies permanentes et de troubles psychiques. Infiniment plus dangereuses sont les formes de cérébrosyphiloses qui procèdent par ictus apoplectiformes et aboutissent à la parésie et à la paralysie de tout un côté du corps, avec ou sans aphasie. La contracture qui vient s'ajouter à la paralysie est un très mauvais signe, parce qu'elle est l'indice d'une destruction irrémédiable des éléments nerveux qui entourent la lésion. La forme mentale dépressive, avec débilitation rapide et profonde, sans rémission, des facultés intellectuelles et morales est une des plus graves. L'hébétude, l'idiotie, la torpeur suivies d'accès comateux, etc., sont des signes très fâcheux, ceux qui indiquent le mieux que l'affection marchera vers une terminaison funeste, malgré le mercure et l'iodure de potassium. Indépendamment des formes, il y a des symptômes qui, par leur intensité, peuvent arriver à compromettre l'existence immédiatement ou dans un court délai. Tels sont les symptômes apoplectiques avec coma prolongé, les crises violentes de manie avec accès épileptiques ou hémiplégie, etc., etc.

Une circonstance qui assombrit encore singulièrement le pronostic, c'est que les *recrudescences* et les *récidives* de la syphilose cérébrale sont excessivement fréquentes. Que de fois n'arrive-t-il pas qu'au moment où les symptômes se sont atténués et marchent vers une disparition prochaine, tout à coup un incident nouveau surgit; ou bien la maladie primitive, par un brusque retour offensif, recommence et détruit en un clin d'œil tout ce que nous avions obtenu du traitement. N'y a-t-il pas là de quoi mettre en doute l'action préventive des spécifiques? Et les récidives ne sont-elles pas aussi un argument contre lui? Leur fréquence est aussi grande que celle des recrudescences. On ne compte pas les cas dans lesquels la cérébropathie spécifique se reproduit sous sa forme première ou sous une autre, après la guérison, même quand cette guérison a été d'une longue durée. Il y a des récidives uniques; ce sont les plus rares. Il y en a de multiples; il y en a d'incessantes, d'espacées, de subintrantes, etc. Et ce qui est plus déplorable encore, c'est qu'en général, les récidives l'emportent comme gravité sur les premières attaques. Songez toujours à elles et tenez-vous sur le qui-vive même dans les cas les plus favorables.

L'âge de l'affection est d'un grand poids dans le pronostic, parce que moins elle est avancée dans son processus, et plus on a de chance de la guérir avec les spécifiques.

Et c'est peut-être cette possibilité qui fait que, si graves qu'elles soient, les cérébrosyphiloses sont, en définitive, moins redoutables que les cérébropathies d'origine commune. Je vais plus loin et je dis que, même abstraction faite de la question du traitement qui, cependant, mitige dans une grande mesure la sévérité du pronostic, ces affections cérébrales laissent plus d'espoir que celles d'une autre provenance. Sans doute leur tendance spontanée à l'amendement et à la guérison est bien faible; mais, cependant, elle existe, et elle est relativement beaucoup plus prononcée que dans les cérébropathies ordinaires. Aussi me semble-t-il qu'il y a de l'exagération dans cette croyance que tout est perdu sans le traitement et que tout est sauvé par lui. La vérité se trouve, comme il arrive souvent, entre les deux points extrêmes de cette manière de voir.

DES ALTÉRATIONS DE LA CHAINE DES OSSELETS DE L'OUIE

LEUR ÉTIOLOGIE ET LEUR TRAITEMENT (1).

Par M. le docteur LADREIT DE LACHARRIÈRE.

II

Lésions vasculaires de la chaîne des osselets. — On observe, dans un certain nombre de cas de surdité, une rougeur très vive qui s'étend sur le promontoire et descend le long du manche du marteau jusqu'à l'ombilic, sans que le cercle tympanique ou la membrane du tympan présentent la même coloration. Tantôt, c'est une suffusion rouge uniforme, formée par un réseau vasculaire extrêmement fin, et que l'éclairage le plus vif ne permet pas de dissocier; tantôt, on observe le long du manche du marteau un ou plusieurs vaisseaux parallèles qui se dirigent vers l'ombilic, et forment une traînée rouge qu'on pourrait comparer au pannus. L'intensité de la congestion est variable suivant le moment où on l'observe. Lorsque la personne qui en est atteinte s'est agitée, a subi une émotion, ou lorsqu'on l'observe en plein travail de digestion, la rougeur est très vive, elle l'est beaucoup moins dans les conditions inverses. Ces états congestifs se développent sous l'influence de troubles vaso-moteurs du grand sympathique, et, en particulier, chez les malades affectés de vertiges de l'estomac. On les constate aussi chez les goutteux. Ils sont alors, pour ainsi dire, une des premières manifestations de la diathèse, et j'ai pu les observer chez des personnes qui n'avaient jamais eu d'autres manifestations goutteuses bien franches, et chez lesquelles je pouvais, en quelque sorte, les prévoir, prévisions qui ont été plusieurs fois justifiées. On les observe encore chez les ouvriers qui frappent les métaux. Il semblerait que les ébranlements répétés du tympan et des osselets aient pu provoquer le développement de vaisseaux variqueux. On les observe également à la suite des fièvres graves, et, en particulier, de la fièvre typhoïde, ou des affections catarrhales; après l'administration longtemps

---

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1146.

prolongée du sulfate de quinine ou du salicylate de soude. Dans ces différents cas, la congestion a d'abord été générale sur la caisse, mais les vaisseaux plus développés sur les osselets persistent alors que la suffusion sanguine généralisée a disparu.

La congestion du manche du marteau et des autres osselets se différencie des états congestifs de la caisse du tympan en ce qu'elle est absolument limitée, tandis que les congestions de la caisse, soit par suite d'affections catarrhales ou de toute autre cause, se présentent sous l'aspect d'une suffusion rouge ou rose qui envahit toute l'oreille moyenne, sans qu'aucune de ses parties paraisse plus particulièrement atteinte.

L'engorgement vasculaire de la chaîne des osselets ne disparaît spontanément que dans un seul cas, lorsqu'il est entretenu par une cause rhumatismale. Le plus souvent, il persiste d'autant plus qu'il est constitué par le développement de vaisseaux, dont la plénitude est variable avec le moment de l'observation, mais qui ne cessent pas d'être apparents.

Il est bien rare que l'oreille reste indifférente à ces lésions, et que les malades ne se plaignent que d'un simple affaiblissement sensoriel; le plus souvent, ils ont des bruissements qui les tourmentent d'une manière incessante. Plus rarement, ils éprouvent des battements isochrones au pouls.

Épaississement scléreux de la chaîne des osselets. — Cette variété d'engorgement n'est pas, comme presque toutes celles que je viens de décrire, exclusivement propre à la chaîne des osselets. Elle est le résultat de la transformation sclérémateuse de la muqueuse de la caisse. Lorsque toute la membrane est envahie, le manche du marteau apparaît plus volumineux et bridé dans ces tissus d'apparence laiteuse et de nouvelle formation.

On observe ces dispositions chez les malades qui ont été pendant très longtemps atteints d'otorrhée, et chez lesquels la perforation du tympan est restée très petite ou n'a pas persisté.

Lorsque la sclérose de la caisse s'est produite en dehors de toute affection inflammatoire ou suppurative de l'oreille moyenne, et lorsqu'elle est le résultat d'un trouble trophique de la muqueuse, le manche du marteau paraît enchâssé dans ces taches floconneuses plus ou moins disséminées sur la membrane du tympan.

Dans les engorgements scléreux des chaînes des osselets, les bruissements sont la règle, ils ont une intensité qui obsède les malades, et deviennent un véritable supplice.

Les différentes formes de l'engorgement des chaînes des osselets provoquent presque toujours des surdités progressives, il faut donc les traiter le plus tôt possible. Malheureusement pour les malades, il se développe lentement. Tant que la gêne n'est pas trop grande, les malades espèrent une guérison spontanée. Ils attribuent leur gêne et leurs bruits à tous les événements de la vie qui se sont succédé, et ne veulent admettre une lésion de l'oreille, que lorsque la surdité est venue leur rendre les relations sociales impossibles. Il s'est passé souvent plus de huit ou dix ans, et le succès du traitement est devenu aléatoire. Il ne faut pas cependant refuser d'en faire l'essai.

L'intervention directe du médecin est la partie la plus importante du traitement, il ne faut accorder qu'une confiance relative à l'usage de quelques médicaments.

L'intervention du chirurgien aura pour but de mobiliser la chaîne des osselets, soit par des insufflations dans la caisse du tympan, soit par des aspirations de la membrane du tympan elle-même.

Les insufflations de la caisse du tympan, qu'elles soient faites avec de l'air seul, ou mélangé de vapeurs médicamenteuses, doivent toujours être énergiques et prolongées. On se servira donc du cathéter et du soufflet à double boule de Richardson.

Lorsqu'on aura obtenu le degré de souplesse dont la chaîne sera susceptible, la poire du professeur Politzer entretiendra l'amélioration obtenue, et l'augmentera encore, en permettant aux malades eux-mêmes de se faire, une ou deux fois par jour, des insufflations.

Les aspirations, soit à l'aide du spéculum de Siegle, soit avec la pompe pneumatique de Delstanche, ne donnent pas d'aussi bons résultats, mais elles doivent être essayées.

Je n'attache pas, au mélange d'air et de vapeurs médicamenteuses, une valeur absolue, je crois cependant que l'usage de ces vapeurs donne, dans un certain nombre de cas, un appoint favorable. Toutes les fois, donc, qu'il n'y a pas une contre-indication spéciale, j'injecte dans les caisses de l'air chargé de vapeurs d'iode. Lorsque ces vapeurs ne sont pas trop abondantes, elles sont absolument inoffensives, et, dans un certain nombre de cas, elles ont des propriétés résolutives, qu'on ne saurait nier.

Pour faire ces insufflations médicamenteuses, chacun a modifié, suivant ses caprices, l'appareil à boules de notre maître, M. Bonnafont. Je veux signaler cependant un petit appareil qui a été construit pour la clinique otologique, par M. Guépratte, sur les indications de M. le docteur Gilles. Il se compose d'une ampoule de verre, à l'intérieur de laquelle de petits tubes sont disposés de telle façon, que le courant d'air, qu'on projette avec le soufflet à double boule, ne permet pas aux teintures médicamenteuses de sortir autrement qu'à l'état de vapeurs. Cet appareil a l'inconvénient d'injecter des vapeurs d'iode un peu caustiques; aussi on devra prendre soin d'atténuer leur action par l'addition de quelques gouttes d'une solution d'iodure de potassium.

Les vapeurs d'eucalyptus et de goudron sont, après celles d'iode, celles qui m'ont paru le mieux réussir.

Le traitement médical, proprement dit, doit être institué suivant la nature et les causes qui ont déterminé la lésion; mais comme l'intervention médicale n'arrive souvent que plusieurs années après le début de la déformation, il faut bien le reconnaître, cette sélection est fort difficile.

L'iodure de potassium à l'intérieur m'a rendu très souvent de grands services, et je suis porté à en essayer l'emploi dans tous les cas douteux.

Je ne passerai pas en revue tous les autres médicaments qui peuvent répondre à des indications spéciales; je ne veux ajouter qu'un mot sur l'utilité de certaines instillations, dans les conduits auditifs externes, comme traitement des engorgements des chaînes.

Je fais ainsi usage de l'iodure de potassium, à la dose de 10 à 20 centigrammes dans 20 grammes d'eau distillée, de pilocarpine aux mêmes doses et d'acide sulfureux liquide.

Les solutions sulfureuses m'ont paru réussir dans les cas d'engorgements de nature herpétique. J'ai plus particulièrement fait usage de la pilocarpine dans les engorgements scléreux et fibreux, et je crois en avoir obtenu de bons résultats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 novembre 1889. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

COMMUNICATION

Projectiles dans les tissus. — M. CHAUVEL. La persistance d'accidents manifestement imputables à la présence seule d'un projectile dans les tissus, doit déterminer l'intervention chirurgicale.

La tolérance des balles de plomb n'est pas aussi commune que certains l'ont voulu dire, et elle ne doit pas être tenue pour le fait habituel.

L'extraction immédiate des projectiles, si elle ne doit pas être érigée en règle, ne doit pas non plus être rejetée de parti pris, lorsqu'elle est facile et sans aucun danger.

Les accidents occasionnés par le séjour d'une balle dans les tissus sont variables avec la nature des parties, le siège du projectile, les conditions anatomiques ; mais souvent ils sont graves et, loin de s'apaiser avec le temps, ils deviennent parfois de plus en plus violents.

Dans ces conditions, le chirurgien doit intervenir pour rechercher et extraire le corps étranger, trop heureux si son enlèvement suffit à faire disparaître les lésions pathologiques et les troubles fonctionnels dont sa présence avait été le point de départ.

LECTURE

Maurice Perrin. — M. le baron **LARREY** lit une notice sur la vie et les travaux de Maurice Perrin.

PRÉSENTATION

Hyperossification des os du crâne. — M. GUÉNIOT présente un enfant nouveau-né chez lequel les fontanelles ne sont pas perceptibles et qui offre de la microcéphalie.

Le diamètre sous-occipito-bregmatique ne mesure que 6 centimètres et demi au lieu de 9 centimètres et demi, ce qui est la règle chez les enfants normalement constitués.

A la jonction de l'occipital avec les deux pariétaux, la fontanelle est remplacée par un relief osseux du volume du petit doigt.

La réduction du crâne est telle qu'on se croirait au premier abord en présence d'un anencéphale ; la présentation a été celle d'un anencéphale, c'est-à-dire faciale.

La mère a vingt-sept ans ; elle est bien portante et elle a eu, il y a cinq ans, d'un autre mari, une fille bien constituée.

Rien n'empêchera cet enfant de vivre : son état intellectuel restera seulement dans un grand état d'infériorité.

Il nous a été donné d'observer un fait du même genre chez un enfant complètement idiot, dont le langage n'était qu'un cri tout animal. Mort à la suite d'un accident ; on trouva que son hémisphère droit pesait 50 grammes de moins que l'hémisphère gauche.

COMMUNICATION

Terminaison de la syphilis. — M. LANCEREAUX. Le premier fait que je désire communiquer à l'Académie est celui d'un homme de cinquante-trois ans, qui vint me consulter pour une éruption papulo-pustuleuse généralisée à toute la surface du corps, et qui aurait débuté par le cuir chevelu. Il s'agissait d'une syphilis secondaire de la variété décrite sous le nom de *syphilide acnéique*. Je recherchai alors l'état du système ganglionnaire et la porte d'entrée du mal.

Cet homme nous était amené par sa femme, qui ne présentait aucun symptôme de syphilis. D'autre part, les organes génitaux et les ganglions inguinaux du malade ne présentaient aucune trace d'un accident primitif. Au contraire, sous la moitié droite de la mâchoire inférieure, on sentait un ganglion du volume d'un gros marron, et quelques autres ganglions moins volumineux au voisinage du premier. Rien à gauche. La constatation de cette adénite levait tous les doutes. Il s'agissait certainement de l'adénite chancreuse qui accompagne l'accident primitif de la pléiade ganglionnaire avec le *ganglion planète* à son centre.

Il fallait donc chercher la trace du chancre dans le territoire du ganglion sous-maxillaire. J'appris alors que ce malade avait subi le cathétérisme de la trompe d'Eustache le 13 septembre. Un second cathétérisme, pratiqué pendant les premiers jours de novembre, donna lieu à un écoulement souillé et sanguinolent, et il y a lieu de croire que cet écoulement n'était dû à autre chose qu'à l'accident primitif, lequel aurait été inoculé lors de l'opération du 13 septembre. Supposons, en effet, que la contamination se soit effectuée ce jour-là, le chancre syphilitique, dont l'incubation est d'environ un mois, a dû apparaître vers le 15 octobre et, par conséquent, il était encore vers le 15 novembre dans sa période d'état. Quant aux accidents secondaires, survenant, en général, six semaines ou deux mois après le début du chancre, ils devaient se montrer dans le courant de décembre. Or, le malade et sa femme, très affirmatifs sur ce point, disent les avoir aperçus le 16 décembre. La concordance des dates est donc parfaite. D'un autre côté, le malade déclare que le ganglion sous-maxillaire ou ganglion chancreux était antérieur à l'éruption.

Le second fait de syphilis, contractée par l'usage d'instruments malpropres, concerne une femme de trente-six ans, qui, vers le mois d'octobre 1888, s'était fait arracher des dents, puis poser un ratelier à la mâchoire supérieure. Quelque temps après, apparut une douleur au niveau de la gencive supérieure, suivie d'une tuméfaction indurée au niveau du même point. Induration des ganglions sous-maxillaires. Vers le 8 janvier, apparition, sur toute la surface du corps, d'une éruption papuleuse disséminée couleur cuivrée, bientôt surmontée d'une petite vésiculo-pustule.

Toutes les papules isolées, disséminées et non prurigineuses, offraient les caractères manifestes des éruptions cutanées syphilitiques. Il existait, en outre, quelques ganglions inguinaux indurés et des adénites spécifiques multiples à la région postérieure du cou.

L'espace de temps compris entre le moment où la malade a commencé à faire soigner sa bouche, et celui où elle s'est aperçue d'une lésion à la mâchoire supérieure ; celui qui s'est écoulé depuis l'accident de la gencive, jusqu'au moment où s'est rencontrée l'éruption cutanée ; ce sont là autant de circonstances qui nous ont conduit à diagnostiquer une maladie syphilitique, et à reconnaître que cette maladie avait sûrement son origine dans les opérations pratiquées par le dentiste. Ajoutons que le traitement : iodure de potassium et préparations mercurielles, est venu confirmer notre manière de voir, et que la malade en question est aujourd'hui bien portante.

Des raisons sérieuses portent à croire que ce dernier mode de transmission est plus commun qu'on ne le pense généralement. Le barbier, comme le dentiste, est quelquefois un propagateur de syphilis, et cela d'autant plus que le cuir chevelu, comme la bouche, est le siège habituel des premières manifestations secondaires, c'est-à-dire de celles qui s'inoculent le plus facilement.

Le docteur Nivet, dans sa thèse inaugurale, et M. le docteur Morel-Lavallée, dans un récent mémoire des *Annales de dermatologie*, rapportent un certain nombre de cas de contamination syphilitique par le rasoir, et presque toujours, dans ces cas, le menton était le siège de l'ulcère spécifique.

Il y a quelques mois, l'un de nos internes, M. Bouisson, me présentait un élève en médecine, atteint lui-même d'un chancre de la face produit par le rasoir d'un coiffeur.

Supposez un coiffeur passant sur la tête un peigne qui vient de servir à un syphilitique atteint d'une éruption du cuir chevelu, et vous comprendrez que les dents de cet instrument, imprégnées de virus, peuvent facilement inoculer la maladie. Aussi est-il de toute nécessité que le dentiste, le barbier, le coiffeur et toute personne appelée à pratiquer une opération quelconque aient recours, comme le font aujourd'hui les chirurgiens et les accoucheurs, à des moyens de propreté absolue, et cela non seulement parce qu'il n'est pas permis d'exposer qui que ce soit à une maladie des plus graves, mais encore parce qu'il n'y a aucun

avantage à se voir contraint à payer une indemnité qui pourrait être légitimement réclamée. C'est pourquoi il nous paraît désirable que les dentistes et les coiffeurs soient tenus de ne se servir que d'instruments rigoureusement propres, et comme il est difficile qu'ils aient des instruments spéciaux pour chacun de leurs clients, je me demande s'il n'y aurait pas lieu de veiller à ce qu'il existe, chez chacun d'eux, des solutions désinfectantes, et surtout à ce qu'ils en fassent usage.

M. MAGITOT reconnaît l'exactitude des faits signalés par M. Lancereaux. Il pense qu'il faut demander une antisepsie parfaite des instruments, et signale le bi-chlorure de mercure comme l'antiseptique à recommander. Mais peut-on en abandonner l'emploi à des dentistes, non docteurs en médecine ? Ce qui s'est passé récemment, au sujet des sages-femmes, est applicable aux dentistes qui ne sont pas docteurs.

M. LANCEREAUX, sans s'arrêter à l'antiseptique le plus avantageux, désire se borner à maintenir la nécessité absolue pour les barbiers, dentistes, etc., de désinfecter leurs instruments chaque fois qu'ils ont servi. Des actions en dommages-intérêts pourraient leur être intentées, s'ils ne prenaient pas ces précautions.

LECTURE

Hypo-hématose. — M. MAUREL (de Toulouse). Il existe un rapport nécessaire entre la taille et le poids d'un sujet, et sa section thoracique.

Ces rapports varient avec les âges ; mais, pour chaque âge, ils sont constants.

Lorsque ce rapport est insuffisant, il en résulte une série de troubles que j'ai réunis sous le nom d'hypo-hématose.

Ces troubles constituent bien une affection spéciale. Ils représentent au moins une forme particulière de l'anémie ; c'est l'anémie par défaut de comburant.

Tous ces troubles tiennent bien à l'insuffisance de la section thoracique, entraînant elle-même une respiration insuffisante ; et ce qui le prouve, c'est qu'il suffit d'agrandir cette section thoracique, pour que tous ces troubles disparaissent.

Cet agrandissement s'obtient rapidement par la gymnastique respiratoire.

RAPPORTS

Hygiène de l'enfance. — M. VALLIN lit un rapport sur les récompenses proposées par la Commission de l'hygiène de l'enfance.

M. DE VILLIERS lit un rapport sur le service de l'hygiène de l'enfance.

Vaccine. — M. HERVIEUX termine la lecture de son rapport sur le service de la vaccine.

COMITÉ SECRET

L'Académie se réunit en comité secret pour discuter les conclusions de ces divers rapports.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'hémoglobinurie (1), par Marcel DELABROUSSE.

Le passage de l'hémoglobine dissoute dans les urines, sans hématurie vraie, sans globule rouge, est un phénomène des plus curieux, sur lequel l'attention a été vivement attirée dans ces dernières années. M. Delabrousse, élève de M. Albert Robin, donne dans sa thèse un tableau général de ce phénomène ; il a le mérite d'exposer clairement la question, ou pour mieux dire les questions multiples que soulève l'étude de l'hémoglobinurie.

L'hémoglobinurie vraie, d'après lui, comprend quatre variétés :

1° La forme paroxystique ;
2° La forme périodique ;
3° La forme pré-brightique ;
4° La forme post-brightique.

L'*hémoglobinurie paroxystique* constitue une des manifestations urologiques les plus curieuses, au point de vue de la clinique autant qu'au point de vue de la physiologie pathologique.

Une personne, qui peut être en apparence bien portante, éprouve une sensation de refroidissement général, de fatigue, de courbature. Souvent il y a de la douleur, de la pesanteur dans la région lombaire ; quelquefois des frissons plus ou moins marqués ; la température monte de 38 à 39, parfois 40 degrés ; le pouls à 120, 130 pulsations. Ce frisson est suivi de sueurs, plus ou moins abondantes. Le besoin d'uriner se fait sentir. Les urines sont fortement colorées, comme du vin de Malaga, de la bière brune. Au microscope, on n'y trouve que très peu de globules rouges. Les hématies présentes dans l'urine n'ont certainement pas pu fournir la totalité de l'hémoglobine qui la teint. Aux mictions suivantes, l'urine est encore colorée ; elle tend, cependant, progressivement à reprendre sa coloration normale. Souvent, on trouve un peu d'albumine. Au spectroscope, on aperçoit facilement la raie de l'oxyhémoglobine et quelquefois de la méthémoglobine.

Ces accès surviennent fréquemment sous l'influence du refroidissement. Le refroidissement n'en est, cependant, pas l'unique cause occasionnelle.

Assez souvent, après l'accès, on observe une teinte subictérique plus ou moins marquée des téguments. La rate et le foie sont augmentés de volume.

Ce sont là les phénomènes principaux de l'hémoglobinurie paroxystique, que l'on a relevés assez fréquemment chez d'anciens syphilitiques ou d'anciens paludéens.

C'est surtout cette forme d'hémoglobinurie qui a intrigué les auteurs, celle dont ils ont donné des explications physiologiques plus ou moins ingénieuses.

L'*hémoglobinurie périodique* doit être distinguée de l'hémoglobinurie paroxystique. Elle est un épiphénomène qui survient au cours d'une maladie principale : le mal de Bright, le rhumatisme, etc. Les accès peuvent se succéder sans cause connue, à des intervalles de temps plus ou moins espacés.

L'*hémoglobinurie pré-brightique*, correspond, d'après M. Albert Robin, à la congestion rénale. La chose peut aller jusqu'à la néphrite, et l'hémoglobinurie est alors le phénomène premier du mal de Bright.

Dans l'*hémoglobinurie post-brightique*, l'hémoglobinurie survient au cours d'un mal de Bright déjà installé, et le plus souvent déterminé.

Il faut ajouter, à ces hémoglobinuries spontanées de l'adulte, l'hémoglobinurie des nouveau-nés et l'hémoglobinurie toxique. Cette dernière peut être due à des intoxications variées : chlorate de potasse, acide chlorhydrique, acide sulfurique, acide phénique, acide sulfhydrique, phosphore, hydrogène, arsenic, naphthol, certaines variétés de champignons, la toluylène diamine, l'acide pyrogallique, le sulfate de quinine, etc. Il faut ajouter l'hémoglobinurie des états infectieux et des auto-intoxications. Dans l'espèce bovine, il existe de plus une hémoglobinurie qui paraît être de nature parasitaire.

On a beaucoup discuté sur la pathogénie et la nature de l'hémoglobinurie, et surtout de l'hémoglobinurie paroxystique. La grande question est de savoir où se fait la dissolution de la substance colorante des globules ; cela ne peut être que dans les urines, dans le rein, dans le sang ou dans certains organes hématopoiétiques.

En admettant la dissolution au delà du rein, il y aurait simplement transformation d'une hématurie. Pour d'autres, c'est en amont du rein, dans le sang, que se ferait la décoloration ou la destruction des globules. Il y aurait donc, d'abord, hémoglobinémie, accumulation dans le sang de l'hémoglobine dissoute

(1) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, H. Jouve, imprimerie des Écoles.

comme cela se voit dans certains empoisonnements. M. Hayem n'a pas pu constater cette hémoglobinémie. Resterait donc la théorie rénale; c'est dans le rein que se ferait la sécrétion de l'hémoglobine dissoute. La congestion des reins, congestion quelquefois prémonitoire d'une néphrite véritable, serait la condition physiologique nécessaire de l'hémoglobinurie.

Nous n'avons pu, en signalant ce travail intéressant, que donner les indications générales, relatives à ce curieux phénomène. Bien que l'original soit surtout lui-même une sorte de tableau d'ensemble, nous y renvoyons pour plus amples détails.

Albert Mathieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 octobre 1889, MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale, dont les noms suivent, ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe.

2e corps d'armée. — MM. Dupuy, Tresfort et Serpaggi.
7e corps d'armée. — MM. Guédenez et Avrard.
8e corps d'armée. — M. Fonssard.
9e corps d'armée. — M. Couroy.
12e corps d'armée. — MM. Dutil et Puygauthier.
15e corps d'armée. — M. Dugout, dit Bally.
16e corps d'armée. — MM. Cayla, Balaman et Dallac.

— Par décret, en date du 29 octobre 1889, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Guillou, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 30 octobre 1889, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Romanet, pour l'hôpital militaire de Nice; Millet, pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains; Gabriel, pour le 37e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Moreaud, pour le 138e d'infanterie; Baradat, pour l'hôpital militaire de Nice.

— Par décision ministérielle, en date du 31 octobre 1889, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Laval, pour le 22e d'infanterie; Donion, pour le 99e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 octobre 1889, l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen est autorisée à jouir des droits conférés aux écoles préparatoires réorganisées par l'article 13 du décret du 1er août 1883.

Le présent arrêté aura son effet à dater du 1er novembre 1889.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 novembre 1889, un concours s'ouvrira le 10 mai 1890, à l'École de médecine de Grenoble, pour l'emploi de chef des travaux physiques et chimiques à ladite école.

— *Concours de l'internat.* — Épreuve orale : première séance, réservée aux six candidats devant faire prochainement leur service militaire (lundi, 4 novembre) : « Veine porte en dehors du foie ; symptômes et diagnostic de la cirrhose alcoolique. »

— *Concours de l'externat.* — Pathologie : première séance (réservée aux candidats qui doivent faire prochainement leur service militaire), jeudi 31 octobre : « Entorse. »

Anatomie : cinquième séance (mardi 5 novembre) : « Les trois muscles fessiers. »

— La Société médicale des hôpitaux a reçu et accepté, de Mme veuve Adèle Vincent, un don de 1000 francs.

Conformément au vœu de la donatrice, la Société médicale des hôpitaux de Paris institue un prix à décerner en juillet 1891, par une Commission de la Société, à l'auteur du meilleur travail paru depuis le moment où le concours sera ouvert « sur l'angine de poitrine symptomatique d'une affection du cœur et sur l'artério-sclérose. Ce travail (ouvrage imprimé ou manuscrit) devra avoir spécialement pour but de soulager ou de guérir les personnes atteintes de ces maladies. »

Le prix devra se nommer : prix Auguste Vincent. La somme de 1000 francs, non divisible, sous forme d'encouragement, sera attribuée à l'auteur du travail qui marquera un progrès dans l'étude et la thérapeutique des affections sus-indiquées.

Dans le cas où la Commission jugerait qu'il n'y a pas lieu de déterminer le prix en juillet 1891, elle remettrait de deux en deux années l'examen des travaux relatifs à la question posée, et ce, jusqu'à ce qu'il y ait lieu de décerner le prix. Le résultat du concours devra être proclamé à une date la plus voisine possible du 8 juillet.

Les travaux écrits en langue française devront être adressés au secrétariat général de la Société médicale des hôpitaux de Paris, au siège des séances de la Société, 3, rue de l'Abbaye, à Paris, le 30 avril 1891, au plus tard.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir le 18 novembre pour les emplois de médecins du traitement à domicile est constitué comme suit : M. le docteur Raoult (XVIe arrondissement); M. le docteur Blet (VIIe arrondissement); M. le docteur Barrault (Ve arrondissement) et M. le docteur Rech (IVe arrondissement).

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Fourcaud, Sabrazès, Faguet, Bégouin, Mongour, Bert, Constantin, Duffau-Lagarosse et Fromaget.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Beurnier est maintenu dans ses fonctions de chef de clinique chirurgicale.

— Lundi 11 novembre, aura lieu, au restaurant du *Lyon d'or*, le banquet offert à M. Berger par ses élèves et amis, à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur.

— Une médaille d'honneur (argent, première classe) vient d'être accordée à M. Labbé, interne en médecine à l'hôpital civil de Mustapha : s'est signalé par un zèle et un dévouement dignes des plus grands éloges, à l'ambulance de Beni-Messous, durant l'épidémie typhique. Déjà titulaire d'une médaille d'argent, deuxième classe.

Une médaille d'honneur (argent, deuxième classe) est accordée à MM. Gajé, interne en médecine, et Marty, interne en pharmacie à l'hôpital civil de Mustapha : ont prodigué les soins les plus dévoués aux malades atteints du typhus, traités à l'hôpital civil de Mustapha et à l'ambulance de Beni-Messous.

— M. le professeur Charcot commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux, le vendredi 8 novembre 1889, à neuf heures et demie, à l'hospice de la Salpêtrière, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. — Les mardis : policlinique ; les vendredis : examen des malades admis.

— M. le docteur Le Dentu, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, commencera, le vendredi 8 novembre, à neuf heures et demie, des conférences de clinique chirurgicale qu'il continuera les vendredis suivants à la même heure. — Opérations les mercredis et vendredis.

— M. le professeur Tarnier commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie, le samedi 9 novembre 1889, à neuf heures du matin, à la clinique d'accouchements (rue d'Assas, n° 89), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. — Mardi et samedi : leçons à l'amphithéâtre ; visite des malades tous les matins à huit heures et demie.

— M. le professeur Jaccoud reprendra son cours de clinique médicale, le samedi 9 novembre 1889, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital de la Pitié (amphithéâtre n° 1), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. — Visite des malades tous les jours, à neuf heures du matin : salle Jenner (hommes) ; salle Laënnec (femmes).

— M. le professeur Mathias Duval commencera le cours d'histologie, le samedi 9 novembre 1889, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Les épithéliums et les glandes en général ; le foie, le rein. — Le sang et la lymphe ; les vaisseaux sanguins et lymphatiques ; le système musculaire. — La peau et les organes des sens.

— M. le professeur Ball commencera son cours sur les maladies mentales, le dimanche 10 novembre, à dix heures du matin, à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

— Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie, appliquées à la toxicologie, commenceront le samedi 9 novembre, au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, quai du Marché-Neuf, n° 2), et se continueront les mardis, jeudis et samedis suivants. — Les mardis à trois heures : M. le docteur Vibert ; les jeudis à quatre heures : M. le docteur Descoust ; les samedis à trois heures : M. Ogier.

Seront seuls admis à suivre ces conférences, sur la présentation d'une carte spéciale, qui leur sera délivrée après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, quai du Marché-Neuf, n° 2) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

— *École d'anthropologie.* — M. le professeur A. Bordier commencera le cours de géographie médicale le vendredi 8 novembre, à quatre heures, et le continuera les vendredis suivants à la même heure. — Programme : Action du milieu. Transformisme. Applications à l'alimentation de l'homme et des êtres organisés.

M. P.-G. Mahoudeau, chargé de cours, commencera un cours d'anthropologie histologique le vendredi 8 novembre, à cinq heures, et le continuera les vendredis suivants à la même heure. — Programme : Le système nerveux, son histologie et ses principales relations avec les autres systèmes de l'organisme.

M. le professeur C. Letourneau commencera le cours d'histoire des civilisations le samedi 9 novembre, à quatre heures, et le continuera les samedis suivants à la même heure.—Programme : L'évolution juridique dans les diverses races humaines.

M. Adrien de Mortillet, chargé de cours, commencera un cours supplémentaire d'ethnographie comparée, le samedi 9 novembre, à cinq heures, et le continuera les samedis suivants à la même heure. — Programme : Industrie des peuples sauvages modernes, comparée à celle des populations préhistoriques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 128. — SAMEDI 9 NOVEMBRE 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 9 NOVEMBRE 1889. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » . — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Revue générale. L'acromégalie, par M. le docteur Georges Guinon, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

L'acromégalie.

Par M. le docteur Georges Guinon, chef de clinique de la Faculté.

I

Tel est le nom (ἄκρον extrémité, μέγας grand) sous lequel M. Pierre Marie (1) a décrit, en 1886, une affection caractérisée par « une hypertrophie singulière, non congénitale, des extrémités supérieures, inférieures et céphaliques ». Cet auteur déclarait alors qu'il s'agissait d'une *entité morbide spéciale*, d'une maladie à part, il la décrivait en détail, et mieux encore, par une heureuse union du schéma avec la réalité clinique, il *créait* le type *acromégalie*. Aussi est-ce avec juste raison que tout récemment le professeur Verstraeten (2) [de Gand] proposait de donner, à cette affection, le nom de *maladie de Marie*.

A la suite de ce travail initiateur, un certain nombre de mémoires ont été consacrés à l'étude de cette affection, et par une coïncidence assez curieuse, tous ces mémoires, à l'exception d'un seul (3), sont dus à des étrangers. C'est surtout en Allemagne que l'acromégalie semble jusqu'à présent avoir appelé l'attention des médecins ; parmi ceux qui s'en sont particulièrement occupés, on trouve les noms de Virchow, de Erb, de Minkowski, de Schultze, de Freund, etc. ; en Angleterre, Hadden, Wilks, Godlee, etc. ont observé des cas du même genre.

Depuis que l'attention a été appelée sur ces faits, on a pu retrouver, et cela se conçoit aisément pour une maladie dont l'aspect est si bizarre, des cas d'acromégalie publiés sous les noms les plus divers, à différentes époques. Le plus ancien de ces cas, du moins à notre connaissance, est celui de Saucerotte (4) qui, sous une forme parfois un peu naïve, nous a laissé, en 1772, une relation clinique fort complète, suivie d'autopsie. L'observation publiée par M. Henrot (1) [de Reims], sous le nom de myxœdème, et qui, incontestablement, appartient à l'acromégalie, a été également suivie d'une autopsie qui constitue un précieux document. De même, le cas décrit par Fritsche et Klebs (2), comme un exemple de gigantisme, et dont ces auteurs ont fait l'objet d'une étude approfondie, s'est terminé par la mort et nous aurons lieu de revenir sur les résultats fournis par l'examen anatomo-pathologique dans ce cas. Enfin, M. P. Marie a pu faire, dans le service de M. le professeur Charcot, l'autopsie d'une des malades, dont l'histoire figurait dans son premier travail.

Les documents se sont donc, dans un laps de temps assez court, suffisamment accumulés, pour qu'on puisse essayer de prendre une vue d'ensemble de la question ; pour y parvenir, nous mettrons à contribution tous ces travaux, en nous appuyant, d'une façon toute particulière, sur le récent mémoire de M. P. Marie (3), dans lequel, complétant sa description première, cet auteur a présenté un tableau clinique, soigneusement étudié, de l'affection dont nous avons à nous occuper.

Donnons d'abord l'esquisse, en quelques traits, d'un de ces malades, en décrire un c'est les décrire tous, tant ils ont entre eux « un air de famille ». Il s'agit toujours d'un adulte, homme ou femme, dont les *mains*, au premier coup d'œil, surprennent par leurs dimensions inusitées, mains énormes, extraordinairement larges et épaisses, avec une longueur presque normale ; si on regarde alors les *pieds*, on les voit, eux aussi, larges et épais, en même temps qu'assez courts. Voilà pour les extrémités supérieures et inférieures ; ce n'est pas tout, l'extrémité céphalique, la *face*, participe à l'hypertrophie, elle est allongée, et plus particulièrement, le *maxillaire inférieur* est énorme, le menton fait une forte saillie, les incisives inférieures dépassent en avant de plusieurs millimètres les supérieures. Tels sont les traits principaux qui, joints à une *cyphose* cervico-dorsale assez prononcée, permettent de faire du premier coup, à distance, même dans la rue (trois cas de P. Marie), le diagnostic « acromégalie ». Chose singulière, il est extrêmement rare que les gens (parmi lesquels un médecin) atteints de cette affection en aient remarqué l'existence, à plus forte raison

(1) P. Marie. *Revue de médecine*, avril 1886, p. 297.
(2) Verstraeten. *Idem*, mai et juin 1889.
(3) Farge. *Progrès médical*, juillet 1889.
(4) Saucerotte. *Mélanges de chirurgie*, 1re partie, 1801, p. 407 et suiv. (Observation communiquée à l'Académie de chirurgie, en 1772.)

(1) Henrot. *Notes de clinique médicale*, Reims 1877, et *Notes de clinique médicale* : Des lésions anatomiques de la nature du myxœdème, Reims 1882.
(2) Fritsche et Klebs. *Ein Beitrag zur Pathologie des Riesenwuchses*, Leipzig 1884.
(3) P. Marie. *Progrès médical*, mars 1889.

les progrès ; pour la plupart, le seul symptôme qui ait attiré leur attention, est une *céphalalgie* opiniâtre ; les femmes cependant ne manquent pas de signaler que, depuis un temps plus ou moins long, elles ont vu disparaître leurs *règles*.

II

Reprenons maintenant, et étudions, en particulier, chacun de ces symptômes :

Les *doigts* des mains ont des dimensions énormes, ils sont à peu près aussi gros à leur extrémité qu'à leur base « en saucisson » (P. Marie), mais un peu aplatis d'avant en arrière, les plis articulaires sont assez profonds, les segments charnus qui séparent ceux-ci, forment des bourrelets très saillants, car l'hypertrophie porte à la fois sur les os et sur les parties molles. Cette hypertrophie des parties molles est d'ailleurs très manifeste pour toute l'étendue de la main, tous les plis palmaires sont profonds et limitent d'énormes bourrelets cutanés ; au niveau du talon de la main, l'éminence thénar et surtout l'hypothénar sont très développées. Les ongles sont courts, aplatis, plutôt élargis, malgré cela, ils semblent comme trop petits, grâce à l'énorme volume des extrémités digitales qu'ils recouvrent ; ils présentent ordinairement une striation longitudinale très nette. D'après Verstraeten, ces altérations débuteraient par les doigts les plus externes. Quant à la *main* elle-même, elle est extraordinairement massive, et, fait essentiel, par suite de la prédominance de son accroissement en largeur et en épaisseur, elle prend très nettement le type *camard*, « main en battoir » — *spadelike* ;



Fig. 1. — Mains de la malade de l'Observation I du premier mémoire de M. P. Marie. (D'après une photographie.)

Tel est l'aspect de la main, assez caractéristique par lui-même, mais ce qui en fait encore davantage ressortir les dimensions, c'est le manque de rapport qui existe entre celles-ci et celles des autres segments du membre supérieur ; le bras, l'avant-bras ont un volume sensiblement normal, le poignet seul, parfois, est légèrement augmenté de volume, mais à un degré bien moindre que la main.

Pour les membres inférieurs, les caractères sont absolument les mêmes, les *pieds* sont comme les mains, énormes, mais camards, les bourrelets formés par la peau et le tissu adipeux sous-cutané, prennent un développement excessif. Les malléoles, quoique un peu grosses, ne sont pas en proportion du pied proprement dit ; la jambe a un volume presque normal, il en est de même de la cuisse ; quelquefois les genoux sont un peu saillants, par suite de l'augmentation du volume de la rotule et des condyles du fémur.

Si maintenant nous passons à l'étude de l'*extrémité céphalique*, nous constatons tout d'abord que, dans son ensemble, elle est plus forte que chez un individu ordinaire, au point qu'elle présente le plus souvent quelque chose d'étrange, de grotesque même.

Cette hypertrophie de l'extrémité céphalique est loin, d'ailleurs, de porter également sur toute l'étendue de celle-ci. Bien que le *crâne* lui-même puisse présenter quelques modifications, soit dans sa conformation (saillie de plusieurs sutures, P. Marie), soit dans ses dimensions, notamment un accroissement des diamètres antéro-postérieurs de la glabelle à l'occiput, et de la racine du nez au sommet de la protubérance occipitale (Verstraeten), c'est la *face* qui subit la plus grande augmentation de volume, tant dans son ensemble que dans quelques-unes de ses parties constituantes. Dans son ensemble, elle est considérablement *allongée* dans le sens vertical. Si on examine en détail chacune de ses parties constituantes, on voit que le *front* est généralement assez bas et tourmenté par suite de la saillie plus ou moins marquée des rebords et des apophyses orbitaires (nous aurons plus loin l'occasion de dire qu'il s'agit ici non pas d'exostoses, mais d'une dilatation des sinus frontaux). Les *yeux* sont quelquefois assez saillants, au point même que certains auteurs ont parlé d'exophthalmie. Les *paupières* sont souvent allongées, parfois épaissies, leurs cartilages tarses peuvent être hypertrophiés, assez souvent aussi, elles présentent une coloration un peu brunâtre de la peau. Mais c'est surtout le *nez* qui, dans cette partie de la face, présente l'accroissement le plus notable, toutes ses dimensions sont exagérées, la sous-cloison elle-même est presque le double de ce qu'elle est chez un individu normal. Le nez est généralement arrondi, souvent un peu épaté, comme « en pied de marmite », les ailes sont volumineuses et épaissies, on pourra d'ailleurs vérifier ces caractères sur une figure de l'intéressante observation publiée par Minkowski(1). Les *pommettes* sont ordinairement assez saillantes, cette saillie est due à la dilatation des sinus maxillaires. L'aspect des *lèvres* constitue un des éléments qui rendent si caractéristique le facies des acromégaliques. La *lèvre inférieure* se montre très proéminente et renversée en bas, de telle sorte que, dans les cas un peu accentués, elle est littéralement pendante et tout au moins elle forme une lippe très accentuée ; quant à la lèvre supérieure, elle est, en général, assez épaisse, mais son accroissement n'est pas à comparer avec celui de la lèvre inférieure. Si on fait ouvrir la bouche au malade, on est surpris du volume énorme de la *langue*, dont la forme n'est d'ailleurs nullement altérée, quoique peut-être l'augmentation soit relativement moindre en longueur qu'en largeur et en épaisseur. Quelquefois c'est à peine si cette langue hypertrophiée peut être encore contenue dans la bouche ; ses mouvements en sont parfois gênés, et c'est à cette augmentation de volume de la langue, qu'il faudrait attribuer certains troubles de prononciation, assez légers d'ailleurs, constatés chez quelques malades. Il

(1) Minkowski. *Berlin. Klin. Wochens.*, XXIV, 21, 1887.

semble, en effet, que, par suite de son volume même, la langue tourne difficilement dans la bouche, et ait ainsi perdu une partie de son agilité.

Il faut signaler aussi l'étendue considérable de la *voûte palatine* et du *voile du palais*, surtout notable dans le sens antéro-postérieur.

L'aspect du *menton* mérite d'appeler tout particulièrement

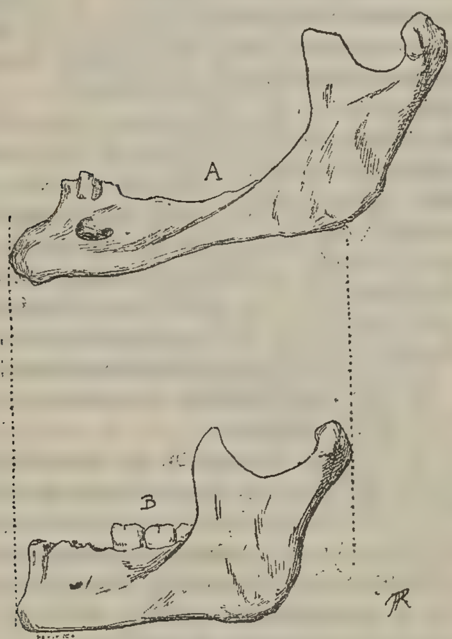


FIG. 2. — A. Maxillaire inférieur de la malade qui fait l'objet de l'Observation II du premier mémoire de M. P. Marie; — B. Maxillaire inférieur normal pris comme terme de comparaison. (Dessin de M. P. Richer).

l'attention, car il est des plus caractéristiques ; ses dimensions sont très augmentées, sa forme est massive, il fait, en bas et en avant, une saillie très apparente. On constate, en outre, que ce n'est pas seulement le menton qui est augmenté de volume, mais le *maxillaire inférieur* tout entier. Par suite de l'augmentation des dimensions de celui-ci, alors que le maxillaire supérieur est peu ou pas modifié, la concordance entre les deux mâchoires se trouve détruite, la mâchoire inférieure vient dépasser en avant la supérieure, il se produit en un mot un *prognathisme* qui peut être considérable, et qui, comme tout le reste, se montre d'une façon lente et progressive (un malade de M. P. Marie remarqua tout d'abord la modification survenue dans sa mâchoire, en ce que, lorsqu'il voulait confectionner des lignes pour la pêche, il ne pouvait plus en couper le fil avec ses dents, comme il avait l'habitude de le faire). Par suite de cette hypertrophie du maxillaire inférieur, la partie inférieure de la face se trouve allongée, d'où la tendance du visage à offrir, dans les cas suffisamment avancés, la forme générale d'un *ovale allongé*.

Assez souvent aussi, mais non toujours, les *oreilles* sont, elles aussi, plus ou moins hypertrophiées ; à cet égard, les variétés semblent être assez considérables.

Telles sont les principales modifications à signaler du côté des « extrémités », modifications qui, au point de vue du diagnostic, ont, comme nous le verrons plus tard, une importance de premier ordre. Mais la description du type acromégalique ne saurait s'arrêter là, car presque tous les appareils éprouvent des modifications plus ou moins accentuées.

III

Dans la plupart des observations, on trouve signalées des déviations du *rachis* qui impriment, à l'aspect des malades, un cachet spécial. On doit tout d'abord mentionner une *cyphose* très marquée de la région cervico-dorsale, grâce à laquelle les malades ont « le dos rond », cyphose qui peut arriver au point que les malades éprouvent une difficulté presque insurmontable à tenir la tête droite. Il pourrait exister aussi un certain degré de *scoliose* et même de *lordose* compensatrice, mais ces deux dernières déviations sont incomparablement moins accentuées que la cyphose.

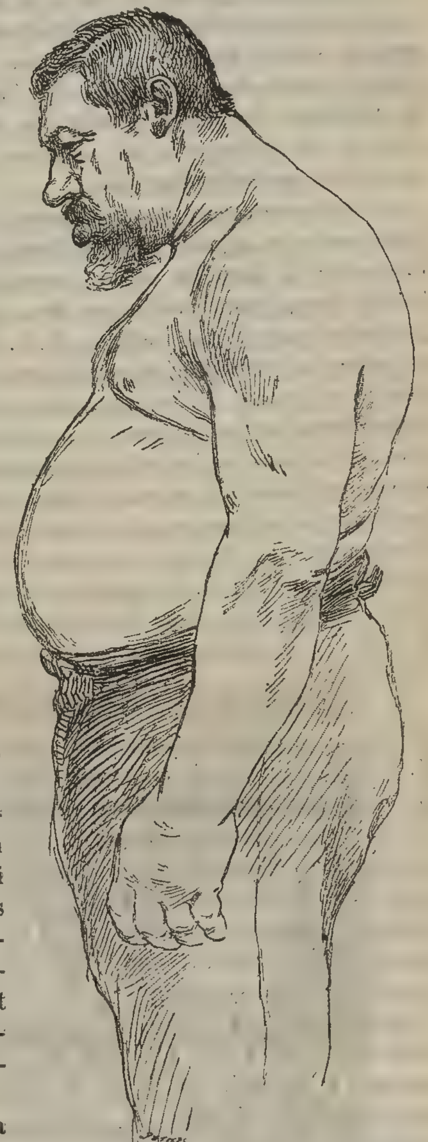


FIG. 3. — Homme dont l'observation vient d'être publiée dans le *Brain* par M. P. Marie. (Dessin de M. P. Richer.)

Le *cou* est gros, court et large. Quant au *corps thyroïde*, bien qu'on manque de données certaines à son égard, il semble qu'il soit plutôt d'un petit volume ; dans l'observation II de Verstraeten, il est bien question d'un petit *goître* nodulaire, mais on se souviendra que, dans un bon nombre de cas, le goître, loin d'être une hypertrophie du corps thyroïde, représente, au contraire, la destruction d'une portion de cette glande. Quoi qu'il en soit, le corps thyroïde ne ferait jamais défaut dans l'acromégalie, c'est tout au plus s'il présenterait une certaine diminution de volume.

Le *thorax* participe à l'hypertrophie, tant dans son ensemble que par les différents os qui le constituent. Les *clavicules*, le *sternum*, les *côtes* présentent une augmentation très notable de volume. Quant au thorax lui-même, il est aplati latéralement et, au contraire, saillant dans le sens antéro-postérieur ; la partie sternale est très proéminente (saillie de l'angle de Louis) [Verstraeten] et très oblique de haut en bas, d'arrière en avant ; quand les malades font une forte inspiration, on voit se produire un mouvement de projection en avant, très marqué et très bizarre, de toute la partie inférieure du thorax ; grâce à leur cyphose cervico-dorsale et à la saillie antérieure du thorax, ces malades rappellent assez exactement l'aspect de *Polichinelle* avec sa double bosse.

Le professeur Erb (1) a décrit, dans la région antérieure et supérieure du thorax d'une femme acromégalique qu'il a observée, l'existence d'une *zone de matité rétro-sternale* nettement accusée ; cette zone de matité n'a pas été retrouvée depuis par quelques autres auteurs, mais Verstraeten, dans son observation II, en a constaté l'existence ; de même Schultze ; *a priori* il semble que cette matité rétro-sternale devrait être trouvée fréquemment, si, comme nous le dirons plus loin, on admet que, dans l'acromégalie, la persistance du thymus est un phénomène constant.

Pour terminer ce qui a trait à la face et au corps, signalons la remarque faite par Verstraeten, qu'il existait chez sa malade une *asymétrie* dénotée par les différences assez grandes entre les dimensions de l'un et l'autre côté ; c'est là d'ailleurs un fait à vérifier par des observations ultérieures, les différences de ce genre étant très fréquentes aussi chez les individus sains.

Les divers *muscles*, et surtout ceux des membres, se montrent sous des aspects assez différents, suivant l'époque de la maladie à laquelle on les examine ; dans son premier travail, frappé par l'émaciation des masses musculaires que présentait une de ses malades, M. P. Marie avait insisté sur cet aspect atrophique ; plus récemment, dans le *Progrès médical*, il a signalé ce fait que, dans certains cas, les masses musculaires se montraient au contraire très bien développées, et qu'alors ces individus jouissaient d'une force réellement supérieure à la normale. Erb a trouvé que l'excitabilité des muscles par les courants minima était un peu augmentée ; Verstraeten signale une légère diminution de l'excitabilité électrique des nerfs. Le temps nous apprendra s'il s'agit là d'une loi générale dans l'acromégalie, ou de l'observation de faits isolés ne devant pas être étendue à l'ensemble des cas ordinaires.

Si on examine la *sensibilité* de ces malades, on constate qu'elle ne présente ordinairement aucun trouble manifeste. M. Verstraeten signale cependant une *impressionnabilité plus grande au froid*. Mais dans la sphère des phénomènes subjectifs celui qui, incontestablement, est le plus saillant, c'est la *céphalalgie*. L'existence de ce symptôme, à la description duquel M. P. Marie s'est attaché fort justement, n'est pas absolument constante, mais elle est, en tout cas, très fréquente, et, chose singulière, il semble que, pour quelques malades, ce soit le seul symptôme qu'ils aient jamais remarqué : l'augmentation de volume des extrémités et de la face n'a nullement attiré leur attention, la seule chose qui les ait poussés à recourir aux soins médicaux, c'est uniquement une céphalalgie intense et persistante, ou du moins à retours très fréquents ; elle siège plus particulièrement dans la région occipitale, et, dans certains cas, s'exaspère très notablement dans le décubitus horizontal et par la chaleur. Chez quelques malades on observe encore des *douleurs* d'un autre genre, ce sont ou bien des douleurs articulaires, ou des douleurs dans la continuité des membres ; ou bien encore elles siègent dans le dos, dans les lombes ; souvent spontanées, elles peuvent être notablement accrues par la pression, par les secousses de la voiture (Adler). Au point de vue objectif, la *sensibilité cutanée* n'est pas altérée (sauf peut-être et d'une façon très légère, dans le cas de Erb). Les différents réflexes existent, les réflexes rotuliens peuvent se montrer diminués (Verstraeten).

Quant aux *sens spéciaux*, on ne trouve rien de bien caractérisé, sauf pour la *vue*, celle-ci, en effet, est assez souvent atteinte, ses altérations varient d'ailleurs dans des limites très étendues, depuis la simple congestion de la papille, uniquement perceptible à l'ophthalmoscope, jusqu'à la *cécité* complète facilement explicable, grâce à la compression exercée sur les nerfs optiques par la tumeur que forme à la base du crâne le corps pituitaire considérablement hypertrophié ; à cet égard, un cas de Schultze (1) est particulièrement intéressant, les troubles visuels ayant débuté par une *hémianopsie temporale*. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point à propos de l'anatomie pathologique.

La *peau* qui, au niveau des extrémités, semble, elle aussi, être le siège d'une certaine hypertrophie, est en général, flasque, quelquefois sèche ; assez souvent elle présente une coloration jaune-brun, parfois légèrement olivâtre, surtout marquée aux paupières (P. Marie) ; quant aux *vergetures*, aux grains de *molluscum pendulum*, signalés dans quelques observations, il ne semble pas certain que tout cela fasse partie intégrante de l'acromégalie. Les *cheveux* et les *poils* paraissent être le plus ordinairement gros et rudes, comme si, eux aussi, participaient en quelque sorte à l'hypertrophie des autres organes.

A propos de la peau, il convient de signaler cette remarque faite par Verstraeten, que, dans son observation II, la *sensibilité* de la malade au *froid* est bien plus considérable que normalement, et que la *température périphérique*, au niveau des extrémités, était beaucoup moins éloignée qu'à l'ordinaire de la température axillaire. On peut observer aussi aux mains le phénomène du *doigt mort*.

Si nous passons en revue les différents appareils, nous constatons que le *larynx* est notablement augmenté de volume, au point que, chez la femme, ses formes deviennent telles, qu'il semble qu'on ait devant soi « un larynx masculin » (Verstraeten), et, comme corollaire de cette augmentation de volume de l'appareil laryngé, la *voix* est forte et quelquefois très grave. Chez un malade l'étendue de la voix était comprise entre ut_3 et mi_0 ; peut-être faudrait-il, en partie, rapporter le fait de ce que la voix est *forte* à une résonnance particulière de celle-ci, dans les sinus de la face considérablement dilatés (P. Marie).

Quant à l'*appareil digestif*, les phénomènes qui ont été signalés par les différents auteurs sont : l'exagération assez fréquente de l'*appétit*, et aussi celle de la *soif* ; concurremment à ces deux phénomènes, on a noté quelquefois une exagération plus ou moins considérable du volume de l'estomac. La quantité des *urines* se montre, dans ces cas, exagérée. Il est bon, à ce propos, de signaler la coïncidence possible du *diabète*, d'autant plus que, dans un cas de M. P. Marie, où la polyphagie et la polydypsie étaient très accentuées, on vit l'une et l'autre s'amender considérablement à mesure que, sous l'influence du traitement, le sucre disparaissait de l'urine. Quelquefois aussi on pourrait constater l'existence d'une petite quantité d'*albumine*.

Au point de vue des organes de la *circulation*, les modifications les plus considérables portent sur le volume du *cœur* qui est souvent hypertrophié et sur la tendance aux dilatations veineuses, tendance qui se manifeste par la fréquence des *varices* et des *hémorrhoïdes*.

L'*appareil génital* est le siège d'un certain nombre de phénomènes assez intéressants ; chez l'homme, la *verge* pré-

(1) Erb. Ueber Akromegalie, *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.*, XLII, 1888.

(1) Schultze. *Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen*, etc., Baden Baden, mai 1889.

sente quelquefois, mais non toujours, des dimensions supérieures à la normale, assez souvent il existe une diminution plus ou moins marquée du *désir* et de la *puissance génitale*. Chez la femme, les troubles fonctionnels prennent une influence prépondérante, sans s'appesantir sur la diminution plus ou moins marquée et plus ou moins difficile aussi à constater de l'instinct sexuel, ce sur quoi il faut insister, car c'est un symptôme de premier ordre, c'est la *suppression des règles*, signalée par M. P. Marie, qui en a montré toute l'importance au point de vue séméiologique. En effet, il s'agit presque toujours là d'un phénomène précoce, qui quelquefois même semble constituer le début apparent de la maladie. Parfois, cette suppression des règles survient tout d'un coup, ou bien après une ou deux oscillations les règles demeurent absentes à jamais, et, à la suite de cette suppression, on voit évoluer les différents symptômes de l'acromégalie. Quant aux modifications anatomiques éprouvées par les organes génitaux, elles sont multiples et assez marquées, ce sont : l'augmentation d'épaisseur des parties molles des *organes génitaux externes* (Erb), le développement du *vagin* et du *cul-de-sac postérieur*, l'augmentation de volume du *clitoris* (Freund) et du canal de l'*urèthre* (Verstraeten); d'après ce dernier auteur l'*utérus* serait plutôt atrophié, de même pour les *seins*.

Quant au *système nerveux*, nous avons, chemin faisant, eu déjà l'occasion d'étudier sous diverses rubriques la plupart des troubles qu'il présente ; il nous reste cependant à parler ici de l'état des *fonctions psychiques*. Un certain nombre de malades ne présentent à cet égard aucun trouble apparent, bien que l'affection soit arrivée à une période très avancée; chez quelques autres, au contraire, jusqu'à présent c'est le très petit nombre (Henrot, Brigidi, Adler), on voit survenir une tendance mélancolique, de la dépression mentale, et on a pu ainsi observer des tentatives de suicide. Mais jamais il n'y a eu dérangement mental nettement caractérisé, ni perte de l'intelligence.

IV

Nous venons d'examiner dans ses détails l'aspect symptomatique présenté par l'acromégalie, il nous reste à dire quelques mots de sa *marche*. Parlons tout d'abord de son *début* : à cet égard, M. P. Marie professe une opinion tout à fait catégorique : l'acromégalie, affirme-t-il, *n'est jamais une affection congénitale*, aussi pour lui toute hypertrophie des pieds et des mains, observée dès l'enfance, doit être, par cela même, considérée comme absolument étrangère à l'acromégalie. Cette dernière, en effet, dans la plupart des cas, débute dans les dernières années de l'adolescence ou dans les premières années de l'âge adulte, le maximum de fréquence tombe très évidemment entre vingt et vingt-six ans; dans le cas de Erb cependant, le début aurait été beaucoup plus tardif (quarante-huit ans), mais c'est là, jusqu'à présent, une véritable exception. Il est bon, d'ailleurs, de remarquer que, dans la plupart des observations, la date exacte du début ne peut être fixée à deux ou trois ans près, beaucoup de malades n'ayant apporté aucune attention à l'augmentation du volume des mains et des pieds, ou tout au moins ne pouvant donner à cet égard que des renseignements très approximatifs. Chez la femme, la période initiale est plus facile à retrouver, grâce à la *suppression des règles* qui, comme nous l'avons vu, est un phénomène de début, et un phénomène qui frappe assez l'imagination des malades pour ne pas passer inaperçu.

Quoi qu'il en soit, que l'affection ait ou non présenté des phénomènes aigus au début, elle se met à progresser, mais non pas toujours d'un pas égal. Il semble que, dans certains cas, il se fasse de véritables poussées après lesquelles, au contraire, surviennent des périodes de ralentissement du processus morbide. Peu à peu les mains et les pieds atteignent l'énorme volume que nous avons décrit plus haut, le prognathisme ne se montre qu'un peu plus tard, de même d'autres symptômes tels que la céphalalgie, la cyphose vertébrale, les déformations thoraciques ne se montrent que consécutivement; quant aux altérations de la vision, et surtout à la cécité, il s'agit là de phénomènes tout à fait tardifs. La marche de l'affection est d'ailleurs fort longue, 20, 30 ans et plus ; il semble qu'au bout de ce temps elle finisse par amener une véritable *cachexie*, qui nécessite le séjour au lit des malades, et dans lesquelles les chairs sont flasques, les muscles sinon atrophiés, du moins émaciés; c'est alors que la mort survient, sans que l'intervention d'une maladie intercurrente soit nécessaire, à la suite d'une syncope. Au point de vue de la marche de l'affection, l'examen de différents portraits d'un même malade faits à des époques assez éloignées, est des plus instructifs. En outre, parmi tous les cas publiés jusqu'ici, il en est un particulièrement intéressant à cet égard, c'est le deuxième cas de Verstraeten, le seul dans lequel le diagnostic ayant été précoce on ait pu observer la maladie en pleine évolution ; aussi, croyons-nous en devoir donner ici un extrait consacré à la description des modifications qui sont survenues dans l'aspect des membres et de la tête de cette malade : « ... Un portrait de mars 1883 la représente relativement maigre et élancée, le nez petit, la main ordinaire, les doigts longs et dégagés. Elle avait alors vingt-quatre ans... Un second portrait, datant d'octobre 1886, la représente déjà bien fortifiée ; mais le nez, les oreilles, le menton, les lèvres et la taille n'offrent rien d'anomal : en somme, c'est le portrait d'une personne bien faite.

En septembre 1888, à mon invitation, M[lle] L... est retournée chez le photographe qui avait fait le second portrait. Le cliché rend bien les principaux traits de la maladie d'alors : oreilles grandes, quoique non démesurées, partie inférieure de la figure grande et boursouflée, nez épais, lèvres très grosses, main massive et sillonnée de veines, taille très forte.

Un quatrième portrait a été fait fin décembre 1888; la maladie est plus évidente encore ; elle a perdu les caractères qui font songer au myxœdème, pour ne conserver que ceux de l'acromégalie, qui sont évidents : figure allongée, nez gros, épaté, grosses lèvres, maxillaire inférieur très allongé, mains énormes... Jadis elle mangeait peu, depuis deux ans elle est insatiable... Étant tailleuse de son état, M[lle] L... a pu fournir des détails très importants sur l'augmentation ou l'accroissement des diverses parties de son corps ; en écartant modérément les doigts, elle mesurait jadis du pouce à l'auriculaire exactement un quart d'aune (17c75), actuellement elle mesure, de la même manière, 20c50. L'épaississement des doigts est aussi certain que leur augmentation en longueur. Une bague en or, que jusqu'il y a deux ans elle portait à l'annulaire gauche, dépasse à peine l'articulation phalangienne inférieure du même doigt. Le périmètre interne de cette bague évalué au moyen d'une petite bande de papier bristol est de 56 millimètres. La

bague qu'elle porte actuellement au même doigt et mesurée de la même manière donne 63mm5 de périphérie interne.

Il y a deux ans et demi (mariage de sa sœur) elle gantait 6 3/4; maintenant c'est un grand 7 1/2 ou un 7 3/4 qu'il lui faut... Il y a deux ans ses bottines étaient longues de 40 points, actuellement elles en mesurent 42... La carrure n'a pas changé, dit-elle, elle le sait d'autant mieux que les corsages d'il y a deux ans lui vont bien au dos et aux épaules; les seins ont notablement diminué, malgré que son embonpoint général soit notablement augmenté. Le pourtour de la taille a augmenté de 5 centimètres, la taille était de 59 centimètres, elle mesure actuellement 64. Elle insiste beaucoup sur l'élargissement des hanches, dû à l'augmentation considérable des chairs; cet élargissement serait, d'après elle, de 8 centimètres; le pourtour du bassin par les hanches est actuellement de 1 mètre. L'élargissement porte non seulement sur les parties molles, mais encore et surtout sur le squelette osseux. La stature est devenue plus haute aussi dans ces deux dernières années; elle évalue l'accroissement à 5 centimètres... »

On voit par cet exemple toute l'étendue des modifications de volume qui peuvent se produire dans un intervalle de deux années. Nous sommes ici en présence d'une malade en pleine évolution, et tout fait espérer que Verstraeten pourra, grâce à elle, apporter de nouveaux et importants documents à la question de la marche de l'acromégalie.

V

Quant à l'*étiologie*, nos connaissances sont assez peu développées, dans plusieurs cas l'influence du *froid* est énergiquement incriminée par les malades; assez fréquemment aussi, mais non d'une façon constante, on trouve la *syphilis* dans les antécédents morbides. Ce sur quoi insiste M. P. Marie c'est sur l'*absence de l'hérédité*, jamais l'acromégalie ne s'observant chez plusieurs membres d'une même famille. Cette affection semble d'ailleurs frapper d'une façon tout à fait égale l'un et l'autre *sexes*. Elle frappe aussi toutes les *races*, et si l'on fait le relevé des nationalités auxquelles appartiennent les différents malades dont les observations ont été publiées, on constate que la France, l'Italie, l'Angleterre, l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, la Russie, la Suisse et les États-Unis d'Amérique sont représentés dans cette liste par un ou plusieurs malades.

VI

Diagnostic. — Il semble que, d'après l'énumération de tous ces symptômes, en apparence si caractéristiques, le diagnostic ne doive offrir absolument aucune difficulté, il n'en va pas toujours ainsi cependant, et plusieurs cas, décrits sous le nom d'acromégalie n'appartiennent certainement pas à cette affection; nous reviendrons d'ailleurs sur ce point tout à l'heure, pour le moment voyons quelles différences symptomatiques séparent l'acromégalie des affections qui présentent avec elle des analogies plus ou moins étroites.

Le *myxœdème* [c'est sous ce nom qu'ont été décrits le cas d'acromégalie de M. Henrot, et celui de Wadsworth (1)] offre, en effet, dans quelques cas, une augmentation de volume du corps assez marquée, augmentation de volume qui, au premier coup d'œil, est surtout notable aux parties découvertes, face et mains, mais sans être particulièrement localisée à celles-ci; on peut, en outre, se rendre compte de ce fait que les parties molles seules sont gonflées, que la peau est moins mobile, tandis que, dans l'acromégalie, la mobilité de la peau est tout à fait normale, souvent même exagérée par suite de la flaccidité des chairs; que, de plus, l'hypertrophie ne porte pas seulement sur les parties molles, mais aussi, et je dirais presque surtout, sur le squelette, et plus particulièrement sur le squelette des extrémités et sur celui de la face; enfin, la forme du visage est à elle seule caractéristique : ovale allongé dans l'acromégalie par suite de l'hypertrophie du maxillaire inférieur, le visage devient tout à fait circulaire « en pleine lune » (sir William Gull) dans le myxœdème. L'erreur est donc, à notre avis, impossible à commettre pour tout observateur connaissant l'existence et les principaux caractères de l'une et de l'autre maladie.

Une autre affection s'accompagne de l'hypertrophie de l'extrémité céphalique et de celle des membres, c'est l'*ostéite déformante* que M. P. Marie a fait connaître en France et qu'il a proposé d'appeler, avec juste raison, la *maladie de Paget*, du nom de l'éminent chirurgien qui en a le premier donné la description. La connaissance des principaux caractères de cette affection n'étant pas encore très répandue dans le public médical, nous en emprunterons la description à l'auteur que nous venons de citer :

« Dans la *maladie osseuse de Paget* on trouve une augmentation considérable de volume et une courbure accentuée des os longs des membres et des os du tronc et de la tête, produisant un aspect tout à fait particulier; les fémurs et les tibias sont fortement courbés en avant, les jambes sont écartées, le tronc et le cou sont fixés dans une flexion antérieure très prononcée, par suite de lésions analogues du rachis, la respiration est gênée et à type presque exclusivement diaphragmatique, à cause de l'hypertrophie et de la soudure des côtes. Assez souvent, au début ou dans le cours de l'affection, il existe des douleurs intenses assez analogues aux douleurs fulgurantes. Voici le tableau général de la *maladie osseuse de Paget*, voyons quels traits le distinguent plus particulièrement de l'*acromégalie* :

Chez les malades atteints de la première affection, ce sont surtout les os du crâne qui, par leur hyperostose, produisent l'augmentation de volume de la tête; si quelquefois les os de la face sont atteints eux aussi, ce n'est que d'une façon légère et pour ainsi dire accessoire; dans la seconde affection, au contraire, ce sont surtout les os de la face qui subissent l'hyperostose, celle des os du crâne n'ayant qu'un développement moins accentué; chez les premiers malades, le visage prend un aspect triangulaire à base supérieure; chez les seconds, celui d'une ellipse allongée, tandis que, comme nous l'avons vu, chez les myxœdémateux, il est arrondi en pleine lune. Quant à la localisation de l'hyperostose dans les membres, elle est loin d'être semblable dans les deux affections. Nous avons vu que le caractère spécial de l'acromégalie est une hypertrophie énorme des pieds et des mains, survenant le plus souvent sans changement notable de volume des os longs des membres; il en est tout autrement dans la maladie de Paget, ce sont surtout les os longs qui sont atteints, l'hyperostose ne frappant presque jamais les os des extrémités, ou, lorsqu'elle le fait, ce n'est que d'une façon extrêmement légère. En outre,

(1) O.-F. Wadsworth. A case of Myxœdema with atrophy of the optic nerves, *Boston Med. and. Surg. Journ.*, 1er janvier 1885.

dans la seconde de ces maladies (Paget), il y a une tendance très marquée à la déformation des os; dans la première, au contraire, on ne voit jamais ces courbures des fémurs et des tibias, en dehors et en avant ou même des humérus et des os de l'avant-bras.

Dans l'ostéite déformante, on observe souvent un abaissement de la taille : celui-ci peut à la vérité exister aussi dans l'acromégalie, mais ce n'est que consécutivement à la cyphose, car, initialement, il y aurait plutôt un léger accroissement de la stature.

Différence notable également au point de vue de l'époque du début : en effet, l'ostéite déformante ne se montre qu'après l'âge de quarante ans, tandis que la maladie que nous décrivons survient toujours dans l'adolescence ou les premières années de l'âge adulte.

Enfin, le mode d'invasion des différentes parties du squelette n'est pas non plus le même; chez les acromégaliques, il se fait d'une manière *symétrique*, les deux mains ou les deux pieds se prennent à la fois; dans l'ostéite déformante, au contraire, l'invasion s'effectue d'une façon bien plus dissociée, c'est un tibia ou un fémur qui est d'abord atteint, l'os correspondant de l'autre côté ne deviendra malade qu'un certain temps après, et, pendant toute la durée de l'affection, on peut voir les os du côté le premier atteint être plus hypertrophiés et plus déformés que ceux du côté opposé. »

Quant à la *léontiasis ossea* de Virchow, à l'hyperostose des os de la face et du crâne désignée sous ce nom, il suffit de rappeler qu'il s'agit du développement de véritables tumeurs osseuses sur la face et le crâne, donnant naissance à des déformations considérables et à un aspect vraiment hideux; cela permet de la distinguer au premier coup d'œil d'avec l'acromégalie, d'autant plus qu'elle ne s'accompagne pas comme cette dernière de l'hypertrophie des extrémités.

L'*éléphantiasis* pourrait-il présenter quelques difficultés de diagnostic avec l'acromégalie? Nous ne le pensons pas : ici, en effet, on n'a plus affaire à une peau d'apparence et de consistance normales, il existe une sorte d'œdème dur, les membres deviennent extrêmement volumineux, non pas à leur extrémité seulement, mais dans toute leur étendue; ils ne conservent plus leur contour normal, mais deviennent informes; dans cette affection, c'est la peau surtout et non toutes les parties constituantes des membres, qui est le siège de l'hypertrophie; cette peau, d'ailleurs, est sèche, non sudorale, fortement tendue, mate, luisante ou blème; enfin, presque toujours ces déformations sont unilatérales ou, du moins, c'est tout au plus si elles atteignent les deux membres inférieurs, les membres supérieurs n'en étant presque jamais affectés.

Certaines formes de *rhumatisme chronique* semblent porter plus particulièrement leur action déformante et hypertrophiante sur les extrémités des membres, et pourraient ainsi simuler jusqu'à un certain point la maladie dont nous nous occupons ici (il est probable que c'est un cas de ce genre qui figure par erreur comme observation II, dans le travail de M. P. Marie, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*); mais alors les douleurs des membres seront ou auront été beaucoup plus intenses que dans l'acromégalie; ces douleurs se montreront avec une prédominance énorme au niveau des articulations; ces dernières, enfin, seront plus ou moins déformées, présenteront des craquements très accusés, ou même un certain degré d'impotence fonctionnelle; d'ailleurs, on ne trouvera ni du côté de la face, ni du côté de la langue, les caractères sur lesquels nous avons insisté au cours de notre description.

Il arrive encore parfois que l'on se trouve en présence d'individus ayant les mains et les pieds assez volumineux, la lèvre inférieure épaisse et plus ou moins tombante, et chez lesquels, par conséquent, le diagnostic d'acromégalie semble s'imposer au premier coup d'œil; ce sont ces individus que, dans son mémoire publié cette année dans le *Progrès médical*, M. P. Marie désignait comme « réunissant les apparences de *rachitisme* et de *lymphatisme* ». Les particularités présentées par ces malades nous sont, il est vrai, encore très peu connues, l'attention n'étant appelée sur elles que depuis fort peu de temps; mais ce qu'il y a de certain, c'est que cet aspect ne se remarque que chez des vieillards (1), ou, tout au moins, chez des gens ayant dépassé la cinquantaine; lorsqu'on les interroge on ne tarde pas à constater que la marche des phénomènes ne ressemble en rien à celle de l'acromégalie, et un examen minutieux des extrémités elles-mêmes montre également que leur aspect n'est pas non plus celui qu'on observe dans cette maladie, les doigts sont surtout noueux, la main osseuse et déformée, et notamment les parties charnues ne présentent pas ces énormes bourrelets arrondis, exubérants, si caractéristiques dans l'acromégalie.

Il est encore un état singulier, distinct des précédents, ne portant aucun nom, n'ayant fait l'objet d'aucune description d'ensemble et n'occupant, par conséquent, aucune place dans le cadre nosologique, dont Friedreich a donné la première relation à propos de deux cas qu'il avait observés (frères H...). Cet état, voici en quoi il consiste : les pieds et les mains sont considérablement augmentés de volume; il y en a, en outre, un certain degré d'hypertrophie des diaphyses, mais sans saillies, ni exostoses; quelques autres os, tels que le sternum, les scapulums, les os iliaques, les côtes et les clavicules participent parfois à l'hypertrophie; enfin, il peut exister une hyperchondrose de certains organes cartilagineux, oreilles, cartilages tarses, etc. La colonne vertébrale présente une cyphose arrondie, progressive, comprenant toute la région lombaire. On voit qu'ici la ressemblance avec l'acromégalie est à peu près complète, aussi M. P. Marie avait-il, tout d'abord, considéré ces cas comme faisant réellement partie de cette maladie; mais dans la suite, après un supplément d'information publié par le professeur Erb, il se ravisa et déclara qu'à son avis, ils n'appartenaient pas à l'acromégalie. Pour nous, nous partageons cette manière de voir, et les raisons que nous invoquerons pour la défendre, sont les suivantes : le maxillaire inférieur ne présente à aucun degré les modifications si constantes et si spéciales dans l'acromégalie. D'autres organes, dont l'hypertrophie dans cette dernière affection peut être considérée comme à peu près constante, n'ont ici éprouvé aucune modification, tels, les lèvres, la langue, le larynx. De plus, l'appendice xyphoïde est petit, le cou est plutôt mince, contrairement à ce qui s'observe, en général, dans l'acromégalie. En outre, au lieu d'être comme dans celle-ci cervicale et dorsale supérieure, la cyphose se montre lombaire et dorsale inférieure; enfin, il existe des sensations incommodes de chaleur, de cuisson, dans les membres, avec un certain degré d'impotence de

(1) C'est dans cet ordre d'idées que nous aurions une tendance à ranger l'Observation I de Verstraeten, qui nous paraît s'éloigner très notablement du tableau clinique offert par l'acromégalie typique.

ceux-ci ; toutes choses qui ne s'observent pas dans l'acromégalie. Quand, en outre, on compare l'aspect des mains elles-mêmes dans ces deux états morbides, on voit qu'il est loin d'être le même, que les ongles notamment y sont extraordinairement développés, hippocratiques, sur des doigts en baguettes de tambour, avec prédominance considérable de l'hypertrophie sur la phalangette, ce qui est loin d'être le cas dans l'acromégalie. Enfin, les jambes n'ont plus, comme dans cette dernière, conservé leur forme et à peu près leurs dimensions ordinaires, elles sont devenues de véritables « poteaux », aussi grosses au moins du bas que du haut, avec une hypertrophie considérable, non seulement des malléoles, mais de la diaphyse des os longs. Les malléoles, les genoux, les poignets et les coudes sont hypertrophiés, déformés, et ne jouissent plus de leur mobilité normale. Ajoutons que cet état peut survenir à une époque un peu plus précoce que l'acromégalie (dix-sept, dix-huit ans) et que, chose qui n'a pas encore été observée dans celle-ci, il peut se voir chez plusieurs membres d'une même famille (frères H...). Ce sont là, on en conviendra, des différences assez nombreuses et assez marquées pour qu'on soit en droit de penser qu'on est bien en présence d'un état pathologique spécial. En outre des frères H..., étudiés par Friedreich, que nous avons eu surtout en vue ici, peut-être faudrait-il rapprocher de ces faits les cas de Saundby, de Fraentzel, et celui tout récemment publié en France à la *Société médicale des hôpitaux* de Paris, par M. Xavier Gouraud. On comprendra qu'à cet égard, il soit encore assez difficile de se prononcer d'une façon tout à fait affirmative ; M. Sollier semble penser également que le cas qu'il vient de publier, en juin, dans la *France médicale*, appartient à un ordre de faits analogue.

Il existe encore une classe d'individus avec lesquels on a confondu, plus d'une fois, les acromégaliques, ce sont les *géants*. Les raisons pour lesquelles on peut affirmer que le *gigantisme* et l'*acromégalie* sont absolument différents l'un de l'autre, sont de deux ordres : 1° tous les acromégaliques, ainsi que l'a déjà montré M. P. Marie, sont loin d'être des géants ; en effet, s'il est vrai que, en tenant compte de la diminution de stature qui peut résulter de la cyphose, quelques malades aient eu près de six pieds, le plus grand nombre avaient moins de $1^{m},75$, et chez les femmes le chiffre de $1^{m},60$ semble répondre à la majorité des cas ; de telle sorte qu'on peut dire que, assez souvent, les sujets atteints d'acromégalie présentent une taille un peu au-dessus de la moyenne, mais il ne saurait ici être question de considérer le gigantisme comme l'un des caractères de cette affection. On devra d'ailleurs remarquer que les tailles sont plutôt plus élevées dans les anciennes observations que dans les nouvelles, l'attention des observateurs n'étant alors attirée que par des malades dont la taille élevée attirait les regards sur les dimensions colossales des membres ; 2° dans le gigantisme, l'aspect n'est nullement celui que l'on constate dans l'acromégalie, les différents segments des membres et de la face conservant notamment, par rapport les uns aux autres, les dimensions ordinaires ; enfin, l'âge auquel se montrent ces modifications dans le volume des membres, la façon progressive avec laquelle celles-ci procèdent, tout révèle que non seulement il s'agit bien de deux états absolument différents, mais encore que *contrairement au gigantisme qui n'est, le plus souvent, que l'exagération d'un processus normal, l'acromégalie est une véritable maladie.*

Pour terminer, il me resterait à faire le diagnostic avec ces cas signalés et étudiés par de nombreux auteurs dans lesquels on observe l'hypertrophie considérable d'un ou plusieurs doigts ou orteils, d'une main ou d'un pied, de la face, quelquefois même de toute une moitié du corps, ou enfin l'hypertrophie croisée de tout le corps (moitié de la face et bras d'un côté, extrémité inférieure de l'autre côté). C'est pour ces cas, qu'a été proposé le nom d'*acromégalies partielles*, qui est sans doute légitime au point de vue étymologique, mais qui, au point de vue clinique, n'a aucun fondement et même exprime une idée absolument erronée, car ce serait une grave erreur de considérer comme identiques ou même analogues, deux états pathologiques aussi différents ; l'un (macrodactylie, macropodie, etc.), étant congénital, non progressif, le plus souvent unilatéral, l'autre (l'acromégalie), présentant des caractères diamétralement opposés et une marche véritablement spéciale. Il faut donc éviter soigneusement d'enregistrer, dans la terminologie médicale, ce terme d'*acromégalies partielles*, qui ne saurait être qu'une source de confusion, l'*acromégalie* étant, au contraire, comme nous avons eu soin de le montrer plus haut, une maladie essentiellement *générale*.

VII

Anatomie pathologique. — Les autopsies dans cette affection ne sont, jusqu'à présent, pas fort nombreuses, et parmi celles qui existent, quelques-unes sont assez incomplètes. Il est cependant un certain nombre de caractères qu'on peut considérer comme constants, et l'on va voir qu'il s'agit là d'altérations assez manifestes pour qu'on puisse affirmer qu'au point de vue anatomo-pathologique, comme au point de vue clinique, l'acromégalie est bien une entité absolument distincte de toutes les autres variétés d'hypertrophie du corps ou des membres.

La plus constante et la plus spéciale de ces altérations, celle qui a été retrouvée dans tous les cas, sans exception, c'est une *hypertrophie considérable du corps pituitaire*, celui-ci

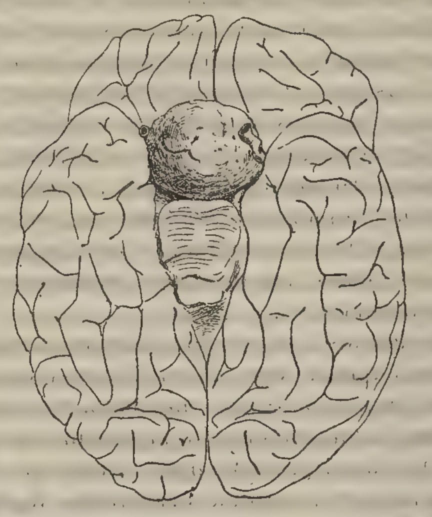


Fig. 1. — Tumeur pituitaire. Autopsie par M. P. Marie. (Dessin de MM. P. Richer et Collin.)

formant une *tumeur* dont le volume varie de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle d'un œuf de poule ; il semble qu'il s'agisse là, au point de vue histologique, d'une *hypertrophie simple* de la glande. Quoi qu'il en soit, on comprend quels troubles et quelles lésions secondaires peut amener

l'existence de cette tumeur, la *selle turcique* se trouve considérablement dilatée, les nerfs optiques, au niveau de leur passage dans les trous optiques, subissent une compression violente, et c'est ainsi que se produit la *névrite optique* qui,

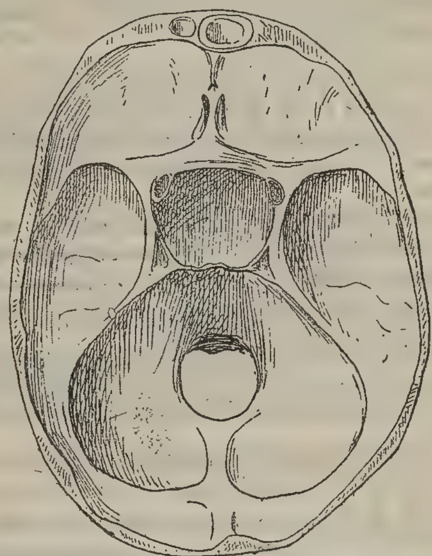


Fig. 5. — Base du crâne encore recouverte des méninges, dilatation de la selle turcique. Autopsie par M. P. Marie. (Dessin de MM. P. Richer et Collin.)

comme nous l'avons vu, peut conduire à une cécité complète. Chose singulière, ces observations d'hypertrophie du corps pituitaire semblent être restées tout à fait ignorées des auteurs (assez nombreux relativement) qui, dans ces derniers temps, ont dressé la liste des cas de tumeurs de cet organe, et d'autre part, dans cette liste, nous ne retrouvons (sauf peut-être un) aucun fait qui puisse être considéré comme un exemple d'acromégalie méconnue.

Parmi les autres altérations anatomo-pathologiques qui semblent constantes, il faut encore signaler la *persistance du thymus*, l'*hypertrophie des ganglions et des cordons du grand sympathique* (Henrot), l'augmentation de volume du *cœur* et des *vaisseaux sanguins*, sur laquelle a insisté Klebs.

Quant au *squelette*, la description, donnée par M. A. Broca (1) de celui provenant de la femme qui fait l'objet de l'observation II de M. P. Marie, permet de relever une série de modifications fort intéressantes ; parmi celles-ci nous signalerons surtout les suivantes : au crâne et à la face, *dilatation considérable* de la cavité des différents *sinus* (frontaux, sphénoïdaux, mastoïdiens, maxillaires), avec amincissement de leurs parois ; *dilatation énorme de la selle turcique*, pour loger la tumeur pituitaire ; *hypertrophie des vertèbres*, avec courbures multiples du rachis ; hypertrophie des *côtes*, des *clavicules*, des *os iliaques*. Sur les *os longs* des membres, on note surtout l'hypertrophie des *saillies d'insertions musculaires* et des *tubérosités* ; ce qui, joint à l'augmentation de volume très marquée des petits os de la *main* et du *pied*, a fait dire à M. P. Marie que : « Dans les *membres* des acromégaliques, l'hypertrophie se montre de préférence *sur les os des extrémités et sur les extrémités des os*. » Au point de vue général, ce qu'il est bon de remarquer dans l'examen du squelette, c'est un développement marqué du *tissu spongieux*, c'est aussi une *dilatation* incontestable des *orifices vasculaires*, surtout pour ceux situés au niveau des parties spongieuses ; de même les *gouttières* marquées par le passage des artères sont, comme le fait remarquer M. A. Broca, extrêmement larges (sous-clavière, intercostales, vertébrale).

(1) A. Broca. Un squelette d'acromégalie, *Archives générales de médecine*, décembre 1888.

VIII

Nature et pathogénie. — Il nous reste maintenant à parler de la nature et de la pathogénie de cette affection. A ce propos, nous devons indiquer, en quelques lignes, la théorie émise par Klebs. Pour l'éminent anatomo-pathologiste, ce qui domine ici toute la situation, c'est le développement insolite du *système vasculaire*, aussi rapporte-t-il à *une prolifération généralisée des germes vasculaires*, la pathogénie de cette affection, et propose-t-il de désigner « comme une *angiomatose*, ce processus pathologique auquel non seulement la paroi propre du vaisseau, mais encore son périthélium, participe ». C'est là, à notre avis, bien plutôt la constatation d'un fait qu'une explication, Klebs reconnaît, en effet, que ces modifications vasculaires existent dans tous les cas d'hypertrophie des membres (gigantisme général ou partiel) ; on ne saurait donc les invoquer pour résoudre la question de savoir à quoi sont dus la marche et l'aspect si singuliers de l'acromégalie.

Dans une autre théorie, celle de Freund, à laquelle semble s'être rallié Verstraeten, ce qu'il faut surtout incriminer, c'est une *inversion dans l'évolution de la vie génitale* : « Chez un certain nombre d'individus, le mode ordinaire de développement est troublé, ou bien il demeure en arrière de la norme, ou bien, au contraire, il dépasse la norme dans le temps et dans l'espace ; les malformations qui en résultent, marchent de concert avec les troubles du développement de la puberté et aussi, plus tard, des fonctions génitales. Comme exemple de développement arriéré, on trouve l'*infantilisme*, le *nanisme*, comme exemple de développement exagéré, le *gigantisme*, l'*acromégalie*. Tous ces états anomaux qui finissent par s'établir d'une manière fixe, procèdent du même fonds, tous sont liés d'une façon énigmatique à la vie génitale. »

« L'acromégalie est une anomalie de développement qui, probablement, débute déjà à l'époque de la deuxième dentition et certainement s'établit énergiquement avec l'époque du développement de la puberté. Si déjà, chez les nains et les géants, on peut reconnaître une participation du système génital, celle-ci devient encore plus évidente chez les acromégaliques. Il est bien établi par l'expérience, que dans tous les cas, régulièrement observés jusqu'ici, d'acromégalie, les fonctions génitales étaient éteintes. D'autre part, il y a, suivant moi, des indices permettant d'admettre que la fonction génitale s'est, chez ces individus, éveillée d'une façon précoce, et n'a pas tardé à atteindre un développement supérieur à la normale. »

Cette théorie ne saurait non plus nous satisfaire, pour cette excellente raison que l'acromégalie débute bien après la puberté, et chez des gens dont jusqu'alors les fonctions génitales n'avaient pas présenté de trouble notable, ainsi, toute l'argumentation de Freund nous semble manquer de base. Quant au parallélisme invoqué par cet auteur, entre le développement du squelette de l'enfant ou des anthropoïdes et celui de l'acromégalique, nous pensons qu'il n'existe pas davantage et que son schéma est un simple artifice de dessin.

Le mieux à faire est encore, croyons-nous, d'avouer tout

franchement l'ignorance absolue où nous nous trouvons de la nature véritable de l'acromégalie, et s'il nous fallait cependant émettre une hypothèse, la plus vraisemblable nous semblerait être celle de M. P. Marie, qu'il s'agit là « d'une sorte de *dystrophie systématique*, dont la place en nosologie serait assez symétrique de celle du myxœdème et qui affecterait, avec un organe encore inconnu de la fonction trophique (corps pituitaire ???), des relations analogues à celles qui lient le myxœdème et la cachexie strumiprive à certaines lésions ou à l'ablation du corps thyroïde ».

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 novembre 1889, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Siciliano et Mahéo.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Simon, Flandrin, Bourit, Laugier, Dumesnil et Omnès.

— Par décret, en date du 6 novembre 1889, a été nommé dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Hantz, médecin auxiliaire.

— Par décret, en date du 6 novembre 1889, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — M. Baquié, médecin en chef de la marine, en retraite.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Lyon aura lieu le lundi 17 mars 1890.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Fleury est nommé professeur de pharmacie.

— *École de médecine de Toulouse.* — Le prix Lefranc de Pompignan est décerné à M. Étienne Escat, prosecteur.

— M. le docteur Rivière, ancien médecin du lycée de Carcassonne, est nommé médecin honoraire.

M. le docteur Petit, médecin-adjoint du lycée de Carcassonne, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Rivière, démissionnaire.

M. le docteur Carbon est nommé médecin-adjoint du lycée de Carcassonne, en remplacement de M. le docteur Petit, nommé médecin titulaire dudit lycée.

— M. le docteur Coutaret est nommé médecin du lycée de Roanne (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs J. Bonnemaison (de Toulouse), Ferrand (de Grenoble) ; de Lagarde (de Bordeaux) ; Lotz-Chairou, médecin à Savigny-sur-Orge ; Max Simon, décédé à Aumale, dans sa quatre-vingt-troisième année.

— M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophthalmologique, le lundi 11 novembre 1889, à neuf heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Clinique et opérations à dix heures. — Exercices ophthalmologiques tous les mercredis.

— M. le docteur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, commencera ses leçons de clinique chirurgicale le lundi 11 novembre, à dix heures du matin, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le professeur Gariel commencera le cours de physique médicale, le lundi 11 novembre, à midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Phénomènes généraux et applications biologiques de l'optique et de l'électricité.

— M. le professeur Lannelongue commencera le cours de pathologie chirurgicale, le lundi 11 novembre 1889, à trois heures, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Le professeur traitera des infections chirurgicales.

— M. le professeur Potain commencera le cours de clinique médicale, à l'hôpital de la Charité, le mardi 12 novembre 1889, à dix heures, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — La visite des malades aura lieu à huit heures et demie du matin.

Leçons de séméiologie, par M. Foubert, chef de clinique, les vendredis à dix heures ; leçons de chimie pathologique, par M. Esbach, chef du laboratoire de chimie, les lundis à dix heures ; leçons de physiologie pathologique, par M. Gaucher, chef du laboratoire de physiologie pathologique.

Les démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Suchard, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, auront lieu tous les jours.

— M. le professeur Gautier commencera le cours de chimie médicale, le mardi 12 novembre 1889, à une heure, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Le professeur traitera de la chimie minérale appliquée. Les leçons de chimie biologique commenceront ultérieurement ; elles auront lieu tous les mardis à une heure.

— M. Gilbert Ballet, agrégé, commencera les conférences de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, le mardi 12 novembre 1889, à quatre heures, dans la salle Laënnec, et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. Kirmisson, agrégé, commencera des conférences de pathologie externe, le mardi 12 novembre 1889, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Il traitera des maladies chirurgicales des membres.

— M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, commencera des conférences d'obstétrique, le mardi 12 novembre 1889, à six heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Programme de ces conférences : Grossesse, accouchement, délivrance.

— M. le professeur Peter commencera ses leçons de clinique médicale, le mercredi 13 novembre, à dix heures à l'hôpital Necker (amphithéâtre de médecine), et les continuera les vendredis et les mercredis suivants à la même heure.

— M. Gley, agrégé, commencera des conférences de physiologie, le mercredi 13 novembre 1889, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. — Programme de ces conférences : Organes des sens, génération, notions générales de toxicologie physiologique.

— M. le professeur Duplay commencera le cours de médecine opératoire, le jeudi 14 novembre 1889, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Quelques généralités sur les opérations. Traitement chirurgical des maladies des os, des muscles et des nerfs. Opérations qui se pratiquent sur les os, les articulations, les muscles et les nerfs.

— M. le professeur Alfred Fournier commencera le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 15 novembre 1887, à neuf heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. — Ordre du cours : les mardis : le cours au lit des malades ; les vendredis : leçon à l'amphithéâtre.

— M. le professeur Le Fort commencera son cours de clinique chirurgicale, le jeudi 14 novembre 1889, à dix heures du matin, à l'hôpital Necker, et le continuera les mardis et jeudis suivants à la même heure. — Tous les jours, visite des malades à huit heures et demie.

— M. le docteur Rouillard, chef de clinique, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, fera des conférences pratiques tous les mercredis à quatre heures de l'après-midi (pavillon Leuret).

— M. Douliot soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 14 novembre 1889, à trois heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Recherches sur le périderme. »

— *École pratique.* — Les exercices de dissection du pavillon I (vétérans) commenceront le mercredi 13 novembre, à midi et demi.

Les élèves du pavillon II subiront l'examen d'ostéologie, le lundi 11 novembre, à deux heures précises. Le 12, il leur sera fait une conférence sur un sujet de dissection. Ils commenceront à disséquer le mercredi 13, sauf ceux qui n'auraient pas satisfait à l'examen d'ostéologie.

La deuxième série des travaux pratiques d'histologie commencera le jeudi 14 novembre, et durera jusqu'au 10 décembre. Quatre-vingts élèves de seconde année seront convoqués par lettre spéciale pour cette série (salle A et salle C).

— *École d'anthropologie.* — M. André Lefebvre, professeur-adjoint, commencera le cours d'ethnographie et de linguistique le mardi 12 novembre, à quatre heures, et le continuera les mardis suivants à la même heure. Il traitera des mythes et des dieux atmosphériques, sidéraux et célestes chez tous les peuples, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

— M. le professeur Paul Topinard commencera le cours d'anthropologie générale le mercredi 13 novembre, à quatre heures, et le continuera les mercredis suivants à la même heure. — Programme : Progrès accomplis en anthropologie depuis 1876.

M. le professeur L. Manouvrier commencera le cours d'anthropologie psychologique, le mercredi 13 novembre, à cinq heures, et le continuera les mercredis suivants à la même heure. — Programme : L'anatomie humaine dans ses rapports avec la psychologie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 129. MARDI 12 NOVEMBRE 1889. 62e ANNÉE. MARDI 12 NOVEMBRE 1889. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 11 novembre 1889.

La Société médicale des hôpitaux a entendu, vendredi, deux importantes communications, l'une, de M. Josias, sur l'emploi du bain froid dans la fièvre typhoïde; l'autre, de M. Chantemesse, sur la fièvre typhoïde et l'eau de Seine, à Paris. Ces deux communications ont été renvoyées à des commissions et donneront lieu à d'importantes discussions. Nous en présenterons le résumé à nos lecteurs.

Pour le moment, bornons-nous à reproduire cette conclusion de M. Chantemesse :

« Ainsi, pour la même ville et pour le même temps, la zone qui recevait l'eau de rivière subissait un chiffre de mortalité typhique de trois à quatre fois plus élevé que celui des régions pourvues d'eau douce.

L'eau de Seine est donc une des causes principales de la fièvre typhoïde à Paris. Cette nocuité, elle ne la possède pas toujours à un degré égal et dans tout son parcours.

A Fontainebleau, où la Seine arrive sans avoir recueilli d'immondices dans un long trajet, l'eau distribuée aux habitants ne paraît guère leur causer de dommages; mais le fleuve, qui entre à Paris, a reçu les égoûts de Choisy-le-Roi, de Corbeil, d'Ivry, etc., pays où la fièvre typhoïde est endémique, et l'eau de Seine que nous buvons nous met sous la dépendance de l'état sanitaire de ces villes, du nombre et de la virulence des épidémies typhoïdes qu'elles subissent. »

HOPITAL NECKER. — M. A. GILBERT.

Hystérie tabagique.

Un homme, âgé de soixante-deux ans, employé à la manufacture des tabacs depuis l'âge de seize ans, est entré, l'an dernier (1888), à l'hôpital pour une faiblesse des membres inférieurs, particulièrement marquée à gauche. Cette faiblesse s'est produite progressivement, a été précédée de fourmillements et s'est accompagnée d'insensibilité. Il a été traité par l'iodure de potassium et les bains sulfureux. Guéri au bout de quelques semaines, il a pu reprendre son travail à la Manufacture des tabacs.

Cette année, dans les premiers jours d'août, il a éprouvé peu à peu les mêmes troubles, étendus cette fois aux deux membres inférieurs et au côté gauche du corps, et accompagnés d'un écoulement goutte à goutte de l'urine, pendant la station debout.

Le malade est entré à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Letulle, et ensuite à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rigal, que je supplée depuis quelques mois où, rapidement, les symptômes qui s'étaient manifestés au niveau du membre inférieur droit ont disparu (25 septembre).

Le tableau clinique a été alors celui de l'hémiplégie accompagnée d'hémi-anesthésie cutanée et sensorielle : le membre supérieur et le membre inférieur gauches sont parésiés; les membres supérieur et inférieur droits possèdent toute leur puissance; la face est littéralement respectée; la contractilité électro-faradique et électro-galvanique des muscles et des nerfs est égale à droite et à gauche; la réaction de dégénérescence fait défaut; il n'y a pas d'atrophie musculaire; le réflexe patellaire est un peu plus marqué à gauche qu'à droite. Les diverses sensibilités sont normales à droite. A gauche, la sensibilité de la peau au contact, à la douleur, au chatouillement, à la température est éteinte; seule, la sensibilité à la pression est conservée. La sensibilité générale et la sensibilité spéciale de la langue sont abolies à gauche; l'ouïe est affaiblie à gauche; l'odorat est nul à gauche; l'acuité visuelle est très diminuée à gauche, d'où une très grande difficulté dans la recherche de la dyschromatopsie; le champ visuel est rétréci du même côté, les réflexes lumineux et accommodatif y étant conservés.

Aux symptômes classiques, pour ainsi dire, de l'hémiplégie accompagnée d'hémi-anesthésie cutanéo-sensorielle, s'ajoutait, chez mon malade, un certain degré de parésie du sphincter du col vésical, ainsi qu'une diminution assez marquée de la mémoire; les fonctions circulatoires, digestives, etc., n'étaient pas troublées.

Dans de semblables conditions, je ne pouvais admettre l'existence d'une lésion matérielle du système nerveux, et je devais mettre en cause une perturbation fonctionnelle, un état névrosique hystériforme, l'hystérie, en un mot, en donnant à ce mot la signification étendue qu'on lui accorde aujourd'hui.

Je prescrivis des bains sulfureux et des applications d'aimant. L'état du malade s'améliora progressivement, l'anesthésie cédant le terrain centimètre par centimètre, si bien qu'actuellement (25 octobre) l'hémiplégie est très atténuée, que l'anesthésie sensorielle est très amoindrie et qu'au

membre inférieur, par exemple, l'anesthésie cutanée est circonscrite au pied.

La question délicate consistait en la détermination des conditions qui, chez un homme robuste, ayant dépassé la soixantaine, avaient amené l'éclosion des phénomènes névrosiques.

L'hérédité nerveuse ne pouvait être ici invoquée; ni chez les ascendants du malade, morts dans un âge avancé, ni chez ses collatéraux et descendants, il n'était possible de relever l'existence d'une affection organique ou dynamique du système nerveux, et, chez le malade lui-même, à part une certaine vivacité d'humeur, on ne pouvait retrouver la trace d'aucun désordre névropathique antérieur à la soixante et unième année.

Il avait fallu sans doute l'intervention d'une cause puissante pour détruire un équilibre nerveux, jusqu'alors aussi bien établi.

Il m'a semblé que cette cause n'était autre que l'intoxication tabagique.

Depuis l'âge de seize ans jusqu'à l'âge de soixante-deux ans, mon malade a été occupé à la Manufacture des tabacs, ce qui — si l'on défalque sept années de service militaire — représente trente-neuf ans d'emploi dans cette manufacture. Là, il a été soumis à une intoxication constante, non seulement par les voies aériennes, mais encore par la peau, puisque son travail a consisté à placer le tabac dans des cuves, où, arrosé d'eau et soumis à une certaine compression, il laisse écouler une grande quantité de « jus »; à le recueillir après vingt-quatre heures de macération, en trempant ses bras, jusqu'au-dessus des coudes, dans les cuves remplies de « jus de tabac », pour le porter sous une presse hydraulique et pour le transporter définitivement dans un four à séchage, où il est livré à d'autres ouvriers.

Il est presque inutile d'ajouter que l'intoxication tabagique professionnelle a été renforcée par l'usage de la cigarette, du tabac à priser, et surtout par l'habitude quotidienne et continuelle de la chique.

C'est vraisemblablement au tabagisme qu'il faut rapporter certains malaises éprouvés par le malade, particulièrement il y a six ou sept ans, consistant en étourdissements, tremblements, inappétence, nausées, pâleur et amaigrissement.

C'est également, selon moi, au tabagisme que se rattachent les troubles moteurs et sensitifs par lui ressentis l'an dernier et cette année.

D'ailleurs, quelle autre étiologie pourrait-on leur attribuer?

Les intoxications saturnine, mercurielle, sulfocarbonée, font ici complètement défaut. L'alcoolisme est réduit au minimum; le malade se plaint d'une insomnie persistante, que l'on retrouve chez beaucoup de vieillards; il a un léger tremblement de mains, qui découle sans doute du tabagisme; il n'a jamais eu ni douleurs gastriques, ni pituites matinales, et il nie, de bonne foi, tout excès de boissons.

Les maladies infectieuses ne peuvent également être incriminées, car si l'on excepte la fièvre paludéenne, contractée en Afrique, pendant le service militaire, les antécédents du malade restent muets à leur endroit.

J'en dirai autant des chocs physiques ou intellectuels; en 1870, le malade a perdu une fille, enlevée en trois jours, par des hémorrhagies répétées; cette perte lui a causé une grande douleur; mais, depuis lors, il n'a pas eu d'importants sujets de contrariété.

L'intoxication tabagique doit donc logiquement être spécialement incriminée, et l'on peut supposer que c'est parce qu'elle s'attaquait à un système nerveux bien pondéré, qu'elle a mis un fort long temps à entraîner des désordres qui, au dire du malade, ne seraient pas exceptionnels chez les vieux ouvriers des manufactures de tabac.

Si cette manière de voir était acceptée, il y aurait lieu d'ajouter l'hystérie tabagique à la liste des hystéries toxiques, aujourd'hui connues, grâce aux travaux de MM. Charcot, Debove et Achard, Potain, Dreyfous, Letulle et Marie.

L'URTICAIRE CHEZ LES ENFANTS

Par M. le docteur J. Comby, médecin des hôpitaux.

L'urticaire infantile peut avoir des conséquences lointaines et graves. On ne sera plus porté à négliger les démangeaisons passagères, intermittentes ou prolongées, qui marquent les premières atteintes du mal.

Sans doute, l'urticaire, dans la majorité des cas, ne laisse aucune trace durable; la maladie est éphémère, comme les papules qui la traduisent objectivement.

Mais on saura qu'il n'en est pas toujours ainsi, et que l'urticaire peut se répéter, passer à la chronicité et aboutir enfin à cette maladie abominable qu'on appelle *prurigo de Hebra*. Voilà le point noir dans le pronostic de l'urticaire. Il faut donc, dans la pleine conscience de cette éventualité fâcheuse, instituer un traitement qui vise l'évolution redoutée.

La prophylaxie du prurigo de Hebra doit s'inspirer de l'étiologie. On admettra que l'urticaire, aiguë, subaiguë ou chronique, est probablement d'origine toxique (*toxidermie*).

L'urticaire s'observe, en effet, chez les enfants dont l'hygiène alimentaire laisse à désirer, dont le ventre est gros, dont l'estomac est dilaté; c'est une manifestation cutanée de la dyspepsie aiguë ou chronique.

L'hypothèse d'une substance toxique, d'un poison élaboré dans le tube digestif, transporté dans la circulation, éliminé par la peau, expliquerait la relation qui unit la dilatation de l'estomac et la dyspepsie à l'urticaire.

La prédisposition nerveuse des sujets paraît également jouer un rôle, sinon dans la production de l'urticaire, du moins dans l'exagération de ses manifestations et dans l'acuité du prurit.

Quoi qu'il en soit, la clinique infantile connaît toutes les variétés d'urticaire observées chez les adultes. Elle nous montre surtout la marche inquiétante et les transformations fâcheuses de l'urticaire chronique.

Un enfant, mal nourri et dyspeptique, présente des poussées d'urticaire qui, aiguës et fugaces au début, vont en se répétant et se rapprochant de plus en plus. Au bout de quelques mois ou de quelques années, l'urticaire chronique prend un nouvel aspect; l'enfant a toujours les mêmes démangeaisons, mais il n'a plus les mêmes papules. Au lieu des plaques ortiées primitives, son corps présente des lésions de formes diverses, des papules, des excoriations, des fissures, des placards eczématiformes, etc. La maladie est devenue presque incurable, c'est le prurigo de Hebra.

Voilà une des origines, certainement la plus commune, de cette singulière dermopathie, et mes observations démontrent nettement, pour la plupart, la filiation des accidents.

M. Kaposi a bien vu que le prurigo de Hebra pouvait débuter du huitième au douzième mois de la vie, par une urticaire qui persiste jusqu'à la deuxième année.

M. Vidal, qui cite l'opinion de M. Kaposi ajoute : Il est probable que cette urticaire persistante n'est autre chose que le *strophulus pruriginosus* de Hardy, avec ses récidives si fréquentes pendant le travail de la première dentition.

Sans nier la possibilité de la transformation du strophulus en prurigo de Hebra, le strophulus me paraissant avoir la même origine que l'urticaire (dyspepsie infantile), je déclare n'avoir pas encore observé cette transformation, et je me rallie à l'opinion de M. Kaposi.

Quant à l'influence de la première dentition, je la considère, d'après les nombreux faits que j'ai relevés, comme absolument nulle.

J'en dirai autant de la scrofule, qui peut coïncider avec l'urticaire chronique et le prurigo de Hebra, sans avoir la moindre relation pathologique avec ces dermatoses.

En un mot, je crois à la prédominance du rôle joué par le tube digestif, dans la pathogénie de toutes les variétés d'urticaire, y compris l'urticaire chronique et son aboutissant le *prurigo de Hebra*.

On m'objectera que les troubles digestifs ne suivent pas toujours une marche parallèle à celle de la dermatose; j'accorde que la dyspepsie peut s'amender, alors même que le prurigo de Hebra conserve sa ténacité désespérante.

Mais cette divergence n'implique pas contradiction, et les maladies chroniques, les dermatoses en particulier, peuvent parfaitement survivre à la cause qui leur a donné naissance.

Dans le cas de prurigo de Hebra, le simple grattage, passé à l'état d'habitude, suffirait à perpétuer les lésions tégumentaires, sans qu'une élimination continuelle de produits toxiques, à travers la peau, fût nécessaire.

La prophylaxie de l'urticaire chronique et du prurigo de Hebra repose tout entière sur l'hygiène alimentaire.

Les enfants nourris au sein ne sont que rarement atteints ; il faut partir de là pour recommander l'allaitement naturel, exclusif et prolongé. A ceux qui sont sevrés, on donnera une alimentation appropriée à leur âge, c'est-à-dire le régime lacté, les œufs, les œufs au lait, le tapioca au lait, le riz, les panades, etc. Pas de viande, pas de légumes indigestes, pas de liqueurs alcooliques.

La question des boissons a, dans la première enfance, une importance capitale ; elles pèchent trop souvent par la quantité et la qualité. Je passe sur l'habitude d'abreuver, à tout propos, les jeunes enfants de lait, de tisanes émollientes, d'eau sucrée, etc. Ces liquides ne sont nuisibles que par l'abus qu'on en fait.

Mais que dire des parents qui donnent à leurs enfants, encore à la mamelle, le vin, le café, le cidre, la bière, etc. ?

Les habitants de nos faubourgs parisiens sont coutumiers de ces erreurs funestes à la population infantile.

Il suffit de signaler ces abus pour en montrer les dangers.

J'insiste beaucoup sur la quantité des boissons permises aux enfants, car la polydipsie, plus encore que la polyphagie, me paraît être la source habituelle de la dilatation de l'estomac et de la dyspepsie.

Si 400 grammes de liquide par jour suffisent à la rigueur pour un adulte (Bouchard), cette quantité suffira pour un enfant sevré et mangeant des aliments solides.

On doit chercher à atteindre cette limite et on défendra de boire en dehors des repas.

Le lait stérilisé est le meilleur liquide à employer dans la première enfance.

On interdira aux enfants, atteints d'urticaire ou de prurigo de Hebra, l'usage de la charcuterie, de la viande de porc, du gibier, des salaisons, des sauces épicées, des fromages salés, des choux, des poissons de mer et des crustacés (M. Vidal).

On essaiera, à l'exemple de M. Bouchard, de faire l'antisepsie intestinale à l'aide du naphtol qu'on donnera à la dose de 1 gramme, 1gr50 chez les enfants, par prises de 20 centigrammes (une toutes les deux heures). On y ajoutera la strychnine (2 milligrammes par jour pour un enfant, 5 milligrammes pour un adulte).

Le traitement local a une grande importance :

L'usage des bains ou des lotions vinaigrées (un quart du vinaigre pour trois quarts d'eau) échoue trop souvent.

Les frictions quotidiennes ou bi-quotidiennes avec la pommade tartrique (1 gramme ou 2 d'acide tartrique par 40 grammes de vaseline ou de glycérolé d'amidon, sont plus efficaces).

Mais le traitement local qui a donné, jusqu'à ce jour, les résultats les plus encourageants, aussi bien pour l'urticaire chronique que pour le prurigo d'Hebra, c'est l'emploi de l'huile de foie de morue.

Les frictions quotidiennes avec l'huile de foie de morue m'ont rendu de nombreux services dans la clientèle du Dispensaire de la Société philanthropique. On peut remplacer avantageusement ces frictions par le sparadrap à l'huile de foie de morue dont on se sert à l'hôpital Saint-Louis.

L'usage interne de l'huile de foie de morue est également très utile dans la plupart des cas.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 octobre 1889. — Présidence de M. CADET DE GASSICOURT.

PRÉSENTATION DE MALADES

Hystérie tabagique. — M. GILBERT présente un malade dont nous donnons plus haut l'observation (page 1173).

M. HAYEM s'élève contre l'abus du mot hystérie; aujourd'hui ce mot ne caractérise plus une maladie, mais un élément morbide. Si les intoxications produisent des troubles analogues à l'hystérie, il faut leur donner une dénomination particulière.

M. GILBERT n'a employé le mot hystérie que pour la commodité du langage; mais il a spécifié qu'il s'agissait d'une hystérie toxique.

M. LETULLE a eu ce malade dans son service. Il sera l'objet d'un mémoire de son interne, M. Mallet.

Ces accidents sont les manifestations d'une névrose. Or, la névrose protéiforme par excellence, l'hystérie, réalise spontanément en clinique le même ensemble morbide, et cette identité d'allure, dans les hystéries toxiques, se poursuit jusque dans leur thérapeutique.

M. GILBERT BALLET a peine à comprendre comment l'intoxication, si elle est la cause unique de l'hystérie, a attendu quarante ans avant de déterminer les accidents qu'on lui attribue d'une façon exclusive.

M. HAYEM. De deux choses l'une : ou bien les intoxications sont causes occasionnelles de l'hystérie, ou bien elles créent dans les centres nerveux des désordres qui se manifestent par des phénomènes hystériformes. Ces phénomènes hystériformes doivent être distingués de l'hystérie vraie.

M. GILBERT a cherché en vain chez son malade des antécédents névropathiques héréditaires ou personnels. Il a cherché en

vain, chez lui, quelque cause physique ou morale, dont les effets se seraient ajoutés à ceux de l'intoxication tabagique. Les accidents se sont produits d'une façon lente et progressive.

COMMUNICATIONS

Pneumothorax. — M. TROISIER communique une observation de pneumothorax survenu dans le cours d'un accès d'asthme et guéri par la thoracentèse. (Voir *Gazette des hôpit.*, 1889, p. 1137.)

Urticaire chez les enfants. — M. COMBY étudie les formes, la pathogénie et l'évolution de l'urticaire chez les enfants. Il résume ainsi ce travail. (Voir plus haut, page 1174.)

M. RENDU a observé dans sa propre famille un fait qui montre l'influence de la dentition sur l'urticaire des jeunes enfants.

M. SEVESTRE croit que M. Comby rejette un peu trop le rôle de la dentition. Il pense qu'il faut tenir grand compte de l'état de l'estomac; mais il ne nie pas cependant que la dentition ne puisse exercer une certaine influence, en dehors de toute espèce de troubles des fonctions digestives.

M. MERKLEN. L'urticaire dépend d'une prédisposition générale, souvent héréditaire, dont la nature intime n'est pas connue, mais qu'on ne saurait nier. Cette prédisposition est mise en éveil par des causes diverses, parmi lesquelles la dentition.

M. BROCQ fait remarquer que M. Leloir vient de démontrer que la lésion initiale du prurigo de Hebra est une lésion spéciale au point de vue histologique, ne ressemblant ni à l'élément de l'urticaire, ni à celui du lichen, ni à un élément d'eczéma papulo-vésiculeux, etc.

M. COMBY croit à l'action directe de la dentition, mais on peut invoquer le rôle intermédiaire de l'estomac. Tout en s'inclinant devant les recherches histologiques de M. Leloir, il s'en réfère aux observations cliniques d'enfants qu'il a suivis pendant longtemps. Une urticaire, avec rémissions temporaires, disparut au bout de deux ans, pour faire place à du prurigo de Hebra.

M. HAYEM a vu l'urticaire se transformer en prurigo. L'étiologie de l'urticaire est complexe ; il serait prématuré d'invoquer dans tous les cas une intoxication. Il connaît une dame qui, prise d'urticaire quelques jours avant ses règles, prévoit exactement l'arrivée de ses menstrues. Dans ce cas, il semble difficile de faire intervenir une substance toxique.

Anémie des nourrissons. — M. HAYEM signale un fait important qui constituera probablement, plus tard, le caractère distinctif de l'anémie des nourrissons. (Sera publié.)

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 novembre 1889. — Présidence de M. LE DENTU.

COMMUNICATION

Ablation des tumeurs rectales avec conservation du sphincter. — M. TERRIER. L'observation communiquée par M. Routier, dans la dernière séance, doit être rapprochée de celle que M. Terrier a publiée le 6 avril 1889, dans le *Progrès médical*. Depuis cette époque, il a pratiqué une deuxième opération du même genre.

M. Routier a employé la méthode allemande pour enlever le néoplasme, M. Terrier a opéré par l'extrémité inférieure du rectum.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un cancer annulaire du rectum, situé très haut, presque au niveau de l'S iliaque. M. Terrier pratique, tout d'abord, la rectotomie linéaire postérieure et pénètre assez haut dans l'intestin. Au-dessous de la tumeur, section transversale du rectum. Le bout supérieur du rectum est disséqué, et ce temps est favorisé par l'ouverture du péritoine, qui permet d'attirer la tumeur par en bas. Grâce à cette traction, on découvre facilement la partie située au-dessus du cancer. On met des pinces sur le rectum à une certaine distance de la tumeur qui est enlevée. Sutures du bout inférieur du rectum au bout supérieur. Réunion de la partie inférieure du rectum en arrière. Un drain est laissé à la partie postérieure du rectum. Réunion par première intention. Cependant la cicatrisation a été longue à se faire au niveau du coccyx. Une partie de cet os avait été enlevée au cours de l'opération.

Le résultat de cette intervention est heureux; le sphincter remplit son rôle.

Dans le deuxième cas, M. Terrier a pratiqué l'opération dans de très mauvaises conditions. Une femme portait une tumeur à la partie supérieure du rectum. Le doigt avait beaucoup de peine à atteindre le néoplasme et il existait probablement de l'engorgement des ganglions situés en arrière du gros intestin. Cette femme était malade depuis trois ans et, déjà à cette époque, un chirurgien de province avait porté le diagnostic de cancer.

M. Terrier exécuta la même opération. Il enleva les ganglions situés dans le mésentère. Malgré la suppuration qui suivit l'acte chirurgical, la malade va bien.

L'ablation des tumeurs du rectum peut donc se faire par la rectotomie linéaire postérieure. Mais on peut, comme l'a fait M. Routier, attaquer les néoplasmes en passant par la partie latérale du rectum.

RAPPORT

Origine infectieuse du tétanos des nouveau-nés. — M. RICHELOT. M. Loppe a communiqué à la Société de chirurgie l'histoire d'un enfant qui fut pris de tétanos peu de jours après la naissance. La mort ne tarda pas à arriver.

A propos de ce cas, M. Loppe étudie la pathogénie du tétanos. Il faut tout d'abord éliminer l'opinion de Parrot, qui rapportait à l'athrepsie le tétanos des nouveau-nés. Le petit malade dont il s'agit était très vigoureux.

En faveur de l'origine équine du tétanos, on doit relever le fait suivant : à cent cinquante pas de la demeure de l'enfant existait une écurie où un cheval était mort de tétanos, peu de temps auparavant. Cependant, l'examen bactériologique, fait avec les poussières de l'écurie, n'a donné que des résultats négatifs. Mais, près du logis où cet enfant est tombé malade, existe une mare d'eau croupissante. Particularité digne de remarque, les langes du nouveau-né avaient été lavés dans cette mare.

Les inoculations, faites à des cobayes avec la moelle de l'enfant, n'ont pas donné lieu à des accidents tétaniformes. Au contraire, avec la boue de la mare, on pratiqua des inoculations qui produisirent des crises de tétanos.

Les cultures démontrèrent la présence de bacilles fins qui sont regardés comme étant spéciaux au tétanos.

L'auteur conclut donc à l'origine tellurique du cas de tétanos qu'il a observé.

Le tétanos des nouveau-nés a la même origine que celui des adultes. Chez l'enfant à la mamelle, comme chez l'homme, c'est une maladie infectieuse.

Tel est aussi l'avis du rapporteur.

M. DESPRÉS. L'impression du froid, telle est la cause la plus fréquente du tétanos. Dans les pays chauds, le tétanos des nouveau-nés est très fréquent. On a incriminé le traumatisme exercé par le lien constricteur sur le cordon et surtout le refroidissement du soir. Du reste, les médecins admettent le tétanos *a frigore*.

M. RICHELOT. On ne peut nier l'influence du froid comme cause occasionnelle. Mais, dans certains cas, le froid ne peut être incriminé. C'est ainsi qu'il a eu dans ses salles deux opérées qui furent prises d'accidents tétaniques. Or, ces femmes avaient subi la laparotomie et il est certain que le froid n'avait pu les atteindre.

M. DESPRÉS. En 1860-1861, Nélaton observa un cas de tétanos sur les 12 ovariotomies qu'il avait pratiquées. C'était au mois de mars.

En 1870, après la bataille de Sedan, M. Després constata 7 fois le tétanos sur 300 blessés environ. Au contraire, pendant la cam-

pagne de la Loire, il n'y eut pas un seul blessé atteint de tétanos sur les 1250 qui furent soignés par le chirurgien de la Charité. Il faisait un temps uniformément froid. Or, le tétanos apparaît au moment des changements de température. Enfin, il faut faire entrer en ligne de compte l'influence de la dépression morale sur l'éclosion de la maladie.

COMMUNICATION

Trépanation de l'os iliaque pour un abcès de la fosse iliaque interne et de la cavité pelvienne. — M. TERRILLON. La trépanation de l'os iliaque a déjà été faite. Ordinairement, l'opération est pratiquée, comme le recommande M. Ollier, pour combattre les accidents dus aux ostéites qui dénudent la crête iliaque et la fosse iliaque interne.

M. Terrillon a perforé l'os iliaque en traversant la partie la plus épaisse de cet os, derrière la cavité cotyloïde, pour arriver dans le petit bassin.

La première observation a trait à une malade qui présentait des fistules nombreuses au niveau de la fesse. Les bougies introduites dans des fistules se dirigeaient vers l'épine sciatique. Tous les signes indiquaient la présence d'un abcès de la fosse iliaque.

M. Terrillon essaye de nettoyer à fond les fistules et de poursuivre les lésions dans le bassin. Son incision lui permet d'arriver dans la fosse iliaque interne. L'abcès avait deux parois : l'une, la paroi externe, constituée par l'os; l'autre, la paroi interne, était formée par le péritoine recouvert de fongosités très abondantes qui, du reste, existaient dans toute la cavité de l'abcès. Celui-ci fut soigneusement gratté, cautérisé et tamponné avec de la gaze antiseptique.

Trois mois après cette opération, la large brèche cutanée était presque cicatrisée, mais une fistule persistait. L'état général s'était, il est vrai, amélioré, à la suite de cette intervention, mais bientôt la santé périclita de nouveau. La cavité de l'abcès ne se fermait pas : la paroi molle et mobile de la cavité n'avait aucune tendance à se rapprocher de la paroi osseuse.

C'est dans ces conditions qu'il fit la trépanation de l'os iliaque.

Après avoir couché la malade sur le côté, M. Terrillon fait une large incision à travers les muscles de la fesse et arrive sur l'os des îles qu'il dénude. Il introduit ses doigts de la main gauche dans la fosse iliaque et même plus bas, dans le petit bassin, et de l'autre main il imprime des mouvements de rotation à une rugine, sur un point situé au-dessus du grand trochanter et correspondant à la partie la plus épaisse de l'os iliaque, c'est-à-dire en arrière de la cavité cotyloïde. L'orifice interne de cette perforation osseuse ne correspondait pas à la fosse iliaque interne, mais était situé *au-dessous* du détroit supérieur. On passa un tube rigide à travers l'os iliaque pour drainer l'abcès du petit bassin.

Les suites furent bonnes. L'état général s'améliora et la plaie mit cinq mois à guérir.

La deuxième observation est celle d'un jeune homme de vingt-deux ans, atteint de psoïtis qui avait suppuré. L'abcès s'était ouvert au-dessus de la crête iliaque. Depuis trois mois, l'écoulement purulent ne s'était pas arrêté. La fistule donnait accès dans un vaste clapier. On avait essayé, mais sans succès, différents traitements. M. Terrillon proposa la trépanation d'emblée.

Il fit une longue incision, le 5 décembre 1888, au niveau de la crête iliaque en suivant à peu près le trajet des fistules. Il pénétra dans la fosse iliaque interne où il trouva de l'ostéite.

De plus, le chirurgien de la Salpêtrière perfore l'os iliaque du dehors en dedans et agrandit l'ouverture pour gratter la face interne de l'os.

Deux drains sont placés dans l'ouverture osseuse. Le 1er avril, le malade était guéri et, le mois suivant, il quittait l'hôpital.

La trépanation de l'os iliaque faite très bas, de façon à pénétrer dans le petit bassin, donne d'excellents résultats.

Les dangers ont été nuls. Il n'y a pas eu de perte de sang.

M. KIRMISSON. Comment peut-on arriver dans le petit bassin à l'aide d'une trépanation portant sur un point de l'os iliaque situé en arrière du grand trochanter, et sur la portion osseuse, si épaisse, que l'on trouve derrière la cavité cotyloïde? La trépanation faite à cet endroit conduit, non pas au-dessous du détroit supérieur comme l'a dit M. Terrillon, mais dans la fosse iliaque interne.

M. Kirmisson a opéré un malade atteint de suppuration de la fosse iliaque. (La trépanation, faite au point indiqué par M. Terrillon, correspondait à la fosse iliaque.) L'opération a produit une véritable résurrection du malade qui est presque entièrement guéri en ce moment. Du reste, la trépanation de l'os iliaque a donné de bons résultats en Allemagne pour le traitement des psoïtis.

M. BOUILLY. Il y a cinq ou six ans (le fait est consigné dans une thèse d'un de ses élèves), M. Bouilly a fait la résection d'une large portion de l'os iliaque pour mettre fin à un abcès du bassin qui ne pouvait se tarir.

La trépanation de l'os iliaque est une excellente opération, mais il faut faire une distinction entre les opérations qui sont faites pour des abcès d'origine tuberculeuse, et celles qui sont pratiquées pour des suppurations non tuberculeuses.

Dans les cas d'abcès froids, la trépanation ne donne aucun résultat.

Dans les cas d'inflammation chronique, ce procédé est bon; mais ce sera toujours un procédé d'exception.

M. DESPRÉS. En 1878, M. Després a eu l'occasion de trépaner l'os iliaque d'un homme qui avait été soigné quelques années auparavant par M. Le Dentu. Le malade était resté guéri pendant deux ou trois ans. Mais des abcès se produisirent et des fistules s'établirent. Il en existait une entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'épine iliaque antérieure et inférieure. La suppuration ne pouvant être supprimée, M. Després fit la trépanation de l'os iliaque.

Du reste, cette opération n'est pas nouvelle. Elle a été pratiquée par d'anciens chirurgiens français.

M. LE DENTU. Le malade dont parle M. Després avait reçu une balle pendant la guerre franco-allemande. Quand M. Le Dentu examina cet homme, il constata l'existence d'une fistule qui se dirigeait vers la fosse iliaque. C'est vers 1874 que M. Le Dentu lui fit la trépanation de l'os iliaque. L'ouverture, faite à l'os par la couronne de trépan, fut largement agrandie. M. Le Dentu alla à la recherche de la balle à travers le muscle iliaque. Il eut la chance de la rencontrer au milieu d'un tissu induré. Après l'extraction de cette balle, l'opéré vit disparaître la rétraction de sa cuisse sur son bassin. La guérison fut complète pendant trois ou quatre ans. Il est probable que la récidive est due, soit à une altération osseuse ayant échappé à l'exploration, soit à la présence d'un morceau de vêtement.

M. DESPRÉS. La brèche faite à l'os par M. Le Dentu était complètement réparée, lors de la deuxième opération.

M. TERRILLON. Dans les cas que j'ai relatés, l'abcès allait jusque dans le petit bassin, au-dessous du détroit supérieur.

PRÉSENTATION DE MALADE

Lymphadénome cervical double. — M. RECLUS présente un malade qu'il a traité pour un *lymphadénome cervical double*. La médication a consisté en injections de gouttes de Fowler dans la masse ganglionnaire. Ces masses énormes ont subi une grande diminution.

Le malade est soigné depuis l'année 1887.

Le diagnostic de lymphadénome, qui a été fait par beaucoup de chirurgiens, ne prêtait pas à l'erreur.

M. QUÉNU. Même quand on a les masses ganglionnaires entre les mains, il n'est pas toujours possible de porter un diagnostic anatomique précis. C'est ainsi qu'il a enlevé des ganglions caséeux dont l'origine tuberculeuse ne semblait pas douteuse. Contrairement à toutes les prévisions, il s'agissait d'un lymphadénome qui a emporté la malade. L'examen microscopique peut seul donner la certitude, et encore pas dans tous les cas.

M. TERRIER. Il est impossible de déterminer la nature de certaines masses ganglionnaires, si on ne les examine pas au

double point de vue histologique et bactériologique. Il est connu de tous les histologistes que le diagnostic des lymphadénomes est obscur. Dans tous les cas, si on n'a pas fait des préparations microscopiques et des inoculations, après ablation des ganglions suspects, on ne peut jamais affirmer qu'on est en présence d'un lymphadénome. L'histoire de deux de ses malades est instructive à ce point de vue.

M. RECLUS. Il ne s'agit, en ce moment, que d'une simple présentation de malade. M. Reclus prie les membres de la Société de chirurgie de constater l'état des ganglions de son malade. L'observation détaillée sera lue devant la Société de chirurgie.

M. LE PRÉSIDENT décide que, dans la prochaine séance, la discussion sera ouverte sur le traitement du lymphadénome.

COMMUNICATION

Restauration du canal de l'urèthre chez la femme. Deux procédés nouveaux. — M. POLAILLON. Une jeune femme, âgée de dix-neuf ans, s'etait introduit dans la vessie plusieurs épingles à cheveux, autour desquelles un calcul s'était formé. Pour extraire cette pierre, un chirurgien fit la taille vaginale, se proposant d'oblitérer ensuite l'ouverture ainsi créée. Mais cinq opérations de fistule vésico-vaginale échouèrent ; à l'hôpital Saint-Antoine, la malade fut encore opérée deux fois, sans succès. Le 8 mai 1888, elle entre à la Pitié, dans les salles de M. Polaillon.

La malade présentait, au niveau du col de la vessie et de la partie postérieure de l'urèthre, une ouverture dont les dimensions égalaient à peu près une pièce de 1 franc. Les bords de cette fistule étaient déchiquetés et indurés.

M. Polaillon lui fit en vain trois opérations successives. C'est alors qu'il eut l'idée de faire quelque chose de nouveau.

La chloroformisation est pratiquée. La malade est couchée sur le côté latéral gauche, l'orifice du vagin est mis à découvert par une valve de Sims, maintenue contre la paroi postérieure.

La fistule présentait un bord antérieur uréthral, un bord postérieur vésical et deux bords latéraux qui se continuaient avec la muqueuse de l'urèthre et celle du vagin. Le fond de la fistule était formé par la muqueuse du col de la vessie en arrière, et par la muqueuse de la paroi de l'urèthre en avant.

Au niveau du bord uréthral de la fistule, M. Polaillon fit une incision transversale, d'environ 12 millimètres, sur la muqueuse de la paroi supérieure de l'urèthre. Puis, au niveau du bord vésical de la fistule, il pratiqua une incision d'égale étendue sur la muqueuse du col vésical. Ces deux incisions limitaient un pont de muqueuse uréthrale qui fut décollé avec une sorte de spatule mousse. Le pont de muqueuse qui se continuait de chaque côté avec la muqueuse uréthro-vaginale, fut abaissé au niveau de la fistule, de manière à venir l'oblitérer. Une grosse sonde en caoutchouc rouge, introduite par le méat urinaire jusque dans la vessie, en passant au-dessous de ce point (entre les tissus profonds sous-pubiens et la muqueuse décollée), maintenait la position du lambeau.

Il ne restait qu'à aviver les bords uréthral et vésical de la fistule et à suturer le lambeau au bord antérieur et au bord postérieur de la fistule, de manière à ce que le canal de l'urèthre fût situé au-dessus du lambeau.

Le canal de l'urèthre était alors formé, dans sa partie antérieure, par le méat urinaire et une portion du canal normal ; dans sa portion postérieure, par une surface cruentée, maintenue dilatée par une sonde, surface destinée à former, après sa cicatrisation, une sorte de col à la vessie.

L'opération réussit pleinement dans son ensemble. La fistule fut oblitérée et le canal restauré. La malade, très indocile, est sortie prématurément ; elle perdait encore ses urines par une fistulette qu'il aurait été facile d'oblitérer.

Deuxième procédé : Restauration totale du canal de l'urèthre. — Il est rare d'avoir à traiter des femmes n'ayant pas d'urèthre.

M. Polaillon a observé une femme de vingt-cinq ans, qui avait une malformation du vagin. L'orifice du vagin était très étroit. On remarquait un pertuis assez large qui était le col de la vessie. Il n'existait pas de canal uréthral. Pour créer l'urèthre de cette femme, M. Polaillon a dédoublé les petites lèvres et, en retroussant les feuillets obtenus par la dissection, il a pu les suturer au col de la vessie. Il a créé aussi un canal ayant 2 centimètres et demi. Le canal est entièrement restauré. La malade garde ses urines, ce qui est dû à la constitution de l'orifice vulvaire doué d'une grande contractilité avant l'opération.

PRÉSENTATION DE MALADE

Adhérence de la langue au plancher de la bouche et à la voûte palatine. — M. ROUTIER présente un malade dont la langue était presque entièrement adhérente au plancher de la bouche et à la voûte palatine.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 novembre 1889, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — M. Gardies, médecin en chef de la marine en retraite.

Au grade de médecin principal. — MM. Léonard dit Champagne, Déchamp et Merlaux dit Ponty, médecins principaux en retraite.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Alessandri, Ballot et Le Jaune, médecins de première classe en retraite.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Kermarec, ancien aide-médecin de la marine.

— *Concours de l'externat.* — Anatomie : sixième séance (samedi 9 novembre) : « L'Omoplate. »

Il n'y a pas eu de séance le jeudi 7.

La prochaine séance aura lieu demain mardi 12.

— Les places vacantes du concours aux emplois de médecins du traitement à domicile, qui doit s'ouvrir le 18 novembre, sont au nombre de 32. Elles se répartissent dans les arrondissements suivants :

IIIe, 2 ; — V^e, 1 ; — VIIe, 3 ; — X^e, 4 ; — XIIe, 2 ; — XIIIe, 7 ; — XIVe, 1 ; — XVe, 3 ; — XVIe, 2 ; — XVIIIe, 2 ; — XIXe, 4 ; — XXe, 1.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont nommés lauréats de la Faculté pour l'année scolaire 1888-1889 :

Prix de la Faculté. — Première année, prix : M. Breffeil; mentions : MM. Dujarier et Savariaud. — Deuxième année, prix : M. Riffé; mention : M. Hédon. — Troisième année, pas de prix. — Quatrième année, prix : M. Baudet.

Prix du Conseil général. — Prix : M. Labougle; mention : M. Fage.

Prix Godard. — M. Auché.

Prix de thèses. — Médaille d'or : M. Dumur; médailles d'argent : MM. Bousquet et Lamarque; médailles de bronze : MM. Faure, Four, Garnier, de Puénin, Laguens et Viaud.

— Le concours de prosectorat s'est terminé par la nomination de M. Daraigney.

— Le concours d'adjuvat d'anatomie vient de se terminer par la nomination de MM. Barret de Nazaris et Régnier.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'externat vient de se terminer par les nominations suivantes :

MM. Coche, Dumarest, Burdet, Courbis, Collet, Giraud, Gayet, Durand, Deydier, Agier, Philippon, Lestra, Roche, Viguié, Alombert, Michaud, Thévenon, Roux (Jean), Lépine, Jullien.

MM. Gillet, Forissier, Legros, Molle, Duquaire, Dettling, Perdu, Abadie, Jeannin, Bernard, Yon, Vincenti, Despiney, Baurand, Dupond, Nové-Josserand, Ziwer, Capony, Portal, Brunon, Regaud, Davin, Métras, Pardon, Boichon, Matthian, Desserve, Roux (Joseph), Porte, Patey.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Labbey (de Haussy).

— Mlle Bignon soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 21 novembre 1889, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Contribution à l'étude de la pneumaticité chez les oiseaux. »

— M. le professeur Dieulafoy commencera le cours de pathologie interne, le jeudi 14 novembre 1889, à trois heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure. — Objet du cours : Maladies générales.

— M. Raphël Blanchard, agrégé, commencera des conférences d'histoire naturelle médicale le vendredi 15 novembre 1889, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. — Objet des conférences : Etude du parasitisme (deuxième partie); parasites végétaux. — Zoologie médicale.

— M. A. Robin, agrégé, commencera des conférences de pathologie interne, le vendredi 15 novembre 1889, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Objet des conférences : Les maladies de l'appareil digestif.

— M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie (Fondation Salmon de Champotreau) le samedi 16 novembre 1889, à quatre heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Dans les deux premières leçons le professeur résumera l'histoire de l'anesthésie et de l'antisepsie; il continuera ensuite sa nosographie historique et ses études de bibliographie et de biographie médicales.

— POSTES MÉDICAUX. — *Maine-et-Loire* : s'adresser à M. le docteur Rousseau, à Liré. — *Marne* : s'adresser au vicomte d'Abancourt, en son château, par Clermont-en-Argonne.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE	3 mois : **10 fr.**	» — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie, presque entièrement absorbée par ses rapports de prix, a entendu une communication de M. Nicaise sur l'aération continue des chambres à coucher par la fenêtre entr'ouverte; et deux rapports, l'un de M. Schutzenberger sur les recherches de M. Roussy consacrées à la pathogénie de la fièvre, et l'autre de M. Javal sur le massage oculaire de M. Costomiris.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Renseignements que peut fournir l'exploration de la région cervicale : 1° Engorgement ganglionnaire au cas de cancer d'un viscère de l'abdomen; 2° Douleur des pneumogastriques et des phréniques au cas d'affection du cœur, des poumons ou de l'estomac.

Je désire appeler votre attention, aujourd'hui, sur deux signes cliniques des plus intéressants, et dont la connaissance vous sera d'un très grand secours au lit du malade : c'est d'abord l'*engorgement des ganglions cervicaux consécutif à un cancer viscéral de l'abdomen*, puis l'existence d'une *douleur des phréniques et des pneumogastriques à la région cervicale*, également caractéristique, dans le cas d'affections gastro-hépatiques ou cardio-pulmonaires.

M. Troisier nous a fait connaître, tout dernièrement, la valeur séméiologique de l'adénite cervicale gauche secondaire, au cas de cancer de l'estomac, par exemple; et, depuis longtemps, vous le savez, j'ai signalé l'importance diagnostique de la douleur des phréniques et des pneumogastriques au cou.

Quelques exemples, choisis parmi les malades de notre service, vont vous permettre d'apprécier la valeur de ces deux signes : le signe de Troisier et le signe... de votre serviteur.

I. Le diagnostic des affections abdominales est entouré des plus grandes difficultés et, tous les jours, vous pouvez voir combien il y a d'incertitude sur le diagnostic à porter dans tel ou tel cas, intéressant le foie, l'estomac, l'intestin ou le péritoine. C'est, qu'en effet, les moyens d'investigation dont nous pouvons disposer, en pareille circonstance, sont très limités; la percussion et la palpation, qui donnent une sensation presque toujours assez vague, sont les seuls procédés de recherche clinique que nous puissions employer. Décidément, l'abdomen attend toujours son Laënnec.

Nous devons donc accueillir avec empressement la connaissance d'un signe nouveau, et l'engorgement des ganglions cervicaux est certainement un des plus précieux : alors qu'il s'agit d'établir la nature d'une affection stomacale ou hépatique. On a même rencontré cet engorgement dan le cas de cancer de l'utérus ou de l'ovaire.

Voici un fait à l'appui de mon dire : Un homme de quarante-huit ans environ entre dans notre service il y a quelques semaines, avec une ascite énorme, de l'œdème des jambes, et un amaigrissement notable de la figure ainsi que des membres supérieurs; le tout sans ictère. Ce malade est un buveur; il buvait chaque jour un demi-litre, au moins, d'eau-de-vie sans compter le vin. L'idée de cirrhose alcoolique était d'autant plus naturelle que la circulation veineuse collatérale était assez développée. La percussion et la palpation du foie étaient presque impossibles, en raison de la distension énorme de la paroi abdominale. On fait une ponction qui donne issue à 7 litres de liquide citrin, et on s'aperçoit alors que le foie est gros et bosselé. S'agit-il d'une cirrhose avec périhépatite ou ne serait-ce pas un cancer du foie? On examine, de nouveau, le malade avec le plus grand soin et l'on découvre, derrière l'extrémité inférieure du sterno-mastoïdien gauche, une masse ganglionnaire grosse comme une petite noix, dure, irrégulière et douloureuse à la pression. Il n'y a plus de doute, c'est d'un cancer du foie qu'il s'agit; et ce ganglion dégénéré en est le signe révélateur. L'autopsie, pratiquée hier, nous a donné raison; c'était bien un cancer du foie, un cancer nodulaire, consécutif à un cancer du pylore. Je dois vous dire que j'avais cru à un cancer « primitif » du foie, étant donné l'absence de vomissements, de douleurs épigastriques et de troubles fonctionnels de l'estomac, comme des autres organes abdominaux. Un cancer du pylore sans vomissements! tout était donc ici paradoxal et énigmatique. Quant à la tumeur révélatrice constatée derrière le sterno-mastoïdien,

c'était bien une masse ganglionnaire devenue cancéreuse.

Mais comment interpréter ce fait : d'une adénopathie cervicale gauche, consécutive à un cancer viscéral de l'abdomen? La dégénérescence se fait-elle de proche en proche par les ganglions abdominaux et médiastins? Non, dans tous les cas, puisqu'il en est où les ganglions cervicaux étaient seuls pris. Peut-être s'agit-il alors d'embolies cancéreuses, portées par le canal thoracique jusqu'à la région cervicale? C'est l'hypothèse la plus vraisemblable. Le canal thoracique s'ouvre, vous le savez, au confluent de la veine sous-clavière et de la jugulaire gauches; il se pourrait que, sous l'influence d'un effort, le sang fît refluer la lymphe dans le canal et dans les ganglions cervicaux. A la vérité, il existe une valvule à l'embouchure du canal thoracique, mais l'obstacle qu'elle pourrait apporter à ce reflux n'est pas très sérieux et, d'ailleurs, elle manque dans bien des cas. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait existe, et sa valeur séméiologique est indéniable.

II. Depuis 1879, j'ai appelé l'attention sur la douleur des pneumogastriques et des phréniques au cou; douleur spontanée ou provoquée par la pression.

La douleur *spontanée* est signalée par les malades en termes suffisamment expressifs pour qui sait les comprendre ou les connaît déjà. C'est « un tiraillement pénible », comme par « un cordon »; « une ficelle », « un nerf » (le malade ne sait pas si bien dire!); et alors il incline le cou du côté opposé, et porte la main du côté douloureux comme pour détacher sa cravate ou son col.

La douleur *provoquée* l'est par l'application du doigt à 2 centimètres au-dessus de la clavicule, en dehors du chef interne du sterno-mastoïdien. Une pression légère sur le nerf pneumogastrique sain produit une sensation particulière, mais qui n'est pas douloureuse; au contraire, l'impression est très pénible et détermine un mouvement de retrait du malade, une grimace assez significative et, parfois même, si le pneumogastrique est malade ou irrité, une plainte ou un léger cri. J'ai vu une pression trop énergique faire naître, en pareil cas, une véritable attaque d'angor pectoris ou, d'autres fois, tout au moins un rayonnement de la douleur dans la région du plexus cardiaque et dans l'épaule gauche. Il faut donc bien se garder de presser trop fortement, lorsque le récit du malade vous porte à craindre l'existence d'une angine de poitrine symptomatique d'une lésion de l'aorte. Cette mésaventure m'est arrivée.

Pour explorer la sensibilité du nerf phrénique, la pression doit s'exercer en dedans du scalène antérieur; elle ne provoque aucune douleur si le nerf est sain, et en produit une assez vive dans le cas contraire.

Ces prémisses étant posées, voici ce qui peut advenir de cette exploration :

Dans l'*angine de poitrine*, par exemple, sous sa forme *névrosique*, il y a douleur du pneumogastrique gauche et non des phréniques; chez les tabagiques, il y a également douleur à la pression du plexus cardiaque au second et au troisième espace intercostal gauche, et douleur du pneumogastrique gauche. Cette douleur, à peine accusée spontanément, devient très vive à la pression. Le pneumogastrique droit est alors plus rarement douloureux : pourquoi cette intolérance du pneumogastrique gauche? Je me le suis demandé longtemps, car, sur les planches d'anatomie d'Hirschfeld, les deux pneumogastriques fournissent le même nombre de branches. J'en parlai à M. le professeur Sappey qui fit à ce sujet des recherches cadavériques et put constater que le pneumogastrique gauche fournit un plus grand nombre de filets au plexus cardiaque et que, parfois même, il est le seul à en fournir. Ainsi s'expliquait la prédominance de douleur du pneumogastrique gauche, au cas d'affection douloureuse du cœur.

Le phrénique est également douloureux dans l'angine de poitrine, mais dans l'angine de poitrine d'*origine organique*; et cela parce qu'il est en contact avec le péricarde, et que, consécutivement à la lésion aortique, le péricarde s'enflamme dans sa portion qui revêt la base de l'aorte. De plus, le phrénique confine par ses filets d'origine avec le plexus cervical et le plexus brachial, d'où, par action réflexe, la douleur simultanée du bras gauche et même des deux bras dans quelques cas. Ainsi ces douleurs des phréniques indiquent une lésion de l'aorte et vous révèlent la gravité du cas, puisqu'il s'agit alors d'une angine de poitrine avec lésion, de l'*angine qui tue*.

Ces mêmes douleurs vous les observerez dans certaines *maladies du foie* : le phrénique et le pneumogastrique droits peuvent devenir sensibles spontanément ou à la pression. Il y a alors douleur à l'épigastre, dans le cou, à l'épaule et jusqu'au coude. Il est très important de connaître ces points douloureux : voici, par exemple, une malade qui souffre de *coliques hépatiques*; généralement elle accuse une douleur très forte à l'épigastre, et, s'il n'y a pas de vomissements, s'il n'y a pas encore d'ictère, vous pouvez croire à de la gastralgie, mais s'il y a douleur à l'épaule en même temps, et si, par la pression au cou et à droite, vous provoquez de la douleur, vous devez songer à une affection calculeuse du foie. Et la douleur du cou à droite ne doit pas vous étonner, car c'est, vous le savez, le pneumogastrique droit qui envoie le plus de filets nerveux à cet organe.

Je vous ai montré, ce matin, une jeune fille, couchée au n° 11 de notre salle des femmes; c'est une *tuberculeuse*; elle tousse, cela n'a rien d'étonnant; mais elle vomit en toussant, cela non plus n'a rien de surprenant pour qui sait interpréter l'enchaînement de ces deux symptômes « toux » et « vomissement ». Pour moi, cela indique que les *ganglions péri-trachéaux* et *péri-bronchiques* sont malades et devenus tuberculeux comme le sont les sommets des poumons. Et ce qui le démontre d'une façon évidente, c'est que les pneumogastriques, le gauche surtout, sont douloureux à la pression. Chez cette malade, du reste, les lésions pulmonaires sont prédominantes à gauche. Il doit en être de même des lésions ganglionnaires, d'où compression du pneumogastrique et très certainement névrite de ce tronc nerveux. C'est à cette névrite qu'il faut attribuer et la toux et les vomissements.

A l'état normal, les terminaisons gastriques du nerf vague supportent le contact des aliments, mais quand le nerf est irrité, il se produit un réflexe du pneumogastrique stomacal au pneumogastrique pulmonaire, d'où résulte une toux quinteuse et par elle des vomissements. De pareils malades toussent parce qu'ils mangent et vomissent parce qu'ils toussent.

Ce simple phénomène, le vomissement par la toux, acquiert une importance diagnostique considérable. On vous montre un enfant qui tousse et vomit en toussant : si cet enfant n'a pas la *coqueluche*, vous pouvez presque à coup sûr diagnostiquer la *tuberculose*, et cela sans que l'auscultation des sommets vous fournisse le moindre signe révé-

lateur. Les poumons peuvent être sains, mais les ganglions sont malades.

Un autre phénomène corrélatif, et des plus intéressants en pareil cas, c'est la *tachycardie*, par parésie des pneumogastriques. Cette malade, que je vous ai fait examiner, a une fièvre très modérée, 38 degrés à peine, et, cependant, son pouls atteint 120 et 130 pulsations. Et la preuve que, chez elle, les ganglions doivent être incriminés, c'est que, par la percussion à l'aide du plessigraphe, j'ai pu trouver et limiter devant vous une masse ganglionnaire engorgée, et dans la région cervico-vertébrale et dans la région sous-claviculaire gauche.

Cette même douleur des pneumogastriques vous la retrouverez dans la *coqueluche*, dans l'*adénopathie trachéo-bronchique* aiguë, et même parfois dans l'*asthme*. N'oubliez donc pas de la chercher, car, dans les cas douteux, elle peut merveilleusement aider au diagnostic.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. HAYEM.

L'anémie des nourrissons (1).

Vous savez qu'au moment de la naissance le sang des enfants à terme est plus riche en globules rouges que celui de l'adulte. Au bout de quelques jours, le chiffre des globules rouges diminue, et, pendant la période d'allaitement, il se maintient à un taux un peu inférieur à la moyenne normale constatée chez l'adulte. Cependant, je n'ai pas encore eu l'occasion d'observer un exemple d'anémie essentielle ou protopathique chez les nouveau-nés. Les causes les plus puissantes d'anémie, à cette époque de la vie, sont la syphilis infantile et les troubles digestifs, particulièrement la diarrhée verte.

Les lésions des globules rouges sont, d'une manière générale, les mêmes que chez l'adulte. Cependant les inégalités dans le diamètre des éléments m'ont paru plus notables que dans les cas ordinaires d'anémie. Cette particularité paraît tenir à la richesse relative du sang des nouveau-nés en globules de grande taille. Dès que l'anémie se constitue et devient un peu notable, ces grands éléments se multiplient et l'on voit apparaître des globules géants qu'on ne rencontre chez l'adulte que dans les anémies très prononcées du 3e et du 4e degré.

Mais, en même temps, et c'est là le point particulier sur lequel je désire attirer votre attention, on voit survenir d'assez nombreux globules rouges à noyau. La présence dans le sang d'éléments de ce genre ne constitue pas un fait spécial au nouveau-né. Elle s'observe parfois chez l'adulte, mais seulement dans la leucocythémie et dans certains cas d'anémie extrême.

Si l'on considère à part la leucocythémie, à cause des lésions particulières des organes hémato-poiétiques dans cette maladie, on peut dire que chez l'adulte les globules rouges à noyau ne prennent jamais qu'une part extrêmement minime à la constitution du sang des anémiques.

Il n'en est pas de même chez les nourrissons. Chez eux les cellules rouges à noyau peuvent se montrer dans le sang à un moment où l'anémie n'a pas atteint un développement considérable. De plus, ils y pénètrent en nombre relativement élevé.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1176.

Au point de vue anatomique, les globules rouges nucléés des nouveau-nés anémiques ne diffèrent en rien des mêmes éléments, observés chez l'adulte. Leur noyau, de dimension variable, est unique, petit ou de moyen volume, parfois cependant trilobé. Les noyaux volumineux, ou en voie de kariokynèse, paraissent appartenir spécialement au sang des enfants à grosse rate, atteints de la forme particulière de leucémie que j'ai récemment signalée.

Les caractères particuliers de l'anémie et de la leucocythémie des nouveau-nés me semblent présenter un réel intérêt au point de vue de la physiologie générale du sang.

Dans l'espèce humaine, les cellules rouges à noyau du sang disparaissent déjà vers la fin du sixième mois, tandis que, chez les mammifères nouveau-nés, on en trouve encore pendant quelques semaines après la naissance.

Au moment où commence la vie extra-utérine, la formation du sang par l'intermédiaire des cellules rouges à noyau est donc éteinte, chez l'homme, depuis un certain temps. Mais les organes qui forment ces éléments sont certainement moins engourdis que chez l'adulte, et ils passent, plus facilement que chez ce dernier, à un état de nouvelle activité. La moelle osseuse reste d'ailleurs rouge chez les nouveau-nés et riche en cellules hémoglobiques, tandis que, plus tard, elle devient en grande partie graisseuse, et relativement très pauvre en globules rouges nucléés.

Chez l'adulte, l'apparition dans le sang de globules rouges à noyau est un fait des plus graves; il est le résultat d'un effort de réparation sanguine pour ainsi dire ultime.

Il est loin d'en être ainsi chez les nouveau-nés, et je pense que, chez eux, et peut-être aussi chez les jeunes enfants sevrés, des recherches ultérieures permettront de démontrer la fréquence et le caractère bénin de cette modification du sang dans les anémies. Je laisse ici, de côté, cela est bien entendu, la leucémie infantile, qui paraît être, au contraire, une maladie des plus graves.

RELATION DE DEUX ÉPIDÉMIES DE VARIOLE

À LA PRISON DÉPARTEMENTALE DE BORDEAUX (1870-1889). IMPORTANCE DES VACCINATIONS GÉNÉRALES (1)

Par M. le docteur GELLIE, médecin en chef des prisons de Bordeaux.

Le 28 mars 1889, le nommé H..., vagabond, âgé de quarante-huit ans, est écroué au Fort du Hâ. Cet individu, sans domicile fixe, est indiqué sur le registre d'écrou comme venant de Bordeaux.

Le lendemain de son entrée, il se plaint d'une courbature générale et de mal de tête. Il avait alors de la fièvre, mais n'offrait aucun symptôme particulier. Tenu en observation pendant quelques jours, il présenta, à l'examen du 7 avril, une légère éruption qui, le 10, prit le caractère très net de varioloïde. Cette éruption, assez discrète, se produisit sans symptômes graves concomitants. Néanmoins, en raison du chiffre élevé de la population pénitentiaire (420 détenus), le médecin de la prison provoqua son transport immédiat à l'hospice de Pellegrin (service des varioleux).

Les mesures d'assainissement, usitées en pareil cas, furent prises sans retard; tous les objets ayant pu servir au malade furent isolés. Son lit, ses vêtements et son linge, avant

(1) Présentée à l'Académie de médecine, dans la séance du 5 novembre 1889.

d'être livrés au blanchisseur, furent désinfectés soigneusement à l'acide sulfureux. Il fut fait de même pour sa cellule, qui resta inoccupée. Ce cas semblait devoir rester isolé, lorsque le 25 avril (soit quinze jours après), le détenu F... se présenta à la visite médicale avec des symptômes de varioloïde. Notons, en passant, que ce détenu n'était pas en rapport avec le premier atteint.

F... fut envoyé le jour même à Pellegrin. Les mesures de désinfection, indiquées plus haut, furent prises aussitôt. Ces deux cas, qui, du reste, furent fort bénins, étaient presque oubliés, lorsque la maladie prit subitement l'allure d'une épidémie.

En effet, le 3 juin, deux détenus sont reconnus atteints. Ce sont : S..., qui était en cellule, et B..., qui était dans un dortoir. Ils furent évacués, le jour même, à l'hospice d'isolement. S... eut une varioloïde assez grave.

Le 6 juin, c'était encore le détenu L... qui était envoyé à Pellegrin.

Il est à remarquer que ce prisonnier n'était pas dans le dortoir des détenus déjà atteints.

Le 7, le nommé V... dut être à son tour transporté d'urgence à l'hospice.

Ce malade eut une variole confluente grave. Empressons-nous de dire que tous les malades ont guéri.

Les mesures de désinfection, particulières et générales, furent rigoureusement observées dès le 3 juin.

Les détenus reconnus suspects furent isolés de leurs camarades; les cellules qu'ils avaient habitées furent toutes désinfectées deux fois par l'acide sulfureux, en quantité double de celle prescrite ordinairement [combustion de 60 grammes de soufre par mètre cube, au lieu de 30 grammes (1)].

Le blanchîment à la chaux des murs et de tous les locaux de la prison, sans exception, ne contribua pas peu à l'assainissement de l'Établissement.

Enfin, mesure des plus importantes, dès le 4 juin, c'est-à-dire le lendemain de l'éclosion des deux cas simultanés, le médecin prit, de concert avec M. le directeur de la prison, les mesures nécessaires pour la vaccination générale de la population pénitentiaire et du personnel administratif.

On put procéder à cette opération, le 8 juin, au moyen d'une génisse mise obligeamment à notre disposition par le service municipal de vaccine, avec l'agrément de la municipalité.

M. le directeur et toute sa famille, la supérieure des religieuses et toutes les sœurs, le greffier-comptable et sa famille, furent les premiers vaccinés, ainsi que les gardiens, et les industriels ayant des communications à l'intérieur de la prison.

Plusieurs séances de vaccination, à huit jours d'intervalle, ont été nécessaires, en raison du renouvellement journalier de la population pénitentiaire.

A la première séance du 8 juin, MM. les docteurs Gellie et Dausse, médecin suppléant, procédèrent à la vaccination de 306 détenus hommes, et de 65 femmes, non compris le personnel administratif et externe (60 environ, au total 430 vaccinations).

(1) Excellent procédé de désinfection, le plus sûr, peut-être, et qui doit être préféré à tout autre, chaque fois qu'il est possible de disposer d'un local, hermétiquement clos, qui restera fermé pendant deux ou trois jours. La dose du soufre ne doit pas être inférieure à 50 grammes par mètre cube.

Une autre séance fut faite le 13 juin, pour vacciner les détenus, entrés au Fort du Hâ du 8 au 13 (23 hommes et 11 femmes). Ce jour-là, le médecin de la prison de Labottière vaccina également les détenus de cette succursale pénitentiaire, au nombre de 68.

Une troisième séance fut faite, le 22 juin, pour les détenus arrivés du 13 au 22 (35 hommes et 6 femmes).

Jusqu'à cette date, et depuis le 7 juin, on n'avait constaté aucun cas suspect; mais, le 22, M. le docteur Dausse, médecin suppléant, qui faisait ce jour-là le service de la prison, remarqua, à la visite, deux détenus qui présentaient quelques symptômes de l'épidémie régnante.

Le lendemain la maladie n'était pas confirmée; mais le 24 juin, ces détenus, qui avaient été isolés, furent reconnus atteints de varioloïde discrète. Le même jour, un détenu se présenta à la visite avec une éruption qui ne laissait aucun doute sur sa nature. Un gardien, qui s'était déclaré malade le matin, fut également reconnu atteint de varioloïde. Ces quatre cas étaient presque sans fièvre. Néanmoins, M. le docteur Gellie fit transporter ces malades à Pellegrin. Ces trois détenus et le gardien avaient, cependant, été vaccinés les jours précédents, mais sans succès.

Ces quatre derniers cas furent très bénins.

Les mêmes mesures de désinfection, qui sont indiquées plus haut, furent rigoureusement appliquées, et une quatrième séance de vaccination fut faite le 3 juillet (38 hommes et 7 femmes).

Cette petite épidémie fut alors enrayée, et aucun cas suspect ne s'est produit depuis le 24 juin.

En résumé, 10 cas de varioloïde ou de variole, dont 2 assez graves, et 8 bénins ; tous suivis de guérison.

Il est incontestable que le germe de l'épidémie a été introduit à la prison par le nommé H..., qui est entré au Fort du Hâ malade, et en puissance déjà de virus variolique.

En présence de la rapidité avec laquelle on a pu enrayer complètement une maladie aussi contagieuse que la variole, dans un milieu très favorable à son développement, en raison du chiffre élevé de la population pénitentiaire, qui dépassait le chiffre de 400, il est permis d'affirmer que cet heureux résultat est dû aux mesures rigoureuses de prophylaxie qui ont été prises, dès le début, et appliquées avec le plus grand zèle par tout le personnel administratif. La méthode des vaccinations en masse, dont la valeur n'est plus à discuter, se trouve ici une fois de plus confirmée.

En résumé, le chiffre total des vaccinés de la population pénitentiaire, se décompose ainsi : hommes, 466; femmes, 89. Ensemble, 555. Succès, 129. Moyenne générale des succès, 23,42 p. 100.

Il est à remarquer que le chiffre des succès obtenus chez les femmes (51,68 p. 100) est beaucoup plus élevé que celui constaté chez les hommes (17,34 p. 100 seulement). Cette différence doit tenir à ce que la plupart des hommes avaient été revaccinés déjà, pour entrer, soit à l'école, soit au régiment, et qu'ils avaient encore conservé leur immunité contre le vaccin nouveau; tandis que la plupart des femmes n'avaient été vaccinées qu'une fois, comme le sont les enfants, mais peu de temps après leur naissance.

On remarquera également que sur 24 femmes vaccinées de bras à bras, il y a eu 17 succès (81 p. 100), tandis que sur 44 vaccinées avec le vaccin de génisse, il n'y a eu que 21 succès (48 p. 100).

Nous constatons le fait sans en tirer de conclusion, en raison du petit nombre des sujets.

Les succès, pour les 60 personnes étrangères à la population pénitentiaire, n'ont pu être reconnus régulièrement, mais les quelques cas observés ont paru donner la même moyenne générale que celle constatée ci-dessus, soit 23 ou 24 p. 100 (1).

Il n'est pas sans intérêt de rappeler ici, qu'en 1870, le Fort du Hâ fut envahi par l'épidémie de variole si meurtrière, qui désola à cette époque, pendant près d'une année, la ville de Bordeaux. Dès le début, la maladie se présenta à la prison, avec une allure envahissante et un caractère de gravité bien fait pour inspirer de sérieuses inquiétudes dans un milieu aussi favorable au développement de toutes les maladies contagieuses. En peu de jours, le nombre des détenus atteints de variole s'éleva au chiffre de 35 ou 36. M. le docteur Gellie fit évacuer 16 à 17 de ces malades sur l'hôpital Saint-André. L'autre moitié des varioleux fut traitée par lui dans une vaste salle de la grande tour du Fort du Hâ, et confiée aux soins de gardiens et de prisonniers-infirmiers, portant toutes les traces d'une variole antérieure, et n'ayant aucune communication avec l'intérieur de la prison.

La méthode des vaccinations en masse, par le vaccin de génisse, fut appliquée sans retard par le médecin en chef, avec l'aide des deux médecins-adjoints.

En quatre séances, répétées à vingt jours d'intervalle environ, plus de 900 vaccinations furent pratiquées, tant sur la population pénitentiaire, dont le chiffre était très élevé à ce moment, que sur tout le personnel administratif, y compris les trois médecins vaccinateurs, qui durent payer d'exemple, pour vaincre quelques résistances qui s'étaient produites parmi les détenus.

Les résultats de cette pratique, aidée de tous les moyens prophylactiques usités, furent tout à fait remarquables et concluants. La marche envahissante de l'épidémie fut rapidement enrayée, et il fut facile de constater « que l'influence qu'exerçaient, au début, sur la population pénitentiaire, les nouveaux prisonniers, écroués en état de bonne santé apparente, mais en réalité en présence du virus variolique, avait complètement cessé depuis les vaccinations générales, malgré l'influence contagieuse intense qui régnait dans la ville et qui se prolongea pendant plusieurs mois encore ».

L'immunité absolue dont jouirent dès lors les sujets vaccinés, jusqu'à leur sortie de la prison, ne peut laisser aucun doute sur la valeur de cette méthode, que d'autres faits, publiés aussi, ont confirmée depuis longtemps, mais qu'il serait très important de faire entrer plus largement dans la pratique, en rendant, s'il était possible, cette mesure obligatoire, chaque fois au moins que l'action des pouvoirs publics pourrait intervenir (administrations, écoles, lycées, personnel des chemins de fer, armée, marine, chantiers de l'État, population indigente des bureaux de bienfaisance et autres collectivités).

Quant au chiffre des succès pour ces 900 vaccinations de 1870, il fut sensiblement le même que celui consigné dans le présent rapport, c'est-à-dire 24 à 25 p. 100. Le nombre des décès fut de 5 (3 à l'hôpital et 2 à la prison).

(1) La constatation des succès a été faite avec un soin rigoureux, et tout bouton ne présentant pas les caractères bien nets de l'éruption vaccinale a été éliminé de la présente statistique.

Il est intéressant de constater aussi que ces 1500 opérations environ de vaccination n'ont donné lieu à aucun accident local ou général, de nature septique ou inflammatoire.

Les deux conclusions suivantes sont donc justifiées par des faits nombreux et bien observés :

1° La méthode des revaccinations en masse, en temps d'épidémie, aidée de tous les procédés antiseptiques recommandés, est le seul moyen vraiment efficace d'enrayer la marche de la variole, et de s'opposer à sa dissémination;

2° Le vaccin de génisse, dont la valeur est maintenant reconnue, peut être substitué au vaccin humain. Il est le seul, dont l'abondance puisse suffire aux exigences des centres importants de population.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 novembre 1889. — Présidence de M. Moutard-Martin.

COMMUNICATION

Aération des chambres de malades. — M. **NICAISE** a fait, à Nice, du 22 décembre 1888 au 6 avril 1889, l'expérience suivante :

Pendant la nuit, les persiennes de la chambre étaient fermées et la fenêtre entr'ouverte de 30 à 40 centimètres. Pas de feu dans la chambre. La température minima de l'extérieur a oscillé entre — 2 degrés et + 9 degrés, et la température maxima entre + 9°5 et + 15 degrés.

Ces relevés de température prouvent que, dans les conditions où a été faite l'expérience, on peut, sans aucun danger, laisser la fenêtre entr'ouverte pendant les mois de décembre, janvier, février et mars, sur le littoral de la Méditerranée.

On peut étendre cette conclusion à d'autres climats, à condition que la température de la chambre ne descende pas au-dessous de + 8 degrés ou + 10 degrés. Alors, il faudrait chauffer. D'ailleurs, ce que l'on cherche, c'est le renouvellement de l'air et non pas de faire respirer l'air froid.

En ouvrant plus ou moins la fenêtre, en ayant des persiennes à lames mobiles, que l'on peut incliner et ouvrir plus ou moins, on graduera presque à volonté la rapidité du renouvellement de l'air.

Raulin, en 1752, conseillait de tendre au milieu de la chambre une sorte de voile, que l'on agite par moment, les fenêtres étant ouvertes. En 1782, le même auteur publie des détails si précis sur les précautions prophylactiques et antiseptiques, qu'on retrouve les expressions et les idées qui font la base des discussions actuelles sur ce sujet.

Il est inutile d'insister pour montrer la très grande utilité du renouvellement de l'air dans la chambre des malades chroniques, et spécialement des phthisiques, voire même dans la chambre des personnes bien portantes.

RAPPORTS

Pathogénie de la fièvre. — M. **SCHUTZENBERGER** lit un rapport sur le travail que M. Roussy a présenté sur des recherches expérimentales sur la pathogénie de la fièvre. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 171 et 286.)

Le fait saillant du mémoire de M. Roussy, fait qui constitue une découverte réelle et originale, dont l'importance ne peut échapper à personne, est celui-ci :

Certaines diastases ou zymases (ferments solubles), notamment l'*invertine*, jouiraient, d'après l'auteur, de la remarquable propriété de provoquer des accès fébriles et une élévation marquée de la température, lorsqu'elles sont introduites dans le sang.

L'eau de macération de la levure, nous dit M. Roussy, est douée d'une action pyrétogène. Cette propriété est due à la présence d'une diastase connue : l'*invertine*.

C'est là, à notre avis, un fait nouveau, inattendu et de nature à jeter plus de lumière sur une question d une très grande importance.

Nous avons contrôlé avec soin les principales expériences de M. Roussy et nous en avons reconnu la parfaite exactitude.

Cependant, nous devons faire quelques réserves, au point de vue chimique. L'invertine pyrétogène est un corps amorphe, fixe et infusible, privé, par conséquent, de tous les caractères que l'on peut invoquer pour établir la pureté chimique d'un corps et décider si l'on a ou non un principe immédiat unique ou un mélange de deux ou plusieurs principes.

Massage oculaire. — M. JAVAL lit un rapport sur une note de M. Costomiris.

Prix Capuron. — M. BUDIN lit le rapport sur ce prix.

Prix Barbier. — M. NOCARD lit le rapport sur ce prix.

Prix Godard. — M. LANNELONGUE lit le rapport sur ce prix.

Prix Laborie. — M. TRÉLAT lit le rapport sur ce prix.

COMITÉ SECRET

L'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions de ces divers rapports.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 12 novembre 1889, MM. les médecins-majors de deuxième classe, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. Masson, pour le 11e bataillon d'artillerie de forteresse; Radouan, pour le 5e cuirassiers.

— Par décision ministérielle, en date du 12 novembre 1889, M. Fournial a été nommé élève du service de santé militaire de Lyon, en remplacement d'un élève réformé.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 novembre 1889, ont été nommés chevaliers du Mérite agricole :

MM. Raphael Blanchard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Regnard, professeur de physiologie générale à l'Institut agronomique.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 novembre 1880, un concours s'ouvrira le 15 mai 1890 devant la Faculté de médecine de Bordeaux pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

— *Concours de l'externat.* — Anatomie : septième séance (mardi 12 novembre) : « Os occipital. »

— *Faculté de médecine de Nancy.* — La séance de rentrée a eu lieu samedi, avec le cérémonial accoutumé.

M. le doyen Heydenreich, appelé pour la première fois à présider la séance de rentrée de la Faculté de médecine, a d'abord rendu un légitime hommage à l'ancien doyen M. Tourdes, l'éminent collègue qui a dirigé la Faculté pendant dix années, ainsi qu'au distingué professeur, M. Coze, qui vient aussi de prendre sa retraite. Par ces deux retraites, il se trouve que la Faculté de Nancy ne possède plus de professeurs titulaires de l'ancienne Faculté de Strasbourg. Mais nous n'avons pas besoin d'ajouter que beaucoup de ses professeurs actuels sont d'anciens agrégés ou d'anciens élèves de Strasbourg. La mort a aussi fait un vide dans leurs rangs, en enlevant prématurément le professeur d'anatomie Edmond Lallement, dont on n'a pas oublié l'activité infatigable.

Avec ces pertes, il faut enfin enregistrer un événement qui a, pour la Faculté, de fâcheuses conséquences : la création, à Lyon, de l'École du service de santé militaire, alors que, pendant si longtemps, Nancy avait fourni à la médecine militaire une part si importante, la meilleure peut-être, de son recrutement. Encore cette année, les élèves de Nancy occupent les premiers rangs, tant au Val de Grâce, qu'à l'École de Lyon.

Malgré la diminution sensible que causera le départ des étudiants militaires, dans le contingent de la Faculté, ceux qui resteront n'auront qu'à y gagner. L'enseignement sera moins brillant que devant un auditoire nombreux, mais il sera plus profitable, par le contact plus intime entre les maîtres et les élèves; il sera plus pratique, il permettra à chaque étudiant de faire, par lui-même, toutes les constatations indispensables au clinicien. Se groupant dans un effort commun, maîtres et élèves opposeront, à la supériorité brutale du nombre, la supériorité du travail, de la science, de l'esprit de progrès.

M. le professeur Feltz, appelé par la prérogative de l'ancienneté à prononcer le discours d'usage, a exposé la situation de l'enseignement de la médecine, en 1789, d'après les documents officiels du ministère de l'Instruction publique et les statistiques établies par les soins de M. Liard, l'éminent directeur de l'Enseignement supérieur. M. Feltz a ainsi énuméré le nombre des professeurs et des étudiants, les traitements, droits perçus, etc., dans chacune des nombreuses facultés ou prétendues facultés qui existaient avant 1789, et qui n'étaient, en réalité, que des fabriques de parchemins. Après avoir signalé les réformes faites par les gouvernements ultérieurs, et notamment par le gouvernement actuel, M. Feltz a terminé son discours en réclamant, comme jadis le demandaient déjà nos aïeux, en 1789, le rétablissement du concours pour les chaires magistrales, afin que, dans une démocratie comme la nôtre, toutes les situations soient le prix du travail et de la science.

Voici la liste des lauréats pour l'année scolaire 1888-1889.

Première année : prix, M. Jacques.

Deuxième et troisième années : *aucun candidat n'a pris part au concours.*

Quatrième année (chirurgie) : prix, M. Thiébaut; mention honorable, M. Frœlich. — (Médecine) : prix, M. Thomasco.

Prix Bénit, dit de l'Internat, M. Simon.

Prix de thèse, M. Legrain; mentions honorables, MM. Riboulot, Vaté, Friant et Zumbiehl.

— *École supérieure de pharmcie de Nancy.* — La séance de rentrée a eu lieu samedi, sous la présidence de M. Schlagdenhauffen directeur de l'École.

Voici la liste des lauréats pour l'année scolaire 1888-1889 :

Deuxième année. — Médaille d'argent, M. Louis Rœsch.

Troisième année. — Médaille d'or, M. Lamaze.

Prix de travaux pratiques. — Première année : prix de chimie, médaille d'argent, M. Curien; médaille de bronze, M. Martin; mention honorable, M. Lenoir.

Deuxième année : prix de chimie, médaille d'argent, M. Henry; — prix de micrographie générale, médaille d'argent, M. Gilgenkrantz; médaille de bronze, M. Bourbon.

Troisième année : prix d'analyse et de toxicologie, M. Grandsire.

— Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique ophthalmologique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le samedi 7 décembre 1889 à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er décembre 1889. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. — Pour tous autres renseignements s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— M. le professeur A. Fournier commencera son cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 15 novembre 1889, à *neuf heures et demie*, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. — Le mardi, leçon au lit des malades; le vendredi, leçon à l'amphithéâtre (dix heures).

— M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie

pathologique (Fondation Dupuytren), le vendredi 15 novembre 1889, à cinq heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure, dans le même amphithéâtre, les mercredis à une heure et demie dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (deuxième étage). — Objet du cours : Anatomie pathologique générale ; dégénérescences ; inflammations ; néoplasmes ; parasites végétaux et animaux, leurs effets. — M. le professeur Cornil fait des autopsies tous les jours dans l'amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu, et une conférence le jeudi à dix heures. — La première conférence aura lieu le jeudi 14 novembre.

— M. le docteur Fort, ancien professeur libre d'anatomie à l'École pratique, commencera un cours d'anatomie des régions, le lundi 18 novembre 1889, à quatre heures, à l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le professeur Germain Sée commencera le cours de clinique médicale, le lundi 18 novembre 1889, à sept heures et demie, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Ordre du cours : les lundis, leçons de clinique et de thérapeutique sur les maladies du cœur, de l'estomac et des reins. — Les mercredis : à neuf heures, examen des malades entrants par les élèves. — Les jeudis : recherches de laboratoire. — Les vendredis : conférences de diagnostic.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

33

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

42

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

70

Une cuillerée à café renferme 1 milligramme
ARSÉNIATE DE FER SOLUBLE
1 *à 4 cuillerées à café à chacun des deux repas*

SIROP DE CLERMONT

DOCTEUR ÈS SCIENCES
ANÉMIE, CACHEXIE, HERPÉTISME
Le flacon, 2 fr. 50
PARIS, 6, AVENUE VICTORIA

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.
Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

99

PERLES DE GAÏACOL

DU Dr CLERTAN

Il peut être avantageux, dans certains cas, de remplacer la créosote par le *Gaïacol*, qui la constitue dans la proportion de 60 à 90 p. 100. On a ainsi un agent défini et, de plus, doué d'une odeur aromatique agréable. Les résultats obtenus sont les mêmes que ceux que donne la créosote. Le *Gaïacol* convient particulièrement aux phthisies lentes qui exigent un traitement de longue durée.

Chaque perle de gaïacol du Dr Clertan contient cinq centigr. de gaïacol, en solution dans l'huile de faîne.

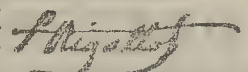
Dose : 3 à 4 par jour. *Prix* : **2 fr. 50** *le flacon.*

MAISON L. FRERE, 19, RUE JACOB, PARIS.

34

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.



28

MÉDAILLE D'OR, PARIS 1888

VIN GUÉRIN

PEPSI-PHOSPHATÉ,
Digestif, Reconstituant,
Ferments physiologiques, Amers, Analeptiques.
Convalescences, Anémie, Palpitations
Dyspepsies, Anorexie, Débilité
verre à madère avant le repas. Envoi fo d'échns.
PRIX : **4** FRANCS

Dépôt général : TRAPENARD, phien, 35, rue des Dames Paris, et toutes pharmacies.

82

BLENNORRHAGIE — CYSTITE
ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

16

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf
SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.
HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

29

VER SOLITAIRE GUÉRISON PAR LES GLOBULES de SECRETAN

(*à l'extrait vert éthéré des rhyzomes frais de fougère mâle des Vosges*).

Le seul remède facile à prendre et à digérer, inoffensif, n'occasionnant ni coliques, ni nausées, employé avec un *succès constant* dans les Hôpitaux de Paris.

NOTA. — Les **Globules de Secretan** ne produisent jamais les désordres nerveux, les **vertiges**, les **syncopes**, les **commotions convulsives**, la **parésie** et la **paraplégie** que l'on constate si souvent à la suite de l'emploi de la **Pelletierine**, même chimiquement pure.

« Les **Globules de Secretan** *n'occasionnent* « *jamais les troubles nerveux que l'on constate si* « *souvent à la suite de l'emploi du kousso, de la* « *racine de grenadier et* **surtout du Tannate de** « **Pelletierine.** » (*Gaz. méd. de Paris*, 10 avril 1880.)

« *Le* **Tannate de Pelletierine** *produit sur l'or-* « *ganisme des commotions nerveuses excessivement* « *intenses et presque identiques aux troubles patho-* « *logiques* **occasionnés** *par le* **curare**; *il ne doit* « *donc jamais être prescrit aux enfants ni aux per-* « *sonnes délicates et nerveuses.* » (*Un. méd.* 3 jt 1880.)

« Dr FÉRÉOL : *La* **Pelletierine**, *même chimique-* « *ment pure, me donne des insuccès assez nom-* « *breux depuis quelque temps; bien que j'obtienne* « *avec elle, chez les personnes qui en prennent, les* « **phénomènes vertigineux**; *les malades rendent* « *une grande partie du ver*, **mais la tête reste.** » (Soc. méd. des Hôpit. de Paris, séance 8 déc. 1882. Extrait du compte rendu de l'*Union médicale.*)

« M. le Dr DESNOS *insiste sur la parésie et la pa-* « *raplégie à la suite de l'administration de la* **Pel-** « **letierine**, *même chimiquement pure. Dans un* « *cas, la* **paraplégie a duré trois jours.** » (Soc. méd. des Hôpit. de Paris, séance du 8 déc. 1882. Extrait du compte rendu du *Progrès médical.*)

« *C'est à la grande pureté de l'extrait de fougère* « *qu'il faut attribuer les succès constants que l'on* « *a obtenus dans les Hôpitaux de Paris par l'emploi* « *des* **Globules de Secretan** *qui remplacent* « *aujourd'hui très avantageusement toutes les* « *autres préparations tænifuges.* » *Progrès médi-* « *cal*, 3 juillet 1880.)

Dépôt : PHARMACIE FRIEDLAND, 37, av. Friedland, Paris, et ds tes phies importantes. **10f.** Env. fo.

Dépôt central : Chez M. SECRETAN, 52, rue Decamps, et 66, rue de la Pompe, à Paris.

67

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF — TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

92

VIN DE G. SEGUIN

« Le Vin de Seguin est un puissant toni- « que; pris avant le repas, il facilite la diges- « tion. Il est très utile pour empêcher le re- « tour des fièvres intermittentes sujettes à réci- « dive. BOUCHARDAT. »

Paris, phie G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

50

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN (caféine iodoformée). Dépôt** Gral : Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

36

HUNYADI JANOS

La plus sûre, la plus efficace, la plus agréable des Eaux purgatives naturelles.

APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, PAR LIEBIG, BUNSEN ET FRESENIUS
AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

HUNYADI JANOS

Unique d'après les appréciations de nombreuses célébrités en médecine de France et de l'Étranger qui lui attribuent les avantages suivants :

EFFET PROMPT, SUR ET DOUX

Absence de coliques et de malaises. — Sans constipation consécutive. — L'usage prolongé ne fatigue pas l'estomac. — Action durable et régulière. — Ne produit pas l'accoutumance. — Petite dose. — Pas désagréable à prendre.

HUNYADI JANOS

Se vend chez tous les marchands d'eaux minérales et dans les Pharmacies.

Se méfier des contrefaçons.

Prière d'exiger l'étiquette et le bouchon portant le nom :

ANDREAS SAXLEHNER

19

PHTHISIE, TUBERCULOSES

BRONCHITES, CATARRHES

LES CAPSULES COGNET

à l'Eucalyptol *ABSOLU* **iodoformo-créosoté**

constituent dans l'état actuel de la science
L'ANTIBACILLAIRE PAR EXCELLENCE
Paris, 4, rue de Charonne, et toutes phies.

79

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)
PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

N° 131. — SAMEDI 16 NOVEMBRE 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 16 NOVEMBRE 1889. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le traitement électrique des fibromes utérins; sa technique opératoire.

Par M. le docteur A.-F. Plicque,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le traitement électrique des fibromes utérins donne des résultats palliatifs et parfois même curatifs, si favorables, qu'après avoir été trop longtemps négligé en France, il est accueilli aujourd'hui avec une attention de plus en plus marquée. Il nous a paru utile de résumer, d'une façon aussi complète que possible, la technique opératoire de ce mode de traitement. Cette technique est, d'ailleurs, loin d'être compliquée. La minutie des détails dans lesquels nous serons obligés d'entrer, en étudiant tour à tour l'instrumentation nécessaire, les précautions antiseptiques préliminaires de l'application, l'application elle-même et ses suites, ne doit point effrayer. Ces détails, si nombreux et si fastidieux à la lecture, sont, en réalité, assez simples en pratique. Un grand nombre d'entre eux se rapportent plutôt à des règles générales de chirurgie et de gynécologie, qu'à l'application spéciale de l'électricité. Mais il était nécessaire de les rappeler tous à nouveau, si connus que quelques-uns puissent paraître. De leur observation stricte dépend, en effet, non seulement l'efficacité, mais encore l'innocuité du traitement.

M. le docteur Apostoli, dont les travaux ont tellement contribué à la vulgarisation et au perfectionnement de l'électrothérapie des fibromes, que cette méthode a, à juste titre, reçu son nom, a bien voulu nous aider de son expérience et de ses conseils. Nous ne saurions trop le remercier, car non seulement il nous a communiqué ses nombreux travaux théoriques, mais il a mis à sa clinique une bienveillance extrême à nous montrer tous les détails de l'application pratique.

I

L'instrumentation nécessaire pour le traitement électrique des fibromes utérins comprend la pile à courant continu, le galvanomètre, les conducteurs et les électrodes.

A. La pile à courant continu n'offre rien de bien spécial. Elle peut être de n'importe quel modèle, de n'importe quel fabricant. « La meilleure est celle dont on a le moins à s'occuper, qui, tout en donnant un grand débit, dure le plus longtemps possible, sans qu'on ait besoin de la recharger (1). » Le courant qu'elle fournit doit avoir une intensité pouvant atteindre de 150 à 250 milliampères pendant une durée assez longue, pour fournir, au besoin, à plusieurs applications consécutives. Ces conditions ne sont vraiment bien réalisées que dans les piles à poste fixe, non transportables, où l'on peut employer de grands couples. Les piles portatives ne donneront guère qu'une intensité de 60 à 100 milliampères (intensités d'ailleurs suffisantes dans un assez grand nombre de cas). Comme pile fixe de cabinet, M. Apostoli emploie surtout les grands couples Leclanché au chlorhydrate d'ammoniaque ; comme pile transportable, la pile au bisulfate de mercure. Chaque pile doit être munie d'un collecteur permettant de faire entrer un à un, chacun des éléments dans le circuit. Il est nécessaire, avant chaque application, de faire décrire au collecteur un circuit complet, en prenant le courant de chaque couple un par un. L'interruption du courant au niveau de l'un d'entre eux aurait, en effet, pour résultat une secousse toujours pénible et parfois dangereuse, au moment de l'application. Il faut donc, avant celle-ci, vérifier le bon fonctionnement de chacun des couples. En cas d'interruption du courant, il faudrait tout d'abord essayer d'y remédier séance tenante, en se reportant à l'instruction qui accompagne chacune des piles.

B. Le galvanomètre offre une importance extrême. Seul, en effet, en donnant la mesure exacte du débit électrique, il permet le dosage du médicament. On ne saurait compter, pour régler ce dosage, sur le nombre d'éléments employés. La quantité d'électricité, fournie par ces éléments, varie d'un jour à l'autre ; la résistance offerte par la peau de la malade, au passage du courant, est également très variable suivant les sujets et, chez un même sujet, suivant l'état d'humidité. Le galvanomètre seul, en faisant connaître le nombre de milliampères qui passent dans le circuit, fournit

(1) Apostoli. *Sur un nouveau traitement de la métrite chronique*, Paris 1887.

une indication précise, indication que complète le temps pendant lequel passe le courant.

C. Les fils conducteurs doivent être à la fois très souples, pour permettre le maniement facile des électrodes, et suffisamment résistants, pour échapper à la rupture. Avant toute opération, il est bon de s'assurer de leur intégrité en fermant le circuit sur lui-même, successivement avec chaque fil; si le courant passe bien, cela prouve que le fil est intact, sinon il faut le remplacer (1). Les points de contact du fil avec la cheville de cuivre qui fixe les deux extrémités aux électrodes, doivent être très surveillés comme usure, car ce sont eux qui fatiguent le plus. S'ils semblent en mauvais état, le fil doit être changé, car l'on s'exposerait à une rupture, c'est-à-dire à une secousse en pleine séance. Les chevilles elles-mêmes doivent se fixer assez solidement dans les trous de la pile ou des électrodes, pour que l'on n'ait point à craindre qu'elles se détachent au milieu de l'application.

D. Les électrodes constituent la portion vraiment spéciale de l'outillage électrique et doivent être étudiés avec quelques détails. Ils comprennent : 1° l'électrode en terre glaise, destiné à s'appliquer sur la paroi abdominale ; 2° les électrodes métalliques destinés à être introduits soit comme l'hystéromètre ordinaire dans la cavité utérine, soit par ponction, à travers le cul-de-sac péritonéal postérieur, dans le tissu du fibrome.

1° L'emploi de l'électrode en terre glaise présente dans la méthode une grande importance. C'est cet emploi qui, en supprimant, au niveau de la peau, les escharres et la cuisson qui s'observaient avec les plaques métalliques, a permis à M. Apostoli d'employer le courant continu à des intensités beaucoup plus fortes que celles dont on avait, jusqu'à lui, fait usage. Les plaques métalliques, en effet, même recouvertes de linges mouillés, ne se moulaient jamais complètement sur l'abdomen, de façon à faire corps avec lui ; leur dessiccation était toujours assez rapide. Aussi ne tardait-il pas à se produire à leur niveau une résistance, un obstacle au courant. Sans entrer dans une discussion physique, qui entraînerait trop loin, il suffit de dire que cette augmentation dans la résistance produit de la chaleur. C'est sur le passage d'un courant très intense, à travers un fil fin et résistant, qu'est d'ailleurs basé le principe du galvanocautère. De là, sur la peau du ventre, d'abord une vésication qui détermine une très vive douleur, puis, si l'on continue, des escharres.

L'électrode cutané en terre glaise, grâce à ses propriétés adhésives et plastiques, grâce à sa faculté de rester longtemps humide et surtout de continuer à garder, en grande partie, ses propriétés conductrices, alors même que la terre se dessèche, évite ces inconvénients. Par son emploi, M. Apostoli (2) est arrivé à quadrupler les doses maxima classiques sans douleur, sans escharres. Comme cet électrode ne peut être mieux fabriqué que par le médecin lui-même, voici les détails de sa fabrication.

La terre glaise employée doit être aussi gluante, aussi grasse, aussi dépourvue de sable que possible. Pour lui donner la forme convenable, on la tasse dans un cadre rectangulaire en bois de 30 centimètres de long, 20 centimètres de large, 1 centimètre et demi de hauteur. Un morceau de tarlatane à larges mailles, de dimensions telles qu'il puisse ensuite recouvrir sur quelques centimètres, en se repliant, les bords du gâteau de glaise, est tout d'abord jeté sur le cadre. La terre, bien mouillée, est tassée avec un instrument quelconque. Une règle de bois suffit à enlever tout ce qui dépasse les parois du cadre. En soulevant la tarlatane, la brique se détache parfaitement régulière.

La tarlatane a l'avantage de maintenir la forme de la brique et d'empêcher la glaise de fuser sur le ventre. Mais pour ne point faire obstacle au bon passage du courant, il faut qu'elle soit, elle aussi, bien mouillée, il faut qu'elle s'incruste dans la glaise et laisse celle-ci transsuder légèrement à travers ses mailles. Enveloppé d'une toile imperméable, un gâteau ainsi fabriqué peut rester plusieurs jours suffisamment humide avant son emploi.

Au moment de l'employer pour le mettre en contact avec le rhéophore, on enfonce à sa surface une plaque métallique de 5 à 10 centimètres de côté, unie au fil. Cette plaque doit être assez enfoncée pour bien adhérer à la terre ; elle ne doit jamais l'être assez pour la traverser et aller directement en contact avec la peau, sur laquelle elle produirait inévitablement une escharre.

2° L'électrode le plus souvent employé pour les applications intra-utérines, a la forme d'un hystéromètre ordinaire (1). Mais, comme, lorsqu'il se trouve réuni au pôle positif, il est soumis à l'action des acides qui se dégagent à ce niveau, sa tige doit être faite d'un métal inattaquable, or ou platine. Cette tige est, de plus, mobile dans son manche, afin que sa longueur puisse varier avec la profondeur de l'utérus. Cette mobilité permettra aussi, comme nous le verrons plus loin, de fixer, d'une façon parfaitement régulière, le manchon de celluloïde qui doit entourer et isoler, pendant l'application, la portion de tige en contact avec le vagin.

M. le docteur Apostoli se sert parfois aussi, à la place de cet hystéromètre, d'un électrode formé d'un cylindre de charbon de cornue de 2 centimètres et demi de long, porté sur une tige métallique. Le cylindre de charbon est un excellent conducteur, et il est presque complètement inattaquable aux acides du pôle positif. Afin d'assurer une cautérisation plus complète, quelle que soit la largeur de l'utérus, M. Apostoli a fait construire une série de sept cathéters, où le volume du cylindre de charbon va en augmentant graduellement de 5 à 12 millimètres de diamètre. L'extrémité du cylindre est arrondie pour pénétrer plus facilement dans l'utérus. La tige métallique qui le porte est entourée de caoutchouc, de sorte qu'on n'a point à s'occuper de la revêtir d'un manchon protecteur. Nous verrons plus loin les circonstances cliniques (fibromes à hémorrhagies abondantes, utérus très dilatés, atrésie du col commençante), où l'électrode de charbon est employé à la place de l'hystéromètre en platine.

Pour la galvanopuncture, M. Apostoli employait tout d'abord une tige pointue, d'or ou de platine. Afin de rendre la dépense moins grande, la pointe formait l'extrémité de l'hystéromètre en platine que nous avons étudié il y a un

(1) Apostoli. Loc. cit., p. 23.

(2) Apostoli. Sur l'emploi nouveau de la terre glaise en thérapeutique électrique, *Bulletin général de thérapeutique*, 30 décembre 1883.

(1) Carlet. *Traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus*, Thèse de Paris 1884, p. 28.

instant. Elle était, pendant les applications ordinaires, cachée dans le manche creux. Au moment de la ponction, il suffisait de retourner la tige pour que l'hystéromètre fût transformé en trocart. Aujourd'hui, les galvanopunctures se font au moyen de trocarts d'acier réservés exclusivement à cet usage. Ces trocarts sont, comme l'hystéromètre, montés sur un manche creux. Ils sont munis d'un petit renflement formant arrêt à 1 centimètre de la pointe. Cette substitution de l'acier au platine était ici possible, car l'instrument qui sert à la galvanopuncture, devant toujours être en communication avec le pôle négatif, est à peine attaqué. Les alcalis seuls se dégagent à ce niveau. L'acier peut donc remplacer l'or et le platine, seuls inattaquables aux acides du pôle positif.

3° L'électrode de charbon de cornue, dont la tige métallique est isolée par une enveloppe de caoutchouc, peut être, nous l'avons dit, employé seul. Mais les hystéromètres et les trocarts métalliques doivent être munis d'un manchon, non conducteur, qui protège la muqueuse vaginale contre leur contact. En outre d'une cautérisation absolument inutile, ce contact provoquerait, en effet, une vive douleur. Ces manchons ont été faits successivement en caoutchouc, en verre, en celluloïde. Le celluloïde n'a point la fragilité du verre ; il ne se laisse pas, comme le caoutchouc, pénétrer par les liquides infectieux et garde le poli de sa surface, même après un séjour dans les solutions antiseptiques fortes. Il doit donc être préféré. La longueur du manchon sera telle, qu'il s'étende complètement du col utérin ou du point de ponction à la vulve, qu'il débordera légèrement. La longueur moyenne est d'environ 10 centimètres. Son calibre devra être assez large pour lui permettre de glisser facilement sur la tige de l'hystéromètre ou du trocart. Le manche creux, qui sert à fixer l'hystéromètre, ne sera serré qu'une fois que l'on sera bien certain de la bonne position du manchon protecteur. C'est de cette bonne position, en effet, que dépend, pour une large partie, l'absence de douleurs au cours de l'électrisation.

II

Tels sont les instruments nécessaires au traitement électrique des fibromes. Mais avant d'étudier l'application électrique elle-même, il faut encore insister sur une des conditions les plus essentielles du traitement : la nécessité d'une antisepsie complète et absolue. Sans doute, cette nécessité n'est point spéciale à l'électrothérapie et domine également toutes les autres opérations gynécologiques. Mais la moindre faute antiseptique, qu'il s'agisse d'une cautérisation utérine ou surtout d'une galvanopuncture, pourrait avoir des conséquences tellement graves, qu'une courte énumération des précautions antiseptiques à prendre, doit ici trouver sa place. Ces précautions, pour être complètes, doivent porter sur les instruments, sur l'opérateur et sur la malade.

A. Les instruments employés en électrothérapie gynécologique sont, par leur simplicité, très faciles à rendre et à maintenir complètement aseptiques. Les hystéromètres-trocarts d'or et de platine, les trocarts d'acier seront, un peu avant leur emploi, soumis d'abord à quelques minutes d'immersion dans l'eau bouillante, puis à un flamblage rapide à la lampe à alcool. Le manchon de celluloïde lui-même, qui ne supporterait pas la flamme, peut être plongé quelques instants dans l'eau bouillante. Ces instruments sont ensuite plongés avec leurs manches, quelques instants, dans la solution phéniquée forte. Quant aux électrodes de charbon, la meilleure façon de les rendre aseptiques, est de les plonger quelques minutes dans l'éther iodoformé. L'éther a le très grand avantage de dissoudre les matières grasses qui peuvent recouvrir l'électrode et de le mouiller complètement. A ces diverses précautions antiseptiques, s'ajoutera bien entendu, après chaque application, un nettoyage aussi complet que possible, par les moyens ordinaires.

B. Il ne suffit pas d'avoir des instruments propres, il faut encore qu'ils ne puissent être, une fois aseptiques, infectés de nouveau, soit par les doigts de l'opérateur, soit pendant leur passage à travers le vagin de la malade. Pour l'opérateur, il suffit de dire que ses mains doivent être aussi complètement aseptisées que pour une grande opération chirurgicale. La vaseline, dont il se servira pour le toucher, mérite une mention spéciale et doit être parfaitement propre. Pour la malade, il faut assurer une désinfection vaginale aussi parfaite que possible. On lui prescrira tout d'abord de faire à domicile de larges injections avec le sublimé à 1/2000e, la solution phéniquée à 1/100e, la décoction de camomille. Mais ces prescriptions ne dispenseront point de faire, au moment de l'opération, un nouveau lavage antiseptique du vagin, en s'attachant surtout à nettoyer les culs-de-sac péri-utérins. Ce lavage doit être surtout rigoureux avant la galvanopuncture.

III

Une fois les instruments bien préparés fonctionnant tous bien, une fois toutes les précautions antiseptiques prises, étudions la première séance du traitement. Cette première séance offre, en effet, quelques détails spéciaux.

A. Au premier rang de ces détails se place la nécessité de rassurer le mieux possible la malade, toujours fort inquiète. Il est nécessaire de lui répéter qu'il ne s'agit point d'une opération. Il est nécessaire de l'avertir des diverses sensations qu'elle va éprouver, même des plus minimes ; sensation de froid sur le ventre, au moment de l'application de la terre glaise, légère douleur au moment de l'introduction de l'électrode, cuisson pendant le passage du courant. Un mouvement brusque pourrait, en effet, ne pas être sans danger.

B. La première séance consiste toujours dans une galvanocaustique intra-utérine positive à faible intensité. Il est nécessaire d'employer toujours, au début, le pôle positif, l'usage du pôle négatif pouvant entraîner, chez des malades dont on n'a point encore bien tâté la susceptibilité, soit des hémorrhagies, soit des poussées inflammatoires. Il est également nécessaire de ne jamais dépasser, pour la première séance, 40 à 50 milliampères. On restera même exceptionnellement au-dessous de ce chiffre en cas de susceptibilité trop vive. Certaines femmes, en effet, en particulier les hystériques et celles qui sont atteintes de périmétrite légère, présentent une sensibilité extrême après l'application du courant électrique. Il faut, chez elles, arriver graduellement à la tolérance et il pourrait être dangereux de débuter par des doses massives.

C. Au moment de faire passer le courant, la femme est placée dans la position ordinaire du spéculum, le siège bien avancé et débordant le lit. Le gâteau de terre glaise uni au rhéophore négatif est placé le premier pour qu'il ait le temps de bien humecter l'épiderme. S'il existe, par hasard, sur la peau du ventre la moindre érosion, on la recouvre d'un peu de collodion. Le courant, en effet, trouverait au niveau de cette érosion une résistance moins grande et son passage plus considérable à ce niveau déterminerait de la douleur et, parfois même, une escharre. L'hystéromètre en platine est toujours l'électrode actif employé dans cette première séance, il est introduit, plus encore que dans toute autre hystérométrie, avec une lenteur, une douceur, une prudence excessives. C'est, qu'en effet, la cavité utérine est souvent déviée et rendue irrégulière par le fibrome; c'est ainsi que la muqueuse saigne avec la plus grande facilité.

Cette introduction se fera en maniant l'instrument d'une main, en lui donnant comme guide l'index de l'autre main placé sur le col. Le spéculum (1) serait plus gênant qu'utile. On s'attachera à ce que la tige en platine pénètre sans violence, en suivant la direction même de l'utérus. Le plus souvent, il faudra pour cela reporter la poignée de l'instrument très en arrière. Le cathétérisme devra être autant que possible complet, et la profondeur à atteindre sera parfois très grande, par suite de la dilatation de la cavité utérine. (Cette profondeur atteignait 22 centimètres chez une malade de M. Apostoli.) Mais mieux vaut mille fois n'introduire l'hystéromètre qu'à la moitié de l'utérus, mieux vaut même ne pas dépasser la cavité cervicale que de déployer la moindre violence. Il sera toujours temps aux séances ultérieures de faire une introduction plus complète. L'hystéromètre une fois introduit est maintenu doucement et exactement, on met son extrémité terminale en contact avec le rhéophore positif. Avant de faire passer le courant, on attend quelques instants que la petite douleur, due à l'introduction de l'électrode dans l'utérus, soit tout à fait calmée. Puis, on commence le courant en tournant lentement la manette du collecteur, tandis qu'on suit de l'œil le galvanomètre. Ce n'est que très progressivement qu'on arrive au maximum de 50 milliampères. Encore, si la femme souffre, vaut-il mieux s'arrêter bien avant.

La durée de cette première séance doit être également courte. Une fois le courant ayant atteint son maximum, le passage sera prolongé au plus pendant cinq minutes. L'interruption du courant se fera encore très lentement et sans secousse en ramenant progressivement la manette du collecteur à son point de départ. L'électrode en charbon est retiré avec une grande douceur. Le gâteau de terre glaise est également enlevé. Il est bon de pratiquer une injection vaginale, souvent utile aussi de laver légèrement le ventre pour enlever les dernières traces de terre glaise.

D. L'opération, si elle a été faite avec les ménagements nécessaires, n'a dû déterminer qu'une légère douleur au moment du passage du courant. La malade est d'ordinaire surprise du peu de souffrance qu'elle a éprouvé. On insistera, cependant, pour qu'elle se repose une heure ou deux avant de rentrer à son domicile et se couche en y arrivant. Pendant les heures qui suivent l'application, on observe souvent, en effet, quelques coliques utérines et une légère perte de sang qui nécessitent le repos. Un écoulement séro-purulent, dû à la chute des escharres, se produit les jours suivants et acquiert parfois une certaine intensité. Il n'exige que quelques injections antiseptiques. Les relations sexuelles devront être complètement interdites.

(1) Carlet. Loc. cit., p. 25 et suivantes.

IV

Les séances ultérieures ne diffèrent guère de la première séance, qu'en ce que la femme est plus aguerrie, moins craintive, que le médecin est plus sûr de sa tolérance à l'égard du médicament. Il peut, dès lors, augmenter l'intensité du courant, il peut l'employer de façon différente, substitution de l'électrode galvanocaustique en charbon à l'hystéromètre de platine et galvanopuncture négative. Mais, avant d'étudier ce mode d'application nouveau, il faut compléter l'histoire de la galvanocaustique positive en étudiant successivement l'intervalle à mettre entre les séances, les contre-indications résultant de l'époque menstruelle, le nombre des applications ordinaires nécessaire à la guérison; enfin, l'intensité galvanique qu'il est possible d'atteindre.

A. Au bout de combien de temps faut-il renouveler l'électrisation après la première séance, et quel intervalle convient-il ensuite d'adopter? Si la femme peut se reposer pendant le cours du traitement, on arrive facilement à faire jusqu'à deux séances par semaine. Si, au contraire, elle est forcée de se livrer à un travail fatigant, une seule séance, par semaine, sera déjà beaucoup. Pour éviter de condamner les malades à un repos trop absolu, c'est, sauf les cas d'urgence, cet intervalle d'une semaine qui sera d'ordinaire adopté.

Faut-il s'abstenir au moment des règles? En thèse générale cela vaut mieux. Mais si le fibrome est très douloureux, s'il donne des hémorrhagies intenses et prolongées, s'il y a, en un mot, urgence, on n'hésitera point à pratiquer l'électrisation en pleine hémorrhagie. Cette électrisation sera toujours faite avec le pôle positif qui constitue alors un véritable moyen hémostatique.

Pendant combien de temps les séances seront-elles nécessaires? Quelques malades se trouvent très soulagées dès la deuxième ou troisième séance, et parfaitement bien entre la cinquième et la dixième. Les métrorrhagies s'arrêtent, les douleurs cessent, le fibrome commence à subir une régression qui, se continuant après la cessation du traitement, peut parfois atteindre le tiers ou le quart et les phénomènes de compression disparaissent. Chez d'autres malades, l'amélioration n'est obtenue qu'après vingt, trente séances et parfois plus.

A mesure, d'ailleurs, que les séances deviennent plus nombreuses et que l'on est plus certain de la tolérance de la malade, on agit avec plus d'énergie que dans la première application. On s'attache, si l'on n'y est point parvenu d'emblée, à introduire l'électrode jusqu'au fond de l'utérus, pour assurer une cautérisation plus complète. L'intensité qui a dû être portée assez rapidement à 80 et 100 milliampères doit, si l'amélioration tarde, être encore augmentée. M. Apostoli, dans quelques cas, emploie 200 et 250 milliampères. La durée seule doit toujours rester à peu près ce qu'elle était au début, cinq minutes d'application maximum.

B. Dans un assez grand nombre de cas, on se trouvera bien, après avoir employé, au début, le pôle positif comme

intra-utérin, de lui substituer, une fois la tolérance bien établie, le pôle négatif. C'est surtout pour les fibromes qui s'accompagnent, non de métrorrhagies, mais d'aménorrhée ou de dysménorrhée, que la galvanocaustique négative, qui produit une congestion légère, peut être utile. Mais, on comprend que cette action congestive impose une grande réserve. En débutant d'emblée par le pôle négatif, on s'exposerait à dépasser les limites voulues, à réveiller une vieille inflammation péri-utérine, à produire une métrorrhagie. Les intensités et les durées des séances devront donc être toujours moins fortes avec le pôle négatif, au moins dans les premières applications. On ne les augmentera qu'avec grande réserve.

Il est une autre indication de la galvanocaustique négative. La galvanocaustique positive produit des escharres dures, rétractiles, et il arrive parfois, qu'après quelques séances, on constate un rétrécissement du canal cervical. L'emploi de la cautérisation négative qui donne, au contraire, des escharres molles et diffluentes, est tout indiqué pour combattre l'atrésie, dès son début. Quelquefois aussi, l'atrésie constitue une complication plus tardive. Il est donc toujours bon de surveiller, à cet égard, quelque temps après la cessation du traitement, les malades soumises à la galvanocaustique positive, pour intervenir par la galvanocaustique négative en cas de besoin.

C. Il y a, dans quelques cas, intérêt à employer, pour la galvanocaustique soit positive, soit négative, non plus l'hystéromètre en platine, mais l'électrode de charbon. Cette substitution est souvent utile dans les formes à grandes hémorrhagies, elle est utile aussi dans les utérus très vastes. Comme l'électrode en charbon n'a que 2 centimètres et demi de haut, on le porte successivement au fond de l'utérus, à la partie moyenne, à l'entrée. Ces changements de position peuvent souvent se faire successivement en une seule séance. On emploie, au début, les électrodes de petit volume, mais on augmente ensuite aussi rapidement que possible. Pour les hémorrhagies, l'électrode sera toujours uni au rhéophore positif.

Dans les galvanocaustiques négatives dirigées contre l'atrésie du col, l'électrode en charbon, par la faculté qu'il donne d'employer des numéros de plus en plus grands, sera aussi très avantageusement employé à la place de l'hystéromètre en platine.

D. La galvanopuncture (1) constitue une dernière ressource dans les fibromes particulièrement rebelles. Ce procédé consiste à faire passer le courant (qui est toujours alors le courant négatif) par un trocart enfoncé dans le tissu même du fibrome.

Cette ponction, pour être inoffensive, doit être faite avec une antisepsie parfaite. Le lieu d'élection est le cul-de-sac postérieur, au point le plus saillant du fibrome. La ponction sera faite sur le doigt comme guide et, en un point où le toucher n'aura constaté aucun battement artériel. Le trocart sera enfoncé par un coup sec de 1 ou 2 centimètres au plus. Le trocart en acier ordinaire porte d'ailleurs un renflement d'arrêt. Le manchon de celluloïde, dont on a entouré le trocart, doit être assez long pour occuper tout l'espace entre le point de ponction et la vulve, et assurer une protection complète.

(1) Apostoli. *Bulletin général de thérapeutique*, 1887, t. CXIII, p. 118.

Le trocart, une fois enfoncé et bien maintenu par le manche, est mis en communication avec le pôle négatif de la pile, le pôle positif étant, comme d'ordinaire, appliqué sur le ventre par l'intermédiaire d'un gâteau de terre glaise. Le pôle négatif paraît, en effet, déterminer une régression plus forte que le pôle positif. L'intensité du courant, la durée des séances seront encore moindres que dans la galvanocaustique négative. On commencera également par un maximum de 30 à 40 milliampères. On n'augmentera que très graduellement jusqu'à 50 et 60.

La galvanopuncture n'est ordinairement pratiquée qu'après de longs essais de galvanocaustique intra-utérine. Parfois pourtant, quand une atrésie du col, une flexion très prononcée de l'utérus rendent impossible le cathétérisme utérin, elle devient, de bonne heure, un procédé de nécessité. Chez quelques malades, particulièrement impressionnables, elle exigera l'emploi du chloroforme.

Au point de vue de la régression du fibrome, elle constitue assurément le procédé le plus puissant. La régression peut atteindre le tiers et parfois même la moitié du volume. Elle se continue souvent une fois le traitement complètement suspendu. Plus encore que la galvanocaustique, ce procédé est susceptible d'amener la pédiculisation du fibrome et sa transformation en polype, facilement opérable. Quand elle n'est point nécessitée par l'impossibilité du cathétérisme utérin, il est souvent bon de la faire alterner avec les séances de galvanocaustique, toujours mieux tolérées.

En résumé, la galvanopuncture constitue un procédé plus rapidement efficace, mais plus douloureux, et, s'il n'est pas très bien employé, plus dangereux que la galvanocaustique. Celle-ci suffira, le plus souvent, mais en nécessitant un nombre de séances beaucoup plus considérable. La statistique de M. Apostoli est, à cet égard, intéressante. En cinq ans, il a pratiqué à sa clinique, sur 276 malades, 1524 galvanocaustiques positives, 745 négatives, 368 galvanopunctures. Dans sa clientèle privée, il a pratiqué, sur 127 malades, 1245 galvanocaustiques positives, 1027 négatives et seulement 72 galvanopunctures. Mais, si celles-ci doivent être employées moins souvent que les galvanocaustiques, il faut toujours les tenter comme dernière ressource dans les cas rebelles. « Le clinicien (1) ne devra jamais croire à l'insuccès des galvanocaustiques intra-utérines, avant d'avoir, quand même, réclamé le secours des galvanopunctures, qu'il faudra toujours essayer avec ou sans anesthésie. »

E. La galvanocaustique positive et négative et, parfois, la galvanopuncture constituent, employées avec les instruments que nous avons décrits et la technique que nous avons exposée, le procédé de traitement électrique le plus usuel des fibromes utérins. Les modifications de détails, proposées à ce procédé, sont assez nombreuses. Elles ont porté sur la composition des électrodes (électrodes en plâtre, en gélosine, en cuivre doré platiné, en argent, etc.) et sur le mode d'application du courant (applications extra-utérines sur le col, intermittences, renversement, courants continus plus faibles avec séances plus longtemps prolongées). Mais nous n'avons pu décrire ici, en détail, que le procédé le plus ordinairement adopté et qui semble le plus ordinairement efficace.

(1) Apostoli. *Bulletin général de thérapeutique*, 1887, t. CXIII, p. 120.

V

Bien que cette étude soit surtout une étude de technique opératoire, un mot en terminant des résultats thérapeutiques définitifs et des dangers de l'opération.

A. L'amélioration, à la suite des applications électriques, suffisamment intenses et suffisamment nombreuses, fait rarement défaut. L'emploi de la galvanopuncture diminuera encore le nombre des cas complètement rebelles. Ces résultats favorables ont été aujourd'hui constatés par un si grand nombre d'opérateurs, qu'il est impossible de les mettre en doute.

Mais l'amélioration est plus ou moins complète. Les métrorrhagies constituent le symptôme le plus facilement arrêté ; les inflammations péri-utérines sont, elles aussi, quand on emploie le traitement avec les ménagements nécessaires, presque toujours assez rapidement améliorées. Mais la régression du fibrome est parfois plus difficile à obtenir : dans les cas heureux, elle atteint, avec la galvanocaustique, le tiers ou le quart ; avec la galvanopuncture, on a pu parfois atteindre des résultats encore plus marqués. Cette régression est nécessaire pour obtenir le désenclavement du fibrome et la disparition des accidents de compression de la vessie, du rectum, des nerfs du plexus sacré. En pratique, heureusement, il suffit parfois d'une diminution de volume, peu considérable, pour obtenir un grand soulagement. Enfin l'électrothérapie peut aussi devenir, en amenant la transformation du fibrome en polype, et en permettant facilement son ablation, un agent indirect de guérison radicale.

Pendant combien de temps les résultats d'amélioration se maintiennent-ils ? Presque toujours ils sont, une fois obtenus, remarquablement durables. La régression, en particulier, s'accentue souvent après même que le traitement est suspendu. Les métrorrhagies reparaissent parfois, surtout chez les femmes jeunes, après une ou plusieurs années. Il suffit ordinairement, pour en triompher de nouveau, de quelques séances très peu nombreuses.

B. Quand la méthode est parfaitement appliquée, avec les ménagements, avec l'antisepsie nécessaires, ses dangers peuvent être regardés comme nuls. En pratique, on en observe pourtant quelques-uns, légers d'ailleurs ordinairement, et pouvant tenir soit à des erreurs de diagnostic, soit à des fautes dans l'opération.

Au premier rang des points du diagnostic, auxquels il faut toujours songer, doit se placer la grossesse. Une femme atteinte de fibromes peut, en effet, devenir enceinte. Un avortement serait la conséquence fatale de l'introduction intra-utérine de l'électrode, comme d'ailleurs de tout cathétérisme. On se renseignera donc toujours sur l'état des règles et l'on s'abstiendra pour peu qu'il soit permis de conserver les plus légers doutes.

Les kystes de l'ovaire peuvent, eux aussi, être pris, dans quelques cas, pour des fibromes. L'électrisation sera alors douloureuse et mal tolérée. Si l'on a agi avec les ménagements nécessaires, cette intolérance ne sera d'ailleurs jamais suivie de rien de grave. Elle mettra assez souvent sur la voie de l'erreur faite dans le diagnostic. La confusion d'un fibrome avec une salpingite simple n'aurait rien de particulièrement fâcheux, ces salpingites se trouvant assez souvent améliorées par l'électrisation. Il n'en serait pas de même de la confusion avec une salpingite purulente, où l'on aurait à redouter l'apparition de phénomènes de péritonite.

Au point de vue de l'opération, la galvanopuncture, pour être inoffensive, exige, nous l'avons vu, une grande antisepsie. Le courant doit rester très modéré. Il en est de même dans la galvanocaustique négative où la congestion produite doit être très surveillée. Faute de ces précautions, on pourrait, dans quelques cas, voir survenir soit des hémorrhagies, soit la production et surtout le réveil de phlegmons péri-utérins. Quant aux autres accidents exceptionnels, comme les fistules vésico-vaginales par cautérisation du vagin, ils ne sauraient être produits que par des fautes opératoires extrêmement grossières, comme l'oubli du mamelon protecteur de celluloïde. Il en est de même de l'oblitération du col, qu'il sera, avec un peu d'attention, bien facile d'éviter.

EXPÉRIENCES DE CHIRURGIE INTESTINALE

SE RAPPORTANT SPÉCIALEMENT AU TRAITEMENT DE L'OBSTRUCTION INTESTINALE

Par M. le docteur Geo. L. Marion (de Chicago).

Conclusions. — 1° La sténose traumatique, dérivant d'une entérectomie partielle et d'une suture longitudinale d'une plaie de l'intestin, devient une source de dangers par obstruction ou perforation, dans tous les cas où le diamètre intestinal se trouve réduit à plus de la moitié de son diamètre normal.

2° La suture *longitudinale* des plaies, du côté mésentérique de l'intestin, ne doit jamais être pratiquée. Un tel procédé est invariablement suivi de gangrène ou de perforation dérivant de l'interception des vaisseaux qui alimentent la portion de l'intestin correspondante.

3° La cause immédiate de la gangrène, dans la constriction d'un anneau intestinal, provient de l'obstruction apportée à la circulation veineuse, et se localise d'abord, dans la majorité des cas, sur le point le plus éloigné de l'obstruction.

4° Sur la surface convexe de l'intestin, on peut clore, par suture transversale et sans crainte d'obstruction par flexion, une ouverture d'un pouce de largeur. Dans pareil cas, la sténose est ultérieurement corrigée par une dilatation compensatrice du côté mésentérique de l'intestin.

5° La fermeture d'une plaie de pareille dimension, sur le côté mésentérique de l'intestin, par la suture *transversale*, peut donner lieu à une obstruction intestinale par flexion ou à la gangrène et à la perforation, en détruisant les ressources artérielles ou la circulation veineuse de la partie de l'intestin correspondante.

6° La flexion causée, soit par inflammation, soit par des causes extérieures, ne donne lieu à l'obstruction que dans le cas où la capacité fonctionnelle de l'intestin a été altérée ou suspendue par les causes qui ont produit la flexion ou par des conditions pathologiques consécutives, et qui se sont formées indépendamment de la flexion.

7° Ainsi, un volvulus donne lieu à des symptômes d'obstruction quand les causes qui ont amené la rotation sur son axe d'une anse intestinale ont, en même temps, produit un arrêt du mouvement péristaltique dans la partie de l'intestin qui forme le volvulus ou lorsqu'une diminution ou un arrêt de ce mouvement arrive par suite du degré ou de l'étendue de la rotation.

8° L'accumulation des matières intestinales, au-dessus du siège de l'invagination, est un des facteurs les plus importants de la crainte de la réduction spontanée, et c'est elle qui détermine la gangrène de l'intussusceptum et la perforation de l'intestin.

9° La désinvagination spontanée n'est pas plus fréquente dans l'invagination ascendante que dans la descendante.

10° La cause immédiate ou directe de la gangrène de l'intus-

susceptum est causée par l'obstruction au reflux veineux, venant de la constriction du col de l'intussuscipiens.

11° L'invagination iléo-cæcale récente peut fréquemment être réduite par la distension du colon et du rectum, par des injections d'eau. Mais cette manière de réduire doit être pratiquée avec beaucoup de soin et de douceur, car la distension forcée du colon et du rectum peut produire de nombreuses déchirures du revêtement péritonéal, accident qui peut donner suite aux plus graves conséquences.

12° La valvule iléo-cæcale peut être vaincue par la distension forcée du cæcum; il serait dangereux d'essayer de traiter l'obstruction intestinale, au delà de la région iléo-cæcale, par des injections *per rectum*.

13° La résection de plus de 1m30 de l'intestin grêle chez les chiens est incompatible avec la digestion normale, et la mort s'ensuit souvent dans le marasme.

14° La résection de plus de 2 mètres d'intestin grêle chez les chiens est, sans exception, fatale. La mort est causée, dans ces cas, par les effets directs du traumatisme.

15° Dans les cas de résection intestinale, le reste de l'intestin subit une hypertrophie compensatrice qui se montre au microscope sous la forme d'un épaississement des tuniques intestinales et d'un accroissement de vascularité.

16° L'*exclusion physiologique* d'une large portion de l'intestin n'empêche ni la digestion, ni l'absorption, ni la nutrition au même degré que la résection d'une égale portion.

17° L'accumulation fécale ne se fait pas dans la partie exclue du canal intestinal.

18° La partie exclue de l'intestin subit une atrophie progressive.

19° La modification de la suture de Jobert, obtenue en garnissant le bout de l'intussusceptum sur sa face muqueuse d'un anneau élastique de caoutchouc, et la substitution de ligatures de catgut à celles de soie, est préférable à l'entérorrhaphie circulaire et aux sutures de Lembert-Czerny.

20° La ligne de suture doit être recouverte par une greffe prise à l'épiploon dans tous les cas de résection circulaire; ce procédé fournit une protection plus grande contre la perforation.

21° Dans l'entérorrhaphie circulaire, on doit obtenir la continuité des surfaces péritonéales de chaque bout de l'intestin, là où le mésentère est détaché, en réunissant le péritoine au moyen d'une fine suture de catgut avant de suturer l'intestin; cette modification fournit un surplus de protection contre la perforation du côté mésentérique.

22° Dans les cas de division complète de l'intestin, si l'on pense qu'il ne serait pas judicieux d'avoir recours à l'entérorrhaphie circulaire, l'un ou les deux bouts de l'intestin seraient clos par une invagination de 1 centimètre et demi d'étendue et par trois points de suture continue, perçant seulement les tuniques péritonéale et vasculaire.

23° La formation d'une communication fistuleuse entre l'intestin, en amont et en aval du siège de l'obstruction, doit prendre la place de l'entérorrhaphie circulaire et de la résection dans tous les cas où il est impossible de restaurer la continuité du canal intestinal après une excision, ou lorqu'il est impossible de faire disparaître la cause de l'obstruction, ou lorsque les conditions pathologiques qui donnent lieu à l'obstruction ne constituent pas une source intrinsèque de danger.

24° On ne devrait pratiquer la formation d'un anus artificiel, dans le traitement de l'obstruction intestinale, que dans les cas où la continuité du canal intestinal ne peut être restaurée en pratiquant l'anastomose intestinale.

25° La gastro-entérostomie, la jéjuno-iléostomie et l'iléo-iléostomie devraient toujours être faites pas apposition latérale au moyen de plaques d'os complètement ou partiellement décalcifiées et perforées.

26° En pratiquant l'anastomose intestinale pour obstruction dans le cæcum ou le colon, on peut établir une communication en amont et en aval du siège de l'obstruction en déterminant l'apposition latérale au moyen des plaques (1) perforées ou par l'implantation latérale de l'iléum dans le colon ou le rectum.

27° On devrait pratiquer l'iléo-colostomie ou l'iléo-rectostomie, par les plaques d'os décalcifiées et perforées ou par implantation latérale, dans tous les cas d'invagination irréductible iléo-cæcale, lorsque les signes locaux n'indiquent pas l'existence de la gangrène ou d'une perforation imminente.

28° Dans tous les cas de gangrène ou de perforation imminentes, on devrait réséquer la portion invaginée, les deux bouts de l'intestin devraient être clos d'une manière permanente et la continuité du canal intestinal devrait être restaurée au moyen de l'iléo-colostomie ou iléo-rectostomie.

29° On devrait avoir recours à la restauration de la continuité de l'intestin, au moyen des plaques perforées ou par implantation latérale, dans tous les cas où l'entérorrhaphie circulaire est impossible, par suite de la différence dans le diamètre du calibre des deux bouts de l'intestin.

30° Dans les cas de plaies multiples d'armes à feu des intestins, comprenant la face latérale ou convexe du canal, on doit préférer la formation de l'anastomose intestinale par les plaques d'os décalcifiées à la suture. Ce procédé est, sinon plus sûr, au moins plus rapide.

31° La guérison définitive d'une plaie intestinale ne commence qu'après la formation de nouveaux vaisseaux, dans le produit de la prolifération cellulaire des surfaces séreuses approximées.

32° Avec des circonstances favorables, on trouve de fermes adhérences entre les surfaces péritonéales après six à douze heures. Ces adhérences résistent efficacement à une pression de dedans en dehors.

33° La scarification du péritoine, sur le siège de la coaptation, active la formation d'adhérences et la guérison définitive de la plaie intestinale.

34° Les greffes épiploïques de 2 à 4 centimètres de large, et suffisamment longues pour entourer complètement l'intestin, conservent leur vitalité, deviennent absolument adhérentes en douze à dix-huit heures et sont abondamment fournies de vaisseaux sanguins en dix-huit à quarante-huit heures.

35° La transplantation ou greffe épiploïque devrait être accomplie dans toute résection circulaire ou suture de larges plaies de l'estomac ou de l'intestin, car ce procédé favorise la guérison de la plaie viscérale et diminue les chances de perforation.

---

(1) *Préparation des plaques d'os.* — On coupe, avec une scie fine, la couche compacte du fémur d'un bœuf en plaques ovales de 6 millimètres d'épaisseur, de 6 à 7 centimètres de long et de 2 centimètres et demi de large. Ces plaques sont immergées dans une solution à 10 p. 100 d'acide chlorhydrique changée toutes les vingt-quatre heures jusqu'à ce qu'on puisse facilement courber ces plaques sans les fracturer.

Elles sont lavées à l'eau pure, qui enlève toutes les traces d'acide pendant six heures. Elles sont ensuite comprimées, sous deux feuilles de papier buvard, par un poids placé au-dessus, et séchées dans cette position pour les empêcher de se recourber.

Les plaques séchées sont perforées au centre, de manière à présenter une ouverture de 1 centimètre et demi de long sur 3 à 5 millimètres de large. On perfore le bord intérieur de cette ouverture de quatre trous pour les sutures, deux de chaque côté et un à chaque extrémité. Les plaques doivent être alors conservées dans de l'alcool absolu.

Pour s'en servir, on garnit deux fines aiguilles d'un fil de soie aseptique de 60 centimètres de long que l'on noue ensemble. Les fils sont alors attachés à la surface de la plaque par un autre fil qui passe au travers des perforations de la plaque sous la forme d'un anneau, et que l'on noue derrière.

La plaque, ainsi préparée, est glissée dans l'ouverture de l'intestin et les fils sont réunis et liés à ceux d'une autre plaque glissée de la même façon dans la partie de l'intestin où l'on désire produire l'anastomose, de façon que les deux tuniques péritonéales présentent une large surface de contact entre elles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 novembre 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

HONORARIAT

M. DESPRÉS demande à être nommé membre honoraire de la Société de chirurgie.

PRÉSENTATIONS

Désarticulation du coude. — M. BERGER présente, au nom de M. Chavasse (Grande-Bretagne), des photographies qui représentent les résultats d'une désarticulation du coude.

Restauration des paupières. — M. BERGER dépose un travail de M. Valude, sur la restauration des paupières.

Pied-bot varus congénital. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dépose un mémoire de M. Romiciano sur l'intervention chirurgicale dans le pied-bot varus congénital.

DISCUSSION SUR LES LYMPHADÉNOMES

M. RECLUS expose l'histoire de plusieurs malades traités par lui. Le premier est un homme âgé de vingt-quatre ans et qui ne présente aucune tare tuberculeuse dans ses antécédents personnels et héréditaires (pas d'otorrhée, de gourmes, etc.). En 1886, il s'aperçut qu'il portait derrière la mâchoire, dans l'espace rétro-angulaire, une petite tumeur dure, mobile. Bientôt d'autres grosseurs apparurent et on put constater la présence de trois groupes ganglionnaires : un à la partie supérieure ; un à la partie moyenne et un autre dans le creux sus-claviculaire. Entre temps, l'autre côté du cou était envahi par des masses de même nature. En avril 1887, il existait une tumeur énorme repoussant les téguments et s'étendant de l'apophyse mastoïde au sternum. Le cou semblait se continuer sans ligne de démarcation avec la partie supérieure de la cage thoracique. Ces tumeurs comprimaient le larynx et s'insinuaient en arrière sous le trapèze. Les autres régions où il existe des ganglions ne présentaient aucune tuméfaction anomale. Rien dans le mésentère, le thorax, etc. Le foie et la rate n'étaient pas tuméfiés. Pas d'augmentation du nombre des globules blancs dans le sang. De temps à autres, des accès francs de fièvre qui s'accompagnaient d'une exagération de tuméfaction ganglionnaire. Ce malade fut soumis à la médication arsenicale, par la voie gastro-intestinale : gouttes de Fowler, jusqu'à production de phénomènes d'intoxication (ordinairement 25 gouttes par jour, mais quelquefois jusqu'à 25 et 40 gouttes) et injections interstitielles, dans la substance ganglionnaire de 4, de 8 gouttes de liqueur de Fowler dédoublée. Ces injections ont donné lieu à une petite suppuration. Deux ou trois jours après, cicatrisation.

Au bout de deux mois de ce traitement, les tumeurs avaient diminué d'un tiers. Le malade quitte l'hôpital. Quelques mois après, il revient, les masses ganglionnaires avaient repris leur premier volume. Trois mois après, sous l'influence du traitement arsenical, diminution des ganglions. A plusieurs reprises, on recommence et on cesse la médication arsenicale et toujours on constate une diminution des tumeurs, puis un retour au volume primitif. Enfin, sous l'influence du traitement arsenical auquel on associa du phosphure de zinc, les tuméfactions ganglionnaires diminuèrent et l'on ne constate plus maintenant au palper que de petits ganglions.

En 1885, M. Verneuil voit un malade et pense tout d'abord à un cancer ganglionnaire secondaire ; mais on abandonne bientôt cette hypothèse, et MM. Verneuil, Féréol et Brissaud diagnostiquent un lymphadénome énorme, occupant la région cervicale depuis l'oreille jusqu'au sternum. La masse était composée de ganglions agglomérés. Les tumeurs présentaient une résistance égale, élastique et déviaient la trachée. Même traitement (liqueur de Fowler en injections et par la voie digestive). Amélioration. On cesse la médication. Retour des ganglions à leur premier volume. On reprend le traitement. Au bout de six mois, guérison. On ne trouve plus un seul ganglion.

La troisième observation a trait à un fonctionnaire de province traité depuis 1885. Sur la partie latérale droite du cou, tumeur ganglionnaire énorme. Un médecin soumet ce malade à l'usage de l'huile de foie de morue et l'envoie à Salies-de-Béarn. Mais bientôt apparaît une nouvelle tumeur.

C'est alors que M. Reclus soumet ce malade à la médication arsenicale. Il lui donne aussi un peu de phosphure de zinc à l'intérieur. Ce malade absorbe, sans que cela lui soit prescrit, jusqu'à 80 et même 90 gouttes de liqueur de Fowler. Dans ce cas encore, les poussées du côté des ganglions coïncident avec les élévations de la température. Ce malade a consulté un grand nombre de médecins et de chirurgiens. Chaque fois qu'il a abandonné l'usage de l'arsenic, ses tumeurs ont augmenté. Quand M. Reclus a vu cet homme pour la dernière fois, il n'existait, que d'un côté, une petite tumeur du volume d'un œuf de pigeon.

Voilà donc trois exemples de guérison. Il passe sous silence deux autres cas qui ont été guéris si rapidement, que le diagnostic reste en suspens.

Il faut ajouter à cette liste trois autres malades qui n'ont pas eu un sort aussi heureux.

Le premier portait un lymphadénome énorme. Les injections et l'administration de la liqueur de Fowler n'eurent aucun résultat. Les amygdales se prirent, des vomissements apparurent, la généralisation survint et la mort arriva bientôt.

Dans la deuxième observation, c'est un enfant de cinq ans qui avait un lymphadénome mou, à tissu grisâtre et saignant facilement. La médication arsenicale fut impuissante. Le petit malade mourut.

Le dernier malade est un directeur de manège, qui a consulté MM. Verneuil et Poulet. Cet homme présentait au cou une tumeur qui resta stationnaire pendant quatorze ans, puis, sous l'influence d'une émotion extrêmement vive, cette masse prit d'énormes proportions. Au bout de dix mois, mort.

Voilà donc six cas authentiques de lymphadénome. M. Reclus relève trois guérisons et trois morts. Les Allemands ont donc tort d'affirmer que l'on peut guérir tous les lymphadénomes avec la liqueur de Fowler.

MM. Terrier et Quénu demandent d'enlever les tumeurs pour les examiner au microscope, en faire des cultures et des inoculations. On aurait ainsi un diagnostic plus exact, mais non pas absolument certain dans tous les cas.

Les caractères cliniques suffisent pour affirmer le diagnostic de lymphadénome. L'absence d'antécédents scrofuleux ou tuberculeux, l'âge du malade (vingt-quatre à quarante ans), la consistance ferme, élastique, des ganglions qui n'ont jamais été ramollis : tous ces signes, réunis chez le même malade, permettent de conclure à la réalité du lymphadénome.

Le diagnostic est douteux assez souvent. Mais c'est au début quand la tumeur est petite, quand on ne trouve qu'un ou deux ganglions qui grossissent. C'est dans ces cas que l'on prend un lymphadénome pour une adénite tuberculeuse et réciproquement.

Parfois il s'agit de tumeurs difficiles à reconnaître et peu connues. MM. Verneuil, Ricard et Clado ont décrit l'engorgement ganglionnaire simple sans bacilles.

Faut-il enlever les tumeurs pour établir le diagnostic ? M. Reclus ne le pense pas. Il y a un semblable danger à pratiquer l'ablation des lymphadénomes. La mort survient rapidement. Des faits de MM. Verneuil, Trélat, Bouilly, Tillaux prouvent la rapidité de la récidive. Les Allemands ne sont pas partisans de l'ablation des lymphadénomes.

On a décrit des lymphadénomes bénins et des lymphadénomes malins. Jusqu'ici les examens bactériologiques n'ont pas donné de résultats certains. Le diagnostic anatomique n'est pas toujours possible. Certains lymphadénomes sont bénins pendant longtemps, et prennent une marche maligne, peut-être par le fait de la pénétration d'un microbe dans la tumeur.

En somme, le diagnostic des lymphadénomes ayant acquis un gros volume peut être tenté avec succès. Les inoculations son

inutiles. Dans ces cas, l'intervention chirurgicale ne fait que précipiter l'échéance fatale.

M. PRENGRUEBER présente quatre observations. Son premier malade est guéri depuis deux ans, grâce à des injections de liqueur de Fowler. L'autre malade était une jeune fille qui avait des masses ganglionnaires cervicales. L'arsenic amena la diminution des tumeurs, mais elles reparurent dès que l'on cessa l'usage de la liqueur arsenicale. Enfin, la cachexie est survenue, et la mort ensuite. Une troisième malade, qui avait une tumeur molle dans l'aisselle, a guéri complètement. Dans le dernier cas, il s'agit d'un homme qui fut soumis à la médication arsenicale, et qui mourut quatre mois après.

M. QUÉNU. Toute la difficulté consiste à faire un diagnostic exact. Sous le nom de lymphadénome, on a décrit des productions de nature différente. C'est ainsi que la lymphadénie cutanée ou mycosis fongoïde n'a pas la marche des lymphadénomes. Les petites tumeurs qui constituent la lymphadénie disparaissent spontanément. Les Allemands ont rangé, sous le nom d'hypertrophie simple des ganglions, des tuméfactions qui ne sont pas des lymphadénomes. L'hypertrophie de l'amygdale peut être rapprochée, au point de vue anatomique, du lymphadénome; or, cette hypertrophie guérit. Lorsqu'on rencontre un ganglion augmenté de volume, il ne faut pas dire qu'il s'agit soit d'une adénite tuberculeuse, soit d'un lymphadénome. Cette tumeur ganglionnaire peut être d'une autre nature.

M. ROUTIER. Le diagnostic lymphadénome est très difficile. M. Routier a observé une malade de vingt-trois ans qui lui avait été adressée par M. Cornil. Les ganglions du cou, de l'aisselle, des aines étaient augmentés de volume. Il y avait de la leucémie. Cette jeune femme fut soumise à la médication arsenicale à hautes doses. On constata des élévations passagères de température comme dans les cas de lymphadénome. Mais une des tumeurs ganglionnaires devint fluctuante, s'ouvrit et laissa s'écouler du pus. Il s'agissait d'un abcès tuberculeux.

M. Routier a eu à donner des soins à un enfant de neuf ans, qui avait un lymphadénome déterminant des phénomènes de compression. L'intervention était urgente. M. Routier enleva à l'enfant une masse ganglionnaire qui pesait 775 grammes. La guérison persista pendant deux ans. La mort survint par généralisation du côté du médiastin.

M. Routier signale deux cas qui ont été traités par M. Terrillon. L'arsenic avait produit chaque fois de l'amélioration, mais la mort n'a pas été évitée.

M. VERNEUIL. Pour la deuxième fois, la question du lymphadénome est posée devant la Société de chirurgie. Pourquoi n'est-on pas plus avancé aujourd'hui? La raison en est simple : la partie anatomique et le diagnostic n'ont pas fait de progrès; la partie clinique reste à l'état stationnaire. M. Reclus dit : « N'opérez pas. » M. Verneuil est aussi de cet avis, mais il ne faut pas que cette règle soit une interdiction absolue de toucher aux lymphadénomes. Dans un très grand nombre de cas, il est impossible de faire un diagnostic précis. Devra-t-on toujours s'abstenir de porter le bistouri sur les tumeurs qui sont peut-être des lymphadénomes, mais qui peuvent être aussi de nature différente? Il ne le pense pas.

Dans la thèse de M. Bergeron, on trouvera l'histoire d'un boucher, véritable colosse, qui fut opéré par M. Verneuil, après bien des hésitations de sa part. L'opération permit d'enlever une tumeur cervicale du volume d'une tête d'enfant. Les délabrements furent considérables; il fallut réséquer de grosses veines. Ce boucher a survécu à cette grave intervention. Un an après, quelques ganglions carotidiens étaient engorgés. De temps en temps, de petites tumeurs ganglionnaires apparaissaient. L'arsenic fut administré chaque fois. La guérison se maintint pendant six ans et cet homme mourut d'une pneumonie intercurrente. Il est bon d'ajouter que l'examen microscopique permit de porter le diagnostic de lympho-sarcome.

Un autre individu, doué d'une vigueur incomparable, portait une tumeur extraordinairement grosse, et que M. Verneuil jugea être inopérable. Cependant, ce chirurgien eut la main forcée. Le malade menaçait de se suicider, si on n'intervenait pas. La guérison fut obtenue, et six ans après M. Verneuil rencontra son opéré dans la rue. Cet homme allait très bien.

Dans la thèse de M. Humbert, on trouve l'histoire d'un autre malade que M. Verneuil a opéré. La coupe des ganglions enlevés ressemblait à du tissu squirrheux. La guérison suivit l'acte chirurgical. Il y eut une deuxième récidive; mais le malade vivait encore trois ans après la première tentative. On a donc bien fait d'opérer. Mais, dans d'autres cas, les résultats sont déplorables.

En 1853, M. Verneuil a décrit l'hypertrophie simple des ganglions lymphatiques (spécialement ceux de la région sous-maxillaire). Ce sont des tumeurs bénignes dont la structure a été établie dans le travail de 1853. Au Congrès de chirurgie, MM. Ricard et Clado ont repris cette question et ont étudié d'une façon complète, au point de vue clinique, histologique et bactériologique, ces tuméfactions ganglionnaires d'un pronostic bénin. M. Verneuil en a observé cinq cas. Il est impossible, ou à peu près, de ne pas les confondre avec des lymphadénomes.

Au point de vue pratique, M. Verneuil pense qu'il ne faut pas prendre tout de suite le bistouri pour enlever les tumeurs. On peut essayer la médication arsenicale ou phosphorée. Mais il ne faut pas proscrire l'opération sanglante d'une façon absolue. On doit enlever certains lymphadénomes. En résumé, la question n'avancera pas, tant que l'anatomie pathologique et le diagnostic n'auront pas fait de nouveaux progrès.

M. TERRIER. Il est parfois impossible de faire le diagnostic anatomique du lymphadénome. L'hypertrophie ganglionnaire simple et la tumeur précédente se ressemblent à un tel point, que c'est l'évolution seule de la tuméfaction qui permet plus tard de porter un diagnostic, à l'aide du microscope. Au début, l'examen histologique peut être impuissant à séparer ces deux productions.

Tel est l'avis de M. Cornil. Il faut donc, pour arriver à un diagnostic aussi précis que possible, faire examiner la tumeur au microscope, pratiquer des cultures et faire des inoculations. Cet ensemble de recherches n'a pas encore été fait.

Au point de vue clinique, il faut avouer que le diagnostic de lymphadénome est posé à la légère. Une tumeur ganglionnaire n'est pas syphilitique. On suppose qu'elle n'est pas tuberculeuse. Donc, c'est du lymphadénome. Eh bien! non. Les choses ne sont pas aussi simples.

C'est parce que nous ne savons pas faire un diagnostic exact, que le traitement est aléatoire et qu'il procure tantôt de beaux succès, tantôt des échecs déplorables. En réalité, si les effets des médications internes sont divers, c'est qu'elles ne s'adressent pas toujours à la même maladie.

On combat l'ablation des lymphadénomes, parce que l'opération, dit-on, donne un coup de fouet à la maladie. Cependant, les chirurgiens qui professent cette opinion font des injections interstitielles, qui donnent lieu à des suppurations dans ces tumeurs. Est-ce rationnel? L'ablation faite d'une façon aseptique vaut mieux que des injections qui font suppurer les tumeurs.

M. Terrier a rencontré des exemples d'hypertrophie simple des ganglions. Il a enlevé des masses ganglionnaires énormes. Dans certains cas, non seulement on peut, mais on doit enlever les tumeurs ganglionnaires (lymphadénomes ou hypertrophies simples). Il est même logique d'enlever le lymphadénome dès qu'il apparaît. On agit comme dans les cas de cancer. On a des succès et des revers. Mais l'arsenic n'est pas une panacée. Il faut l'administrer, mais sans trop compter sur son action favorable.

M. TRÉLAT. A côté des tumeurs ganglionnaires qui sont soit cancéreuses, soit syphilitiques, soit tuberculeuses, il faut ranger les lymphadénomes malins et bénins.

Dans l'immense majorité des cas, même quand il y a doute, on a affaire à des adénites tuberculeuses.

Les lymphadénomes bénins sont les tumeurs que M. Verneuil a appelées hypertrophies ganglionnaires simples. Ces tumeurs sont rares, et n'ont aucune tendance à se généraliser. Quant au

lymphadénome malin, c'est une tumeur assez rare. La mort en est la conséquence à peu près fatale et, d'habitude, à brève échéance. M. Trélat a décrit, en particulier, un lymphadénome de la peau, d'une gravité toute particulière. Il a écrit et il pense encore qu'il ne faut pas y toucher. La récidive est rapide.

Lorsque M. Trélat se trouve en présence d'une tumeur ganglionnaire, un peu volumineuse, lorsqu'il espère que c'est un lymphadénome bénin, il administre de l'arsenic. Le traitement arsenical lui a donné des résultats médiocres. Il en est partisan, mais pas enthousiaste. Quand le lymphadénome est accessible, quand il est facile de l'enlever, M. Trélat pratique l'ablation. M. Terrier préconise l'ablation des lymphadénomes, au début de leur évolution. Mais comment peut-on établir le diagnostic à cette époque ?

(La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.)

Place vacante. — MM. **TILLAUX, KIRMISSON** et **BRUN** sont nommés membres d'une Commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place vacante de membre titulaire.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Fibrome. — M. **ROUTIER** présente un volumineux fibrome inséré sur un utérus gravide. La grossesse suit son cours.

Fibro-sarcome. — M. **MONOD** présente un fibro-sarcome de l'ovaire droit.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et règlements (1), par le docteur A.-G. MARTIN.

Depuis quelques années, les pouvoirs constitués se préoccupent d'assurer la salubrité dans les agglomérations urbaines et rurales, pour prévenir ou arrêter les maladies transmissibles et pour accroître la vitalité et la prospérité nationales, en diminuant progressivement la mortalité.

La législation sanitaire doit suivre parallèlement les progrès de l'hygiène. Par malheur, nos institutions sanitaires sont fort en retard sur les conquêtes définitives réalisées par la science moderne. Des lois anciennes, des décrets inapplicables, des règlements inefficaces régissent encore les questions d'hygiène. A la faveur des textes si nombreux sur la matière, il se produit des conflits entre les autorités chargées de veiller à la sécurité générale et les individus plus ou moins blessés dans leurs intérêts particuliers. Tantôt c'est la santé publique qui est sacrifiée ; tantôt ce sont les droits du propriétaire qui sont trop facilement violés. La jurisprudence manque de fixité et aucun intérêt n'est suffisamment protégé. Dans ces conditions, y a-t-il lieu de modifier de fond en comble les lois existantes ? M. Martin pense, avec juste raison, que l'on ne gagne pas beaucoup à vouloir tout réformer à la fois. Il faut tirer de l'arsenal des lois en vigueur toute la puissance d'action qu'elles comportent, sauf à réformer plus tard par des mesures successives les points défectueux de la législation sanitaire.

M. A.-G. Martin passe en revue les pouvoirs des maires et des préfets dans la plupart des questions qui intéressent l'hygiène publique (encombrements, cimetières et inhumations, salubrité des comestibles, épidémies, etc.).

Un chapitre intéressant est consacré à l'administration sanitaire française. Il suffit de savoir que trois ministères, au moins, se partagent les attributions sanitaires, pour que l'on touche du doigt un des vices principaux de notre organisation d'hygiène publique.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, Steinheil ; Lyon, A. Stork.

La prophylaxie des épidémies et des maladies transmissibles est traitée avec beaucoup de précision. On trouvera d'excellents conseils sur l'isolement, la désinfection en général, le transport des malades et des instructions sur les mesures à prendre dans les cas de maladies éruptives et d'affections contagieuses.

L'ouvrage se termine par une vue d'ensemble sur les réformes qui sont à désirer dans la législation et l'administration sanitaires de la France. M. A.-G. Martin signale l'influence des travaux d'assainissement sur la mortalité à Bruxelles. Il montre les heureux résultats qui ont été obtenus, grâce à la création d'un service d'hygiène dans cette ville. Des chiffres forts éloquents prouvent qu'à mesure que les affaires traitées par le service d'hygiène augmentaient, la mortalité diminuait progressivement à Bruxelles. Il est donc nécessaire de doter notre pays d'une législation en rapport avec les nécessités de la science. A cette heure, les pouvoirs publics peuvent ordonner les mesures d'hygiène les plus rigoureuses, mais ils sont tenus de ne pas spécifier les moyens d'exécution et les dépenses, même urgentes. De sorte que, fort souvent on se heurte à des impossibilités dans la réalisation des mesures édictées.

L'ouvrage de M. Martin sera lu avec intérêt par tous ceux qui ont quelque souci de l'hygiène publique.

Les agents, chargés de veiller à la salubrité des villes, puiseront dans ce livre d'utiles conseils et connaîtront l'étendue de leurs droits et de leurs devoirs. Les médecins eux-mêmes y trouveront des renseignements qu'ils ne peuvent ignorer, s'ils veulent contribuer, comme ils le doivent, aux progrès de l'hygiène publique.

R. PICHEVIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date des 20 juin, 14 et 21 août, 12 octobre et 13 novembre 1889, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les docteurs Meuriot, Poyet et Allix (de Paris) ; Affre (de Beaune) ; Planche (de Balaruc) ; Leloir (de Lille) ; Gérard (de Beauvais).

— Par décret, en date du 13 novembre 1889, M. Arloing, directeur de l'École vétérinaire de Lyon, est nommé officier de la Légion d'honneur.

— *Concours de l'externat.* — Anatomie : huitième séance (jeudi 14 novembre) : « Crosse de l'aorte. »

— *Hôpitaux de Nantes.* — M. le docteur Boiffin est nommé chirurgien suppléant des hôpitaux.

— Les concours de l'internat et de l'externat viennent de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Jeulin, Lefeuvre, Lenoir et Sauville.

Internes provisoires : MM. Guilbaud, Bellouard, Le Coquil et Loréal.

Externes : MM. Roy, Labbé, Picot, Gaston, Martin, Gagnerot, Moreau et Frogier.

— *École de médecine de Nantes.* — Ont été proclamés lauréats pour l'année scolaire 1888-1889 :

Première année : 1er prix *ex æquo*, MM. Labbé et Guilbaud ; 2e prix, M. Bureau ; accessits, MM. Olgiati et Groleau ; mention, M. Foucaud.

Deuxième année. — 1er prix, M. Mével.

Troisième et quatrième années. — Pas de concours.

Prix de clinique : 1er prix, M. Landois.

— M. le docteur Magnan reprendra ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, le dimanche 17 novembre 1889, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne (amphithéâtre de l'admission), et les continuera les mercredis et dimanches suivants, à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la

folie. Les leçons auront plus particulièrement pour objet, cette année, l'étude des folies intermittentes (simple, double-forme, circulaire, alterne, etc.). Les élèves et les docteurs en médecine, les magistrats et les avocats seront admis sur la présentation de leur carte.

— M. le professeur Verneuil commencera le cours de clinique chirurgicale, le mardi 19 novembre 1889, à dix heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Visite des malades tous les matins à neuf heures.

— M. le professeur Trélat commencera le cours de clinique chirurgicale, le mercredi 20 novembre, à dix heures, à l'hôpital de la Charité, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. — Ordre des cours : les mercredis et vendredis, leçons à l'amphithéâtre et opérations à dix heures; les lundis, maladies des femmes et étude de pièces au laboratoire. — Les mardis, jeudis et samedis, visite des malades à neuf heures.

— *École pratique.* — La seconde série des travaux pratiques d'anatomie pathologique commencera le lundi 18 novembre à deux heures. Soixante élèves seront convoqués, par lettre spéciale, pour cette série de travaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par Fr. Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, J. Rohmer et A. Vautrin, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Nancy. T. I[er] : *Maladies de la tête, crâne, face, yeux, oreilles, nez, bouche et ses dépendances.* 1 vol. in-8° de 880 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Massage in der Frauenheilkunde, von Dr. L. Prochownick. In-8°. — Prix : 5 francs. — Hamburg et Leipzig, Leopol Woss.

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 132. — MARDI 19 NOVEMBRE 1889. 62e ANNÉE. MARDI 19 NOVEMBRE 1889. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Typhus à rechutes.

A chaque instant nous avons, sous les yeux, des phénomènes morbides qui ont la valeur de véritables expériences de laboratoire, pour ceux qui savent observer.

Je veux vous entretenir d'une malade entrée dans ma salle le 17 octobre. Depuis trois mois, cette femme était porteuse de pain. Or, vous savez combien ce métier est pénible. Il faut gravir un nombre incalculable d'étages avec un fardeau parfois pesant. La femme dont il s'agit n'avait pas des muscles assez puissants pour résister à un tel travail. En effet, au bout de trois mois de son nouveau métier, cette porteuse de pain présentait des phénomènes sérieux. A la fatigue qu'elle éprouvait s'ajoutaient une céphalalgie atroce, de la diarrhée et des vertiges. Dès le troisième jour, la température axillaire était de 40 degrés. L'aspect du visage et l'ensemble des troubles fonctionnels faisaient penser à la possibilité d'une fièvre typhoïde ; mais la température de 40 degrés, constatée dès le troisième jour, nous faisait rejeter cette idée. Nous admettions, mes élèves et moi, l'existence d'une fièvre de fatigue. Mais le lendemain matin, on constatait 39 degrés, et la température était encore plus élevée le soir. Le cinquième jour, la fièvre était toujours aussi forte. La fièvre typhoïde devenait probable, d'autant plus que le mal de tête persistait, que la légère rachialgie du début n'avait pas disparu. La langue était blanchâtre sur toute sa surface, sauf au niveau de la pointe et des bords, qui avaient une coloration rouge. Il existait de la constipation. La rate était augmentée de volume. Pas d'épistaxis ; pas de gargouillements dans la fosse iliaque.

La situation se prolongea ainsi ; mais, le dixième jour, la fièvre tomba et la guérison survint.

Quelle était l'affection qui avait produit ces désordres? Je dois vous dire qu'il s'agissait d'une auto-typhoïsation par résorption des déchets organiques élaborés en extrême abondance, par le fait d'une sorte de surmenage. Cette porteuse de pain rendait par ses émonctoires naturels la quantité normale des produits de désassimilation ; mais, comme les déchets restés dans l'économie étaient plus considérables qu'ils ne le sont à l'état physiologique, cette femme emmagasinait des ptomaïnes. Telle est la cause de ce typhus ébauché, d'origine spontanée, que nous avons eu sous les yeux.

Ce que la fatigue corporelle a déterminé, l'acte cérébral exagéré peut aussi le produire. J'ai soigné, l'an dernier, un jeune homme qui se préparait à l'École centrale. On avait diagnostiqué une fièvre typhoïde grave. Ce jeune homme, qui s'était donné beaucoup de mal pour réussir dans ses examens, avait une céphalalgie très vive, du délire presque professionnel (il ne parlait que de formules algébriques). Mais la température du début de la maladie atteignait 40 degrés. La situation était inquiétante, quand, le cinquième jour, il se produisit des selles et des sueurs profuses et fétides. Ces phénomènes critiques donnèrent le signal de la guérison, qui fut extrêmement rapide. Le travail exagéré du cerveau a donc produit des symptômes qui pouvaient en imposer pour une fièvre typhoïde (hyperthermie, prostration absolue, délire, céphalalgie, etc.).

Je veux vous entretenir d'un autre malade, dont l'histoire est aussi instructive que la précédente. Il s'agit d'un jeune homme, employé de bureau, qui profita de la fête nationale pour commettre quelques excès. Il avait dansé pendant toute la nuit et, en se couchant, il avait fait autre chose que de se reposer. La nuit suivante n'avait pas été plus tranquille. Bref, ce jeune homme récolta une balanite et une courbature très prononcée.

Le 17 juillet, il avait un malaise prononcé. Le 18, une fièvre intense se déclarait, en même temps qu'apparaissaient une céphalalgie vive, un certain degré de rachialgie, de la diarrhée, et une sensation de brisement dans tous les membres.

Quand j'arrivai auprès du lit de ce malade, je le trouvai couché sur les côtés, morne, immobile. Il me fit penser, à première vue, au typhus cérébro-spinal. En touchant une de ses cuisses, je lui fis pousser un cri de douleur.

Les réflexes rotuliens étaient abolis. Sa fièvre était intense, son mal de tête très marqué, mais l'intelligence avait conservé sa lucidité.

Cet employé de bureau était atteint, lui aussi, d'une fièvre de surmenage. Il souffrait beaucoup de ses membres inférieurs, parce que les muscles des cuisses et des jambes avaient exécuté un travail plus considérable que les autres masses musculaires.

Ce malade fut soumis à l'usage du sulfate de quinine (25 à 50 centigrammes par jour). Je lui ordonnai, en outre, une potion de Todd avec de l'extrait de quinquina, du bouillon et de l'eau vineuse.

Le 20 juillet, la température était à 40°4. Le lendemain, 40 degrés le matin, et le soir 40°2. Le troisième jour 40 degrés. Le thermomètre oscilla, jusqu'au 25, entre 39°2 et 40 degrés. Mais le 25, il y eut une rémission brusque de 2 degrés. Le quatrième jour de la défervescence, le thermomètre monta à 40 degrés et resta autour de ce chiffre pendant quatre jours. Enfin la température arriva à la normale.

Ce jeune homme a eu une fièvre à rechutes, un typhus à rechutes, « relapsing fever » des Anglais.

C'est un fait insolite en France, mais fort fréquent en Irlande. Les cliniciens de notre pays ne pensent guère à la possibilité de cette maladie, qui est toujours présente à l'esprit des médecins exerçant en Angleterre.

Un troisième malade doit être rapproché des précédents. C'est un palefrenier qui a présenté les mêmes symptômes que ceux dont je vous ai parlé : mal de tête, prostration, même aspect de la langue, anorexie, diarrhée, rate hypertrophiée, fièvre. Le facies était celui d'un typhique. Mais les taches rosées n'apparaissaient pas à l'époque habituelle. Tout à coup, la température, qui était élevée, tombe à 37 degrés. L'apyrexie dure quatre jours. La température remonte à 39°6 et reste autour de ce chiffre pendant trois jours. Enfin tout rentre dans l'ordre.

Nous étions en présence d'une fièvre de surmenage, d'une fièvre avec des rechutes.

Le surmenage de cet homme était certain. Son métier de palefrenier le mettait dans l'obligation de se lever à trois heures un quart du matin et de travailler de trois heures et demie du matin à huit heures, huit heures et demie du soir, sans avoir une demi-heure entière pour déjeuner. Le repas du matin était sommaire, celui du soir plus copieux. Cet homme travaillait pendant trente-deux heures de suite tous les dix jours. Mais, lors de la grève des cochers, il fut obligé de faire des excès de travail tous les cinq jours. Par malheur, son salaire était moins considérable pendant toute cette période. Il avait donc beaucoup plus de fatigues et moins de nourriture qu'à l'état ordinaire. C'est encore un cas d'auto-typhoïsation spontanée, qui a donné naissance au relapsing fever.

Au mois de mai de cette année, j'ai eu dans ma salle un Annamite qui était atteint de fièvre intense, de délire, d'épistaxis, etc. Au bout de deux ou trois jours, cet homme avait une chute de température, mais quelques jours après le thermomètre s'élevait à 40 degrés pour redescendre.

En même temps que cet Annamite entrait dans mon service, d'autres étaient couchés à Necker dans les lits de MM. Dieulafoy et Rendu.

Ces Annamites, venus pour prendre part à l'Exposition, avaient été entassés dans un navire, qui fit une longue traversée. La mauvaise nourriture, les fatigues du voyage, l'encombrement jouèrent un rôle décisif dans la production de la maladie. Un de ces indigènes mourut en mer, de fièvre typhoïde, a dit le médecin du bord. Je crois qu'il faut attribuer cette mort, non pas à la fièvre typhoïde, mais au typhus. Quoi qu'il en soit, quinze Annamites ont été atteints de la même affection et ont dû rester à Marseille. Il s'agissait encore de relapsing fever, d'une fièvre à rechutes. Cette affection a reçu des noms variés : typhus à rechutes, fièvre jaune (à cause de l'ictère qui apparaît parfois, comme chez deux de mes malades) ; fièvre rémittente bilieuse ; fièvre typhoïde bilieuse. Murchinson l'a appelée la fièvre de famine. Murchinson qui a élevé, comme vous le savez, un véritable monument scientifique en décrivant différents typhus, Murchinson a dit que le typhus fever était la maladie de l'encombrement ; le relapsing fever, la fièvre de famine, et la fièvre typhoïde, la fièvre de la putréfaction. La question est véritablement trop simplifiée par ces définitions. En réalité, toutes ces causes s'associent pour créer certains typhus. La misère, le surmenage et l'encombrement joignent leurs effets pour aboutir au même résultat. Chez les Irlandais qui sont misérables, surmenés, et qui vivent parqués, le relapsing fever sévit avec intensité. Les malades ont deux, trois rechutes et même plus. Lorsque la fièvre à rechutes sévit en Irlande, à l'état épidémique, les habitants s'enfuient et vont chercher une cité protectrice pour se mettre à l'abri du typhus et pour trouver du pain. Ils se rendent à Glasgow, à Liverpool. Mais, après leur arrivée, l'épidémie s'étend dans ces villes. Comme ils encombrent les garnis, ils constituent un foyer morbide par encombrement et alors la maladie se répand. Mais, ce n'est pas la fièvre à rechutes qui se généralise. La fièvre à rechutes, relapsing fever, donne naissance au typhus exanthématique qui se propage de plus en plus à mesure que l'on constate la diminution de la première affection. L'encombrement et la mauvaise nourriture engendrent l'auto-typhoïsation des Irlandais et l'hétéro-typhoïsation des Anglais. C'est Murchinson lui-même qui nous fournit ces détails.

Faut-il vous citer un fait que je trouve dans un ouvrage du siècle dernier ? Un navire part et emporte un certain nombre de passagers. La traversée est rapide. Personne n'est malade à bord. Un autre navire quitte le même port, à la même époque, et reste très longtemps en mer avec un grand nombre de passagers. L'encombrement, pendant de longs jours, amène l'explosion d'un typhus.

Dans la guerre de Crimée, les soldats eurent à subir des privations de tout genre. Pendant la journée, ils marchaient dans un sol défoncé, les pieds dans la neige, et supportaient des corvées extrêmement pénibles. Le soir, ils s'entassaient dans des tentes étroites où ils s'enfermaient. Une odeur fétide s'exhalait de ces tentes. La fatigue, l'encombrement, l'alimentation insuffisante, furent la cause de l'effroyable épidémie de typhus qui sévit sur nos troupes. La maladie naquit spontanément : les soldats pouvaient porter dans leur sac le bâton de maréchal, comme on l'a dit, mais non pas les bâtonnets de la fièvre typhoïde.

Pendant le siège, pourquoi n'a-t-on pas eu le typhus à Paris ? C'est qu'on n'a jamais souffert de la famine. On était bien logé, il n'y avait pas d'encombrement.

Dans le sang des individus atteints de l'affection qui nous occupe, Obermeir, Virchow et d'autres observateurs ont trouvé des spiro-bactéries. Mais on n'a rencontré ces spirilles que 5 fois sur 25 cas. Donc, dans 20 cas sur 25, ces spirilles n'existaient pas.

Il faut ajouter que ces micro-organismes n'existaient pas au commencement de la maladie, mais seulement dans la période d'augment. Toujours au moment de la rechute ils étaint absents.

Mais, a-t-on dit, si les spirilles ne se rencontrent pas dans tous les cas, c'est qu'à leur place se trouvent des spores. Mais qui a découvert la présence de ces spores ? Personne. On admet simplement que ces spores doivent exister quelque

part dans l'économie. Ce n'est plus de la science, c'est une foi aveugle qui peut faire raisonner de cette façon.

Mais vous n'ignorez pas qu'on peut engendrer à volonté des spirilles. M. Charrin a étudié longuement le bacille pyo-cyanique, qui a pour caractéristique d'engendrer du pus bleu et d'avoir une forme allongée.

Mais si on cultive ce micro-organisme sur certaines substances, on le transforme en bacille de Koch. Grâce à la présence de l'acide borique, ce bacille pyo-cyanique, qui est allongé, se transforme en spirille.

Si on pratique des cultures dans certaines conditions, ce bacille du pus bleu ne produit plus du pus bleu, mais un liquide jaunâtre. De sorte que ce bacille pyo-cyanique n'a plus aucun de ses rapports distinctifs. C'est du polymorphisme, dit M. Charrin. En réalité, ce n'est plus le même organisme, puisqu'il n'a plus sa forme et qu'il a perdu sa fonction distinctive.

On veut bien me faire une concession. On répète qu'il faut considérer et le bacille et le terrain sur lequel celui-ci doit évoluer. Le terrain, dit-on, a une grande importance. S'il n'est pas favorable, le bacille ne peut pas prospérer. Mes adversaires nient la spontanéité morbide, mais reconnaissent l'influence prépondérante du terrain, c'est-à-dire de l'économie, dans l'éclosion des maladies. Ils rendent ainsi involontairement hommage à mes doctrines, car ils sont forcés d'admettre la prédisposition morbide.

HOPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER. — M. Forgue.

Le traitement de la tuberculose des os du pied.

I

Vous pouvez voir, dans le service, plusieurs types de tuberculose osseuse du pied, et vous voyez à quelle thérapeutique conservatrice nous nous en tenons. Voici une grande fillette de quatorze ans qui présentait une tuméfaction molle et pseudo-fluctuante du cou de pied, un élargissement notable des deux malléoles, une douleur vive à la pression, au niveau des interlignes tibio-tarsien et astragalo-scaphoïdien. La pointe fine du thermocautère, engagée à fond, de 3 à 4 centimètres, a été par vingt fois plongée dans son massif tarsien, dans les malléoles et l'article tibio-tarsien. Au niveau de cette jointure, les puits étroits, forés par le thermo, évacuent un dé à coudre de séro-pus. Les malléoles ont été tunnellisées par huit pointes transperçantes : l'astragale, l'apophyse antérieure du calcanéum, le scaphoïde ont été lardés au platine rouge qui pénétrait facilement leur éponge raréfiée. Des fins crayons d'iodoforme ont été poussés dans les trajets; le pied, emmailloté de gaze iodoformée et d'ouate, a été chaussé d'une botte inamovible silicatée, modelée avec une attelle de carton postérieure et prolongée en semelle. A un mois de là, nouvelle séance, aussi bien tolérée que la première; je viens, à trois semaines et demie de distance, de revoir l'enfant : elle est en marche vers la guérison; les douleurs ont disparu, l'empâtement dorsal du cou de pied s'est effacé, la ligne tibio-tarsienne n'est plus sensible. Chez une autre fillette d'une douzaine d'années, c'est à cette même thérapeutique de cautérisation pénétrante, que nous avons eu recours, avec le même succès; voici enfin une jeune enfant de cinq ans, dont la malléole externe hypertrophiée, le dos du pied tuméfié, rougi et pseudo-fluctuant, la sensibilité douloureuse de la jointure tibio-tarsienne et des petits articles tarsiens disent l'invasion tuberculeuse : du pus séreux est sorti des trajets forés par le platine rougi, le tissu osseux cédait aisément à la pointe; douze coups de thermo pénétrants et l'immobilité en un inamovible : voilà le traitement.

Dans bien des cas ces moyens simples, non sanglants, additionnés de temps, d'hygiène et de convenable médication, font merveille dans la tuberculose des os du pied. L'important est qu'ils arrivent à temps, et qu'ils soient continués à propos; beaucoup de tumeurs blanches du pied s'aggravent par les retards, par les efforts absurdes d'une marche douloureuse et claudicante, par l'impatience du malade ou la confiance hâtive du médecin, qui rendent une jointure aux mouvements, avant l'heure des réparations cicatricielles stables. Et les chances de cure naturelle de ces tuberculoses sont en raison inverse de l'âge : chez l'adulte, surtout chez l'adulte mal nourri, misérable, cette terminaison est plus rare. Chez les enfants, au contraire, ces succès sont presque la règle, même quand il y a déjà du pus dans les interlignes tarsiens, surtout si, au lieu des enfants malingres et étiolés de la clientèle hospitalière, il s'agit d'enfants entourés de tous les soins de l'hygiène, du confort et de la médecine antiscrofuleuse.

Que si ces moyens sont impuissants, si la lésion progresse et empire, la thérapeutique conservatrice vous offrira des armes plus actives : l'arthrotomie, l'arthrectomie synoviale ou osseuse, les abrasions ou les évidements sont ces types d'interventions « économiques » qui réduisent au strict nécessaire les sacrifices opératoires et doivent être proposés et discutés avant les mesures plus radicales. Il se produit ici, pour la tuberculose des os du pied, une bien intéressante réaction. On a, jusqu'à présent, admis en France, et pour l'adulte du moins, qu'il est dans les sains principes de n'être point trop conservateur en matière de tuberculose des jointures du cou de pied et du tarse. Voici qu'à l'étranger un mouvement adverse considérable se dessine en faveur des excisions conservatrices; avant les résections larges et l'amputation, il y a les abrasions osseuses et synoviales; avant l'amputation, il y a les résections larges poussées jusqu'à l'ablation presque totale du squelette tarsien; l'amputation n'est que l'ultima ratio, la faillite de la thérapeutique. En France, M. Ollier appuie de son haut patronage les résections larges du pied, et le justifie par de convaincantes observations. C'est de ce mouvement que je tiens à vous donner un tableau précis.

Toutes les statistiques étrangères s'accordent à reconnaître les succès de ces opérations économiques dans les tuberculoses infantiles du cou de pied et du tarse postérieur. Kœnig, qui les a bien réglementés, s'en loue fort, Riedel a fait, dans ces trois dernières années, 11 arthrectomies du cou de pied, dont 9 chez des enfants de un an à dix ans et 2 chez des jeunes filles de dix-sept à vingt-six ans : 2 fois il s'agissait de synovite tuberculeuse pure, 3 fois de séquestres (2 tibiaux et 1 calcanéum), 6 fois de tubercules synoviaux et osseux (avec noyaux caséeux : dans le tibia 2, dans le calcanéum 2, dans le calcanéum et le scaphoïde 1); Riedel a obtenu huit guérisons complètes, deux malades sont encore en traitement, un est mort de méningite tuberculeuse sept semaines après; le raccourcissement a toujours été médiocre (de 1 à 2 centimètres); chez les enfants depuis longtemps opérés, une suffisante mobilité du pied s'est établie. Poore rapporte 9 cas de résection des os tar-

siens chez des enfants de deux ans et demi à dix ans : 7 fois le calcanéum seul a été enlevé, 2 fois il a fallu extirper en même temps l'astragale, un seul malade a dû subir une amputation secondaire; les 8 autres ont guéri avec un pied utile : à l'exception de 3 ils ont été revus à distance; ils ne conservaient qu'une légère claudication et se mêlaient aux jeux de leurs camarades.

Au cou de pied, l'ablation préalable de l'astragale est un bon moyen de « se donner du jour » et du jeu opératoire : cet os une fois enlevé, l'opérateur manœuvre dans une vaste cavité qui permet l'exploration de la chape tibio-péronière, la tunnellisation des malléoles de dedans en dehors, l'inspection du calcanéum et du massif tarsien antérieur. Cette résection astragalienne préliminaire est d'autant mieux indiquée, en l'espèce, que cet os, qui vit un peu en parasite dans le groupe tarsien et dont les moyens d'existence sont assez précaires, est très souvent, dans les arthrites fongueuses du cou de pied, le siége des foyers ostéiques primitifs : sur 52 caries du tarse, Czerny (1) a constaté que 15 fois l'affection siégeait dans l'astragale; Kocher (2), Vogt (3), Holmes ont confirmé ce point anatomo-pathologique. Les résultats fonctionnels sont excellents : le calcanéum est emboîté dans une masse ostéo-fibreuse, sans ankylose, sans mobilité latérale, avec des mouvements de flexion qui ne font que gagner. Nous pouvons témoigner dans ce sens en faveur de deux jeunes opérés de Tédenat, qui courent, sautent et se mêlent aux jeux de leur âge. Aussi s'explique-t-on la faveur actuelle de l'extirpation astragalienne dans les ostéo-arthrites du cou de pied chez les jeunes : sur 15 observations, M. Robert (4) avait noté 12 guérisons; Dumond (5) a opéré 4 malades qui marchent et se portent bien; M. Ollier (6) vient d'ajouter 14 observations d'ablation astragalienne avec des résultats très satisfaisants : un de ses opérés, domestique de ferme, a pu faire à pied 26 kilomètres sans appareil.

HYPERTROPHIE GANGLIONNAIRE GÉNÉRALISÉE

LYMPHADÉNOMES MULTIPLES

Par M. R. Pichevin, ancien interne des hôpitaux.

Le nommé M... (François), cantonnier, âgé de cinquante et un ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Louis, n° 24, dans le service de M. Millard.

Sa mère morte à soixante-dix-sept ans de vieillesse (?). Son père a été emporté par des accidents dus à l'alcoolisme. Deux frères et deux sœurs ont toujours joui d'une bonne santé.

M... a eu cinq enfants ; quatre sont morts en bas âge (affections impossibles à déterminer). L'enfant qui vit encore est très bien portant et n'a jamais eu de gourmes.

M... a eu la petite vérole pendant son enfance. Vers l'âge de sept ou huit ans, il a eu la gourme et des maux d'yeux. Depuis plus de dix-sept ans, cet homme a quatre ou cinq garde-robes chaque jour. Assez souvent, il est obligé d'aller à la selle immédiatement après avoir mangé. Les matières fécales sont d'ordinaire molles. Les aliments sont digérés ; il est impossible de les reconnaître dans les fèces. Au début, il a essayé de se traiter, mais toutes les médications ont échoué. Il ne s'est plus préoccupé de son état intestinal, qui ne l'a pas empêché de bien se porter.

Il y a dix ans, apparition d'une « dartre » sur le pavillon de l'oreille gauche. De petites croûtes se formaient, se détachaient et étaient remplacées par d'autres du même genre. M... n'a jamais pu se débarrasser de cette dartre.

Le malade déclare n'avoir jamais eu la syphilis.

Les questions qui lui sont posées et l'inspection ne font rien découvrir de suspect.

Pas d'excès alcooliques ordinaires : cependant M... boit d'habitude un litre de vin par jour et un peu d'eau de vie, le matin. Aucun signe d'alcoolisme chronique.

Il y a douze ans, attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé. Depuis cette époque, aucune douleur rhumatismale.

Dans le cours du dernier hiver, coryza violent et très rebelle.

Cet homme, qui était en bonne santé et d'une constitution robuste, s'alite, il y a dix-sept mois, pour cause de bronchite. Il commençait à sortir, quand il éprouva, pendant la nuit, une sensation pénible de froid, dans la moitié gauche de la tête. Le lendemain, M... s'aperçut qu'il avait sur le front, sur la moitié antérieure du crâne (calvitie depuis vingt-cinq ans), mais exclusivement du côté gauche, des petites vésicules qui ont été rapidement remplacées par des croûtes : celles-ci ont duré un mois et sont tombées en laissant des cicatrices blanchâtres. Pendant les huit premiers jours de cette éruption, douleurs continues assez violentes qui ont fait place à des démangeaisons siégeant dans toute la partie envahie par l'éruption. Il y avait, pendant la période aiguë, tuméfaction de la paupière gauche et rougeur des conjonctives. Depuis cette éruption. M... éprouve des démangeaisons du côté gauche du front et de la moitié antérieure de la voûte cranienne, du côté gauche.

Cinq mois avant son entrée à l'hôpital, M... a éprouvé de la gêne dans les mouvements de ses bras. Cette gêne était due à la présence d'une petite tumeur qui siégeait dans chacun des creux axillaires.

Peu après, constatation de petites tumeurs dans les régions sous-maxillaires cervicales et inguino-crurales. En quatre ou six semaines, toutes ces régions étaient déjà envahies et les tumeurs avaient pris de grandes proportions. Il y a un mois, œdème des jambes. En huit jours, dit le malade, l'enflure disparaît.

N'a jamais eu aucune hémorrhagie.

Lors de son entrée dans la salle, l'état général est très bon. L'appétit est excellent; quatre ou cinq selles chaque jour. Les forces sont conservées. Amaigrissement à peine marqué.

Un peu de gêne en marchant (par suite des tumeurs de l'aine). Mais M... se plaint surtout de la gêne qu'il éprouve quand il remue les bras. Ceux-ci sont légèrement écartés du tronc et le malade est incommodé par les tumeurs qu'il porte dans ses aisselles, à l'occasion des mouvements d'adduction du bras. Les mouvements de rotation de la tête sont pénibles.

La tête semble enfoncée entre les épaules. Le cou, considérablement élargi sur les parties latérales, paraît très court.

Sur la partie latérale gauche du cou, au-dessus de la partie moyenne de la clavicule, on remarque une tumeur, grosse comme un œuf de dinde et faisant un relief assez prononcé. A ce niveau la peau ne présente aucun changement de coloration. La palpation, faite avec soin, permet de constater que la masse en question est composée de six tumeurs à peu près indépendantes les unes des autres, et siégeant dans le tissu cellulaire sous-cutané. La peau non épaissie glisse facilement sur ces tumeurs qui roulent bien sous les doigts. Elles sont dures, douées d'une certaine élasticité, non adhérentes aux parties profondes et complètement indolentes. La plus petite de ces six tumeurs est de la grosseur d'un haricot ; la plus grosse est comparable à un petit œuf de poule. Les autres sont du volume d'un œuf de pigeon.

Au-dessus de la masse précédente, on rencontre deux ganglions cervicaux hypertrophiés (œuf de pigeon). En avant, on constate la présence de deux ou trois ganglions dans la région parotidienne. Le plus gros soulève un peu le lobule de l'oreille gauche.

(1) Czerny. *Volkmann's Sammlung*, n° 76.
(2) Kocher. *Idem*, n° 102.
(3) Vogt. *Centralblatt f. Chir.*, 1883, n° 19.
(4) Robert. *Arch. gén. de méd.*, 1884, p. 385, 567.
(5) Dumont. *Deuts. Zeitschr. f. Chir.*, 1882.
(6) Ollier. Société de chirurgie, 23 avril 1883.

Toujours à gauche, deux ganglions sous-maxillaires plus petits que des œufs de pigeons. Enfin, sur la ligne médiane, entre l'os hyoïde et le menton, un petit ganglion.

A droite, dans la région parotidienne, deux ganglions (le plus volumineux comme un œuf de pigeon). Dans la région sous-maxillaire, deux petites tuméfactions. Six ganglions cervicaux : le plus hypertrophié a le volume d'un œuf de poule.

Sous l'aisselle droite, on trouve une tumeur de la grosseur du poing et empiétant sur la paroi thoracique antérieure, et arrivant non loin du sein. Cette masse est composée de plusieurs tumeurs distinctes, de volume variable et présentant les mêmes caractères que celles qui ont été décrites au cou. Sur la paroi thoracique, quelques arborisations vasculaires.

Sous l'aisselle gauche, masse ganglionnaire, plus petite mais plus saillante que la précédente. A droite, tuméfaction du ganglion épitrochléen.

Au niveau du canal crural, à gauche, gros ganglion assez dur, profond, et ne roulant pas facilement. Un autre, plus petit, existe à la partie externe du pli inguino-crural. Au-dessus du ligament de Poupart, on palpe un autre ganglion de même volume.

Du côté droit, au niveau du pli de l'aine, deux tumeurs ganglionnaires plus volumineuses. Au-dessus du ligament de Fallope, deux autres ganglions très développés. Pas de ganglions poplités.

Un peu d'œdème des jambes, des cuisses et du scrotum. Pas d'ascite.

Foie dépasse à peine d'un travers de doigt la dernière côte. Rate non hypertrophiée.

Examen du cœur : au premier temps, bruit légèrement soufflant à la base (artère pulmonaire). Le deuxième bruit est remplacé par un petit claquement très sec. Pouls petit, régulier : 60 à 70 pulsations.

Poumons, rien ; le malade n'a jamais eu de crises de suffocation. Il se plaint d'avoir la respiration courte en montant les escaliers.

Gencives ne présentant aucune altération. Deux ou trois dents sont déchaussées. Amygdales normales. La soif est normale. Les désirs vénériens sont conservés. Diminution de la sécrétion urinaire : 800 grammes d'urine par jour, au maximum (de 600 à 800). L'urine ne présente pas trace d'albumine ni de glycose. L'examen du sang (méthode de Hayem) fait constater 3 751 000 hématies et 3 400 leucocytes par millimètre cube.

On constate des petites cicatrices blanches sur la moitié gauche du crâne, sur le trajet du nerf sus-orbitaire. L'oreille gauche est recouverte d'une croûte jaunâtre. Il existe une sorte d'atrophie de l'hélice de ce côté.

L'iodure de potassium n'a aucune action. Le sirop d'iodure de fer non plus.

Infiltration plus marquée du scrotum et envahissement du prépuce par l'œdème.

Quinze jours après le premier examen, deuxième examen du sang : hématies 4 247 000 ; leucocytes 4 650.

Un mois après son entrée dans la salle, les tumeurs étaient stationnaires ; œdème très marqué des cuisses et des jambes, à droite surtout. Un peu d'œdème des avant-bras. Un litre d'urine non albumineuse. Pas d'ascite. Foie non hypertrophié. Légère sensibilité de la rate qui a une matité de deux travers de doigt. Au cœur, souffle anémique à la base. Malgré cet état, le malade mange énormément, avec gloutonnerie, disent ses voisins. Il buvait beaucoup.

Un mois et dix jours après son entrée, frissons, douleur de côté à droite, facies altéré, expectoration visqueuse, rougeâtre, collante au fond du vase. Élévation de température, 39 degrés. Matité à la base droite. Râles crépitants. Pneumonie qui évolue en sept jours. Albuminurie intercurrente. Diminution très réelle et très nette des tumeurs ganglionnaires, surtout du côté gauche du cou. Mort.

Autopsie. — Un peu de sérosité citrine dans la plèvre. Quelques exsudats fibrineux sur la plèvre et entre les lobes du poumon droit. Hépatisation en masse du poumon droit. Pneumonie rouge en train de passer à l'hépatisation grise. Poumon gauche emphysémateux. Quelques adhérences à la plèvre. Cœur recouvert d'une couche assez épaisse de graisse. Rien aux orifices. Ganglions inter-trachéo-bronchiques considérablement augmentés de volume. Deux grosses masses, du volume d'un œuf de dinde, au niveau de la bronche droite et de la bronche gauche. Foie augmenté de volume ; rate diffluente, hypertrophiée. Reins hyperhémiés. Ganglions lombaires très volumineux. Masses ganglionnaires comprimant les veines iliaques. Ganglions mésentériques hypertrophiés. Rien dans l'intestin, qu'un peu de congestion disséminée.

Ablation d'une des masses de l'aisselle : ganglions à surface rouge, augmentés de volume, ayant une consistance moins ferme qu'à l'état normal. A la coupe, la substance ganglionnaire a l'aspect encéphaloïde. Les ganglions du médiastin étaient fortement colorés en noir. L'examen microscopique n'a pas été pratiqué.

En résumé, cet homme, qui a quelques antécédents intéressants (zona, coryza, etc.), a présenté, en différents points du corps, des masses ganglionnaires qui ont acquis un volume assez considérable dans l'espace de cinq mois. La santé générale était bien conservée. Des phénomènes de compression vasculaire ont commencé par apparaître. Une pneumonie intercurrente a brusqué la terminaison fatale. Tous les groupes ganglionnaires étaient déjà atteints. L'examen du sang a permis de faire d'emblée un diagnostic précoce.

RUPTURE TRAUMATIQUE COMPLÈTE DE L'URÈTHRE

CAS GRAVE ; URÉTHROTOMIE EXTERNE ; GUÉRISON EN UN MOIS

Par M. P. Coulhon, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

S'il est, à l'heure actuelle, un principe indiscutablement établi en pratique chirurgicale, c'est le traitement par l'uréthrotomie externe d'emblée de la rupture traumatique complète du canal de l'urèthre.

Cette lésion grave est, on le sait, caractérisée par trois symptômes objectifs constants : l'écoulement de sang par le méat, la tumeur périnéale avec ou sans ecchymoses et la rétention d'urine.

Toutes les fois que le chirurgien, appelé pour une contusion du périnée, constate l'existence de cette triade symptomatique, sa conduite est toute tracée ; il doit débrider séance tenante la tumeur du périnée, évacuer les caillots qu'elle renferme, aller ensuite à la recherche des bouts de l'urèthre divisé, et introduire dans le canal une sonde destinée à rétablir la miction et assurer l'écoulement libre des urines.

Il n'est peut-être pas sans intérêt d'examiner sommairement ce qu'il a fallu d'efforts et de temps pour détrôner la routine, et découvrir une solution scientifique à cette question palpitante des blessures profondes du canal urinaire.

Dans les traumatismes de ce genre, les auteurs recommandaient autrefois plusieurs modes de traitement : les antiphlogistiques et les résolutifs, le cathétérisme et la ponction vésicale.

Les antiphlogistiques ne remédiaient à rien, affaiblissaient le malade, et faisaient perdre un temps précieux ; c'était de l'expectation déguisée : l'usage en est rejeté.

Le cathétérisme, utile dans les cas légers et moyens, présentait des inconvénients sérieux dans les cas graves ; il refoulait le bout postérieur, décollait les tissus, aggravait

les lésions pré-existantes, et augmentait les hémorrhagies : il est abandonné.

La ponction de la vessie est, des vieux errements, le seul qui ait été conservé. Nos ancêtres en l'art de guérir la pratiquaient de trois manières différentes : les uns, avec Dionis, le célèbre chirurgien de la duchesse de Bourgogne, pénétraient dans la vessie par les voies basses, en contournant son col, à travers le périnée. Les autres, suivant l'exemple de Méry, en 1701, abordaient l'organe de front, par la région hypogastrique. D'autres, enfin, l'attaquaient sur ses derrières, en pénétrant par le rectum. Flurant (de Lyon) en avait émis l'idée en 1750, et l'avait mise à exécution à plusieurs reprises.

De ces trois procédés, l'un a prévalu et s'est maintenu hors de pair, malgré les plaidoyers de Camper et de Félix Pascal, le commentateur de Chopart, en faveur de la voie rectale : c'est la ponction sus-pubienne.

J.-L. Petit, en la citant comme un excellent moyen, disait qu'elle était inoffensive comme un coup d'épée dans l'eau.

Sabatier, Richerand, Dupuytren, Desault la préconisaient à l'envi. Boyer, qui n'avait pas eu l'occasion de l'employer avant la publication de son ouvrage, lui accordait la prépondérance. Gerdy, Amussat, Malgaigne, Voillemier reconnaissaient sa supériorité. Elle compte encore aujourd'hui des partisans pour certains cas déterminés d'urgence.

La ponction hypogastrique, si hautement prônée et patronnée, paraissait donc devoir être à jamais conservée. Elle remplit les conditions requises pour toute bonne opération : elle est sûre, rapide et facile : *tuto, cito et jucunde*. De plus, elle offre, dans l'espèce, un avantage incontestable, immense, a écrit le professeur Roux : elle fait disparaître incontinent l'accident le plus pressant et le plus grave : la rétention d'urine. Le blessé est dans une position terrible : « Il faut, a dit avec raison Heister, qu'il pisse ou qu'il meure. » La ponction éloigne le péril.

Mais, quelle que soit son efficacité, ce n'est, à tout prendre, qu'un palliatif ; et bien qu'elle ait été vantée avec enthousiasme par des hommes de valeur, elle ne pourra jamais être considérée que comme un expédient. Elle écarte un danger immédiat ; mais elle laisse la porte ouverte à toutes les complications ultérieures : phlegmon, suppuration, septicémie, gangrène, fistules. En ponctionnant la vessie, on fait de la chirurgie des symptômes : on rend service au blessé, il est vrai, en le délivrant d'un premier ennemi ; mais on le livre sans défense à des adversaires qui, pour se mettre en ligne tardivement, n'en sont pas moins redoutables. Il faut, dans la suite, de nouveaux actes opératoires.

Un traitement radical était donc désirable pour parer du même coup aux accidents immédiats et consécutifs. Déjà Desault, Chopart, Lallemand l'avaient pressenti et avaient apprécié par expérience les avantages que pouvait donner l'incision périnéale. Plus tard, Liston en 1838, Pétrequin en 1840, Gross (de Philadelphie) en 1851, en avaient judicieusement prévu l'utilité et énoncé le principe. Mais ce fut Reybard, en 1853, qui en posa le premier les indications méthodiques.

Broca en fit l'application en 1867 ; et Bœckel, [en 1868, dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, établit la nécessité de faire suivre l'uréthrotomie de l'introduction de la sonde.

« Pourquoi, dit-il, s'arrêter après le premier temps de l'uréthrotomie et ne pas écarter les lèvres de la plaie pour voir l'orifice postérieur et y introduire la sonde poussée par le méat ? »

Les choses en étaient là, et ces idées émises isolément n'avaient pas encore reçu de sanction officielle, quand plusieurs mémoires, présentés successivement par M. le docteur Notta en 1875, par notre obligeant et regretté confrère le docteur Cras (de Brest) en 1876, et suivis du rapport d'un maître éminent, M. le professeur Guyon, soulevèrent au sein de la Société de chirurgie des discussions retentissantes.

Des noms, qui honorent à juste titre la chirurgie française contemporaine, figurèrent dans ce débat mémorable. Les Verneuil, les Trélat, les Le Fort, les Duplay prirent tour à tour la parole, et vinrent apporter le concours de leurs lumières et le fruit de leur vaste expérience. Il en sortit un précepte formel, une règle invariable, la loi, pourrais-je dire, de l'uréthrotomie externe hâtive, sinon extemporanée.

La science était dès lors fixée sur ce point. Maintenant, le praticien est en possession d'un traitement rationnel complet, qui lui permet de faire face à toutes les éventualités, et assure au blessé, avec une prompte guérison, la reconstitution d'un organe important.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 novembre 1889, ont été nommés médecins en chef dans la réserve de l'armée de mer :

MM. les médecins en chef de la marine en retraite Chastang et Allanic.

— Par décret, en date du 14 novembre 1889, M. Galibert, ancien médecin de première classe de la marine, a été nommé médecin de première classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 16 novembre 1889, M. le docteur Gaillard, ancien médecin auxiliaire de la marine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 16 novembre 1889, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Doubre, pour le 21e régiment d'artillerie ; Charvot, pour l'hôpital Saint-Martin.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lemarchand et Pascal, pour les hôpitaux de la division d'Alger ; Pelletier, pour le 1er zouaves ; Carlier, pour le 74e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Chevassu-Périgny, pour le 148e d'infanterie ; Véret, pour le 154e d'infanterie ; Baillé, pour le 17e d'infanterie ; Ramey, pour le 23e d'artillerie ; Fockenberghe, pour le 162e d'infanterie ; Chameroy, pour le 67e d'infanterie ; Dumoutier, pour le 136e d'infanterie ; Clavelin, pour le 65e d'infanterie ; Dupeyron, pour le 93e d'infanterie ; Vogelin, pour le 23e d'infanterie ; Astier, pour le 15e chasseurs ; Bonnamy, pour le 5e dragons ; Bernard, pour l'École militaire des Andelys ; Barbière et Pech, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; Benoît, Jantel et Ruotte, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; Campos-Hugueney et Castelli, pour les hôpitaux de la division d'Alger ; Bouchet, pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Lenez, pour le 30e d'infanterie.

— Aujourd'hui ont eu lieu, à Saint-Germain-des-Prés, au milieu d'un très nombreux concours de confrères et d'amis, les obsèques de M. le docteur Gustave-Auguste Quesneville. Notre très distingué confrère avait fondé, en 1840, la *Revue scientifique*, qui prit le nom de *Moniteur scientifique* en 1857. Jusqu'à la der-

nière minute de sa vie, il s'est entièrement consacré à cette œuvre. Il s'est éteint à l'âge de quatre-vingts ans, entouré de l'estime de tous ceux qui l'ont approché.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours pour une place de chef de clinique médicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Charmeil.

Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Aug. Pollosson.

Le concours pour une place de chef de clinique obstétricale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Condamin.

— Le cours de clinique médicale de M. le professeur Germain Sée a lieu à l'Hôtel-Dieu, les lundis et les vendredis, à dix heures.

— M. le docteur Paul Berthod, ancien interne de la Maternité, commencera le mardi 19 novembre, à quatre heures du soir, un cours public d'accouchement (École pratique, amphithéâtre nº 3), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Objet du cours : 1º Opérations et manœuvres obstétricales ; 2º Dystocie. — Pour tous renseignements s'adresser à M. le docteur Berthod, 17, place de la République.

— *École pratique.* — Les élèves du pavillon IV subiront l'examen d'ostéologie le mardi 19 novembre, à deux heures précises. Le 20, il leur sera fait une conférence sur un sujet de dissection. Ils commenceront à disséquer le jeudi 21, sauf ceux qui n'auraient pas satisfait à l'examen d'ostéologie.

Le pavillon VIII (débutants) commencera les démonstrations d'ostéologie, le 28 novembre. Prosecteur, M. Villemin ; aide-d'anatomie, M. Isch-Wall ; aide-d'anatomie bénévole, M. Guillemain.

Les exercices de dissection du pavillon III (vétérans) commenceront le lundi 25 novembre à midi et demi.

La deuxième série des travaux pratiques d'histologie de la salle B commenceront le mardi 19 novembre ; quarante élèves seront convoqués par lettre spéciale.

— Les cours et conférences faites par les médecins de la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, 13, rue Moreau, reprendront le 20 novembre. Les leçons faites pendant l'année scolaire comprendront toute la pathologie oculaire.

Maladies des paupières, de la conjonctive et de l'appareil lacrymal : docteur Chevallereau, le samedi à deux heures.

Maladies de la cornée, de la sclérotique, de l'iris et de l'orbite : docteur Valude, le jeudi à deux heures.

Maladies du cristallin et des membranes internes de l'œil, ophthalmoscopie : docteur Trousseau, le vendredi à deux heures.

Maladies des muscles de l'œil, réfraction : docteur Kalt, le lundi à deux heures.

Le mercredi à deux heures, présentation, par les quatre médecins de la clinique, des malades intéressants : discussion.

Consultations et opérations tous les jours à une heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 131. — JEUDI 21 NOVEMBRE 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 21 NOVEMBRE 1889. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MM. J. Valude (de Vierzon) et Villejean adressent à l'Académie une note sur un fébrifuge connu au Mexique sous le nom de pambolano. Ce médicament — racine concassée du pambolano — s'emploie à la dose de 60 grammes, en décoction ou en extrait hydro-alcoolique, administré dans une tasse de tisane. La dose se prend en quatre fois dans les vingt-quatre heures. Une seule dose suffirait ordinairement à supprimer l'accès fébrile ; en cas d'insuccès, une seconde dose, prise après quarante-huit heures, assurerait, d'après ces auteurs, la cessation des accidents.

M. Motais (d'Angers) appelle l'attention des médecins sur la myopie scolaire.

La séance se termine — suivant la coutume, à la veille de la séance solennelle — par des lectures de rapports et un comité secret.

HOTEL-DIEU. — M. VERNEUIL.

Importance de la pathologie générale et de la bactériologie dans les études chirurgicales.

(Leçon d'ouverture. — 19 novembre 1889.)

Je ne veux point prononcer un discours, à l'occasion de ma rentrée comme professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu, et n'ai pas l'intention de faire aujourd'hui l'éloge de mes prédécesseurs dans cette chaire. Le dernier d'entre eux est d'ailleurs vivant et bien portant, et vous avez pu le juger d'après ses œuvres.

Vous n'attendez pas de moi l'exposé de mes principes. Vous les connaissez certainement, parce que je ne les cache pas et ne veux pas les cacher. Je suis un hardi dans la théorie et un modéré dans la pratique. Je n'avance peut-être pas vite, mais il ne m'arrive pas souvent de revenir sur mes pas, et je ne laisse à personne la tâche de relever mes erreurs ou mes fautes, quand je reconnais les avoir commises.

Vous avez entendu parler de ma prédilection pour la pathologie générale, c'est-à-dire pour l'étude des grands processus morbides, des grandes lois qui régissent la matière organique.

Cette science, au commencement du siècle, était encore à l'état embryonnaire.

Chomel avait écrit ses *Éléments de pathologie générale*, mais son œuvre ne peut être considérée que comme une ébauche de cette science nouvelle. Velpeau, ce grand clinicien, ne s'était pas élevé jusqu'à la conception de la scrofule. Sous l'influence des études anatomo-pathologiques, qui venaient de donner un essor nouveau à la médecine et à la chirurgie, l'ancienne doctrine de Laënnec était battue en brèche : on admettait des tuberculisations, mais non pas la tuberculose elle-même, telle qu'elle a été établie définitivement. — La syphilis était elle-même à peine connue. Ricord avait essayé de jeter un peu de lumière sur cette question qui nous semble si simple maintenant.

L'infection et la contagion étaient niées par des hommes d'une rare intelligence. On n'admettait ni la contagion de la fièvre jaune ou du choléra, ni celle des accidents secondaires de la vérole. Des esprits éminents, des intelligences d'élite, des savants comme Broca n'attachaient qu'une importance médiocre à ces études.

J'avoue que j'ai toujours cultivé avec amour les questions qui touchent à la pathologie générale. C'est en m'inspirant de cette science que j'ai adopté certaines pratiques et que j'ai manifesté des tendances thérapeutiques qui trouveront peut-être leur justification dans un avenir prochain.

Sans être ni invariables ni irréprochables, mes doctrines ont sans doute du bon, puisque j'ai le bonheur de compter, parmi les chirurgiens de trois générations au moins, un grand nombre d'hommes actifs, instruits, intelligents, qui ne rougissent pas d'être appelés mes disciples. Quelques-uns d'entre eux, et non les moins distingués, défendent résolument mes idées, les propagent et les perfectionnent, sans autre préoccupation que de m'aider à répandre ce que nous croyons être la vérité.

Aussi, je considère comme mon devoir de continuer le bon combat, jusqu'au jour où mes forces me trahiront et où il me faudra bien descendre de cette chaire pour n'en point tomber.

En attendant ce jour, je continuerai à vous recommander, plus que jamais, la rigueur dans l'examen des malades, la précision dans le diagnostic considéré sous tous ses aspects ; la recherche minutieuse des causes et du mécanisme

des maladies : étiologie et pathogénie ; l'utilisation si nécessaire des sciences dites accessoires : l'anatomie, la physiologie, l'histologie, la physiologie expérimentale, l'érudition, enfin, si injustement délaissée.

J'essaierai de vous démontrer, moins encore dans la chaire qu'au lit du malade, tout ce que le chirurgien peut gagner en étudiant sans cesse la pathologie médicale et la pathologie générale, la mésologie ou science du milieu et jusqu'à la géographie médicale.

Mais, à ces sources d'informations, si puissantes pour le théoricien aussi bien que pour le clinicien, il me faut, à l'époque où nous vivons, en ajouter une autre qui, née d'hier à peine, a déjà révolutionné de fond en comble, et dans la meilleure acception du mot, la science médicale, ou, pour mieux dire, la science biologique.

Vous devinez que je fais allusion aux doctrines de notre illustre Pasteur, la plus grande gloire actuelle de notre pays.

On a dit quelque part, qu'enthousiaste outre mesure, *je m'emballais facilement*. Eh bien ! oui, je m'emballe, puisque le mot a été prononcé, à tort ou à raison. J'accepte le reproche, malgré sa forme peu respectueuse. Pour allumer le feu sacré de la science, il ne s'agit pas de rester inerte et immobile, dans la contemplation du passé, il faut de l'ardeur, de l'enthousiasme, il faut que le promoteur d'idées nouvelles communique la flamme qui l'anime à ses disciples fidèles.

Aussi ne suis-je pas resté indifférent à l'éclosion des nouvelles doctrines qui ont produit une véritable révolution dans la médecine et surtout dans les pratiques de la chirurgie.

Depuis les mémorables découvertes de M. Pasteur et de ses élèves, la pyohémie, qui faisait tant de ravages dans les hôpitaux, a disparu complètement, ou à peu près, de toutes les salles de chirurgie. On n'a plus qu'un vague souvenir de cette époque, où les chirurgiens les plus habiles perdaient le plus grand nombre de leurs amputés.

L'érysipèle n'existe pour ainsi dire plus à l'hôpital. On en voit encore quelques cas qui prouvent qu'on rencontre encore des foyers dans les villes. L'infection puerpérale ne fait plus de ravages dans les Maternités, depuis l'application des règles de la méthode antiseptique.

Ce sont les théories générales qui ont permis de réaliser d'aussi beaux résultats. Et de nouveaux horizons s'ouvrent encore devant nous !

L'immunité, l'atténuation des virus, la possibilité d'opposer un microbe à un autre, dans un but déterminé, toutes ces notions, qui sont du ressort de la bactériologie, sont pleines de promesses.

Il faut travailler pour en tirer toutes les conclusions que nous entrevoyons tous. Je marcherai de l'avant. Certes, je n'ai pas la prétention de devenir un bactériologiste de premier ordre, mais je puis montrer les applications de la bactériologie à la chirurgie. C'est ce que je ferai, avec l'aide de M. Clado, mon chef de clinique, dont vous connaissez la compétence dans ces questions.

Une simple énumération des travaux que nous avons accomplis, en moins d'une année, me permettra de vous dire combien sont féconds les études bactériologiques.

L'identité ou la dualité de l'érysipèle et de la lymphangite, étaient l'objet de débats théoriques qui datent de nombreuses années. Nous avons démontré, M. Clado et moi, que l'érysipèle et la lymphangite sont une même et seule affection, car ils sont produits par le même micro-organisme. Les examens microscopiques, la méthode des cultures et des inoculations nous permettent d'établir définitivement l'identité des deux affections.

Les cliniciens avaient bien soupçonné les relations qui pouvaient exister entre la fièvre puerpérale, la lymphangite et l'érysipèle. Nos recherches bactériologiques ont démontré, d'une façon indiscutable, la réalité de cette conception.

Tout dernièrement, j'avais sous les yeux la triste constatation de l'identité de l'infection puerpérale et de l'érysipèle. Un médecin ayant commis l'imprudence de visiter un individu atteint d'érysipèle, alors qu'il donnait des soins à une nouvelle accouchée, inocula les micro-organismes de l'érysipèle à sa cliente qui mourut bientôt d'infection puerpérale.

Nous avons établi que le furoncle était dû au staphylococcus aureus et que l'hydrosadénite était causée par la pénétration de ce staphylococcus dans les glandes sudoripares.

Avec M. Gilbert, j'ai constaté qu'un anthrax pouvait donner lieu à une métastase du côté des os. En effet, dans le cours d'un anthrax, nous vîmes évoluer un abcès osseux qui contenait des micro-organismes exactement semblables à ceux de l'anthrax. Les cultures donnèrent des résultats démonstratifs.

Qui pensait à étudier les abcès ? Le sujet semblait épuisé. Le pus, tel était le caractère distinctif des abcès. La suppuration était produite par l'inflammation. Cependant, on ne tarda pas à remarquer que la suppuration pouvait exister sans trace d'inflammation.

Le microscope fit avancer la question. La découverte du globule purulent fut un progrès. L'abcès était dû à une accumulation de globules blancs.

Mais on ne connaissait qu'une partie du problème. En effet, la découverte des microbes pyogènes devait jeter une nouvelle lumière sur ce sujet, si vieux et cependant si intéressant. Les streptocoques et les staphylocoques n'étaient cependant pas les seuls micro-organismes capables d'engendrer le pus. En effet, dans certains abcès il n'y avait pas un seul microbe pyogène. Dans le pus de ces abcès, on trouvait soit les microbes de la morve, soit ceux de la fièvre typhoïde ou de l'érysipèle, ou de la tuberculose, etc. A l'heure actuelle, on peut affirmer que le pus peut être produit par vingt variétés de microbes.

Ces nouvelles recherches n'ont pas seulement une valeur spéculative. On peut en tirer des conséquences pratiques.

L'ouverture des abcès est évidemment une opération utile, mais elle n'est pas indispensable pour obtenir la guérison des collections purulentes. La stérilisation des abcès, tel est le but principal qu'il faut poursuivre. Si on ouvre un abcès, ce n'est pas tant pour évacuer le pus qui s'y trouve, que pour pouvoir porter dans leur cavité des substances parasiticides. Dans quelques années, chaque variété d'abcès nécessitera une injection ou un lavage avec une solution spéciale. Telle substance conviendra au traitement de l'abcès typhique ; telle autre à l'abcès d'origine paludéenne, etc. A cette heure, les injections d'éther iodoformé, dans les abcès tuberculeux, donnent de très heureux résultats.

Quand je traite un abcès, ma préoccupation principale est donc de stériliser le foyer. Si j'ouvre l'abcès, c'est pour pouvoir mieux pratiquer cette stérilisation. Celle-ci peut être si parfaite que la guérison surviendra sans autre intervention chirurgicale. Ne voyons-nous pas ainsi luire la possibilité d'abandonner un jour la pratique des raclages d'abcès froids ?

Vous savez quels sont les services que les recherches modernes ont rendus dans l'étude de la tuberculose. La nature infectieuse et contagieuse de la maladie a été prouvée d'une façon irréfutable.

Les examens microscopiques, les recherches bactériologiques, la méthode des cultures, les inoculations permettent au médecin et au chirurgien d'établir un diagnostic précis, dans des cas où la clinique serait impuissante à résoudre certaines difficultés. Ici, c'est une tuberculose linguale, qui n'est reconnue qu'à l'aide de la bactériologie, alors que je pensais à l'existence d'un épithélioma. Là, c'est une ulcération labiale dont la nature était impossible à déterminer sans le secours de la bactériologie. Dans un autre cas, un homme, porteur d'abcès multiples, se présente à mon observation, je fais le diagnostic d'abcès farcineux. M. Brouardel est du même avis. Mais la bactériologie devait bientôt nous prouver que nous étions tous deux dans l'erreur. Il s'agissait d'abcès tuberculeux, malgré toutes les apparences contraires.

Je viens d'établir, sur des bases solides, la doctrine de l'intoxication par rétention stercorale.

Velpeau avait dit que la sérosité, contenue dans le sac herniaire, était capable d'irriter le doigt du chirurgien. En 1862, j'avançais que le sac herniaire renferme un poison septique et que le débridement déterminait la diffusion de ce poison dans le péritoine. En 1869, les chirurgiens ponctionnaient le liquide contenu dans le sac et même l'intestin hernié. Ces manœuvres favorisaient la réduction de la hernie, mais avec elle le liquide du sac était réduit dans la cavité péritonéale. Je posais la règle d'ouvrir le sac mais de ne pas débrider avant d'en faire le nettoyage complet avec de l'eau phéniquée. Vous devinez dans quel but. J'étais si persuadé de l'existence de ce poison septique et de la possibilité de son passage à travers les parois intestinales, que j'ai toujours recommandé de pratiquer la kélotomie de bonne heure.

Mais ce n'est que dernièrement que j'ai pu fournir la preuve certaine de l'intoxication stercorale.

M. Clado opère un malade atteint de hernie étranglée. Il recueille la sérosité contenue dans le sac et dans le péritoine. Il la trouve remplie de bactéries. Il cultive ces micro-organismes et pratique des inoculations qui déterminent une mort presque foudroyante des animaux sur lesquels on faisait ces expériences. L'examen microscopique, les cultures, les inoculations, les coupes pratiquées sur la paroi intestinale, démontrèrent l'existence de microbes que l'on doit considérer comme étant la cause de l'intoxication stercorale.

Je m'arrête dans cet exposé de mes derniers travaux.

La bactériologie, cette nouvelle branche de l'industrie scientifique, ouvre une voie glorieuse et féconde à la médecine et à la chirurgie. Si nous savons ensemencer les sillons largement ouverts, nous récolterons, avant peu, les fruits les plus utiles aux progrès de la chirurgie.

HOPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER. — M. FORGUE.

Le traitement de la tuberculose des os du pied (1).

II

En présence d'une ostéo-arthrite fongueuse du tarse antérieur, peut-on conserver, faut-il réséquer, faut-il amputer ?

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1203.

Chez les enfants, l'immobilisation, les pointes de feu, l'abrasion des séquestres et des fongosités, donneront le plus souvent la guérison : si les lésions sont trop avancées on réséquera l'avant-tarse. Mais si l'on touche aux os tarsiens antérieurs, il faudra toujours, aux ablations partielles irrégulières, préférer, comme le recommande M. Ollier (1), les résections typiques, retranchant le squelette antitarsien en pleine largeur et par tranche complète, dût-on, à côté d'un os malade, enlever un os sain. Sinon, on s'expose, chez l'enfant, à des difformités par inégale croissance : voici, par exemple, un sujet jeune à qui on a enlevé le cuboïde ; à la place de cet os un tissu ostéofibreux va se développer qui, rétractile comme tous les tissus de cicatrice, tendra à rapprocher du calcanéum les cinquième et quatrième métatarsiens : or, le scaphoïde et le cunéiforme continuant à croître et projetant en avant les trois premiers métatarsiens, vont basculer l'avant-pied et accentuer cette abduction en valgus. « Beau résultat, dit avec raison Chobant, d'un membre impotent on aura fait un membre difforme, d'un malade on aura fait un estropié ! »

Chez l'adulte, est-il possible, par ces larges excisions tarsiennes, d'esquiver l'amputation ? Le moignon de pied ainsi conservé a-t-il des qualités fonctionnelles suffisantes? On eût bien surpris les vieux cliniciens, en leur montrant les résultats qu'ont obtenus Kappeler et M. Ollier. L'étude de ces résultats définitifs établit nettement que, comme le dit Kappeler, ces interventions valent mieux que leur réputation : *Dass diese Operationen besser sind als ihr Ruf.* Voici, par exemple, la première opérée de Kappeler, femme de vingt-six ans, qui subit une résection des cinq métatarsiens, des trois cunéiformes et du cuboïde, pour une carie étendue ; onze ans après l'opération, elle vient visiter Kappeler. « Elle est bien portante, elle fait les travaux de la maison et des champs avec un soulier ordinaire, un peu plus court et muni d'une double semelle ; elle marche sans canne, sans boiterie, sans douleur. Le pied est fortement raccourci, en forme de barque ; les premières phalanges des orteils sont presque verticales, les deux dernières se recourbent en bas ; il ne s'est pas produit de néoformation osseuse ; la première phalange du gros orteil est unie à l'os naviculaire par du tissu fibreux, et les deux os sont mobiles en tous sens ; même mobilité des premières phalanges des quatre derniers orteils, réunies au calcanéum et au scaphoïde par des tissus fibreux. »

La seconde opérée, âgée de trente-sept ans, a subi la résection du scaphoïde, des trois cunéiformes, des surfaces articulaires des deuxième et troisième métatarsiens, et l'évidement du cuboïde. Neuf ans après l'opération, Kappeler voit sa malade, vigoureuse campagnarde de quarante-six ans. « Après une marche de plus d'une heure elle éprouve parfois quelques élancements au niveau de la cicatrice opératoire ; elle porte la plupart du temps un soulier ordinaire, et sa démarche ne diffère point de celle du côté opposé. » La troisième opérée à qui Kappeler a réséqué l'astragale, le scaphoïde, les trois cunéiformes, le cuboïde et un morceau de calcanéum, est revue trois ans après la résection. « Depuis deux ans elle travaille ; sa nutrition générale est bonne ; avec un soulier ordinaire, elle a pu faire, sans fatigue, une course de 7 kilomètres, à la vitesse normale ; elle s'est exercée à la danse et peut danser toutes les

(1) OLLIER. In Thèse de Chobant, *De la tarsectomie antérieure*, Lyon 1889.

danses, excepté la valse. » Sur les 7 cas de Kappeler, il y a 4 guérisons complètes; Lanestein, Scheppard, ont rapporté des faits analogues. Kappeler avait réuni en son remarquable mémoire 59 excisions larges du squelette du pied : 50 malades ont survécu, 42 avec une guérison définitive. Conner (1), qui a relaté deux cas favorables de larges résections tarsiennes, a colligé le total respectable de 108 cas du même ordre, avec une mortalité opératoire de 10,18 p. 100, et d'encourageants résultats fonctionnels. Mais, dans cette longue liste de faits, trop de cas sont sommairement indiqués, trop appartiennent à la période préantiseptique, pour que leur réédition soit instructive. Mieux vaut une observation bien étudiée de M. Ollier ou de Kappeler, que ces patients tableaux, construits à grands efforts de bibliographie incomplète. La plupart des opérés de M. Ollier ont des résultats fonctionnels parfaits : le malade de l'observation XIV de la thèse de M. Chobant, revu un an après la résection de tout le tarse antérieur, « marche sans bâton, sans appui; il va travailler tous les jours à 8 kilomètres de chez lui, ce qui fait 16 kilomètres aller et retour; il a fait un jour plus de 30 kilomètres sans bâton ». L'étudiant en pharmacie qui a subi la résection de l'antétarse est retrouvé quatre ans après pharmacien, aux environs de Buenos-Ayres : « Il marche comme tout le monde, sans béquilles ni bâton, il danse même fort bien et longtemps. » Et de fait, la charnière ostéo-fibreuse qui unit l'arrière-pied au métatarse est une favorable condition de maintien de la souplesse du pied.

Donc, il est incontestable qu'à l'heure actuelle la limite de la conservation de la tuberculose ostéo-articulaire du pied se recule. L'opération de Vladimiroff, seize fois pratiquée déjà pour caries, n'est-elle point le plus complet échantillon de cette chirurgie conservatrice qui s'efforce d'écarter l'antique et obligée amputation de jambe? Il convient donc de reviser la thérapeutique, trop aisément radicale, et trop vite résignée aux grands sacrifices. Mais, il semble bien, dès à présent, que si ces tentatives sont louables et justifiées chez les jeunes, chez les adultes robustes et bien nourris, trop souvent encore il faudra, chez les tuberculeux âgés, chez les tuberculeux pauvres et qu'il est urgent d'enlever au lit d'hôpital, chez les tuberculeux à lésions viscérales, il faudra, tout comme « au bon vieux temps » dont parle Erichsen, couper la jambe pour les tuberculoses du pied. Après trente-cinq ans, plus de tarsectomie, ont dit quelques-uns : amputez. En vérité, ce n'est point de limite d'âge qu'il s'agit; M. Ollier a, avec un beau succès, enlevé le tarse antérieur à un malade de quarante-six ans (Obs. X de Chobant); Robert (2) a réséqué le tiers antérieur du calcanéum, du scaphoïde et du cuboïde, à un malade de cinquante-huit ans; Gant a extirpé le calcanéum, le cuboïde et une partie du troisième cunéiforme, à un vieillard de soixante ans. C'est de l'état général du malade, de son coefficient de résistance, de sa situation sociale qu'il convient de s'inspirer : il faut que le malade puisse faire les frais (physiques et pécuniaires) d'un traitement qui, avant l'usage du membre, demande plusieurs mois, près d'un an parfois.

Que l'on considère d'ailleurs le voisinage de ces interlignes articulaires et la diffusion facile du processus tuberculeux; que l'on tienne compte des fusées fongueuses dans les gaines des tendons, de l'altération fréquente des chairs plantaires, si nettement décelée dans la majorité des cas par le bracelet d'empâtement qui cercle toute la circonférence du pied, au niveau de l'avant-tarse : et l'on s'expliquera le péril des récidives après ces grandes excisions conservatrices. Assurément, le nettoyage de la loge opératoire à la curette; la thermocautérisation des fongosités restantes; l'iodoformisation de la plaie sont d'utiles compléments à l'intervention, mais ne peuvent poursuivre le processus tuberculeux en tous ses foyers aberrants. Si, après quelques mois de suppuration, de fistules persistantes, de douleur, il faut en venir à l'amputation finale, où sera le bénéfice thérapeutique, surtout s'il s'agit d'un malade d'hôpital? Mieux eût valu, assurément, commencer par là.

Ce n'est pas tout encore que d'éviter la repullulation des fongosités, dans cette cavité large de résection tarsienne, ou dans ce moignon d'amputation économique : il faut encore que la statique du pied ne soit point trop altérée; que les appuis osseux conservés ne soient point douloureux; que, comme il arrive chez l'adulte, la rétractilité du tissu fibreux et le manque de la régénération osseuse, ou bien, ainsi que cela s'observe chez l'enfant, les mêmes causes aidées du développement irrégulier des os tarsiens inégalement conservés, ne créent point un pied bot, difforme et impotent. Assurément, grâce à la pratique de M. Ollier, grâce aux résections transversales totales du tarse, faites en pleine largeur, on évite ces déviations post-opératoires. Cela n'empêche point que, quand ces excisions économiques dépassent la limite de restauration possible, le morceau du pied gardé ainsi, à grand'peine, soit intolérant pour la pression, disgracieusement mutilé, invalide et incapable de bons services; en dernier résultat, cela vaut beaucoup moins qu'un bon pilon de bois. Dans l'observation VI de Kappeler, il s'agit d'une femme de quarante-six ans, à qui il enleva les cinq métatarsiens, les trois cunéiformes, le cuboïde, le scaphoïde, l'astragale et une partie du calcanéum : il ne restait donc plus que les orteils collés au calcanéum mutilé lui-même. Que l'on considère ce moignon difforme de pied : deux ans et demi après, les fistules sont guéries; « la portion de calcanéum qui reste est attirée en arrière et en haut, et dans la station debout ne repose pas sur le sol; la plante du pied est en forme de nacelle à convexité tournée en bas; et les orteils en griffes appuient sur le sol par leur pointe. Or, si l'on observe que pour arriver à ce résultat, aussi discutable au point de vue orthopédique qu'au point de vue fonctionnel, la malade a commencé par continuer à faire du pus dix mois après la première intervention, qu'il a fallu une seconde opération, que cette dernière a laissé deux trajets fistuleux qui ont suinté encore pendant toute une année, on est en droit de conclure qu'une amputation de jambe, donnant en quinze jours un moignon utile, eût mieux fait l'affaire de la malade.

Est-ce à dire, quand l'amputation paraît indiquée, qu'il faille d'emblée porter le couteau à la jambe, sur le lieu d'élection? Non, assurément; si l'examen des lésions, l'intégrité des parties molles, justifient une amputation partielle des types Choppart, Pirogoff, Paquier, on choisira cette intervention parcimonieuse. Dans les conditions opposées, on amputera haut; l'état des gaines, des chairs péri et sus-malléolaires, décidera le niveau d'amputation. Avec les progrès de la prothèse, on gardera de la jambe le plus

(1) Conner. *American Journal of the med. Science*, octobre 1883.
(2) Robert. *Viertel jahrschrift fur der practische Heilkunde*, 1885, vol. III, p. 1.

possible pour mouvoir l'appareil articulé; mais il faut un moignon indolent et sans récidive, sinon le malade, agenouillé sur son pilon, porterait « trois jambes au lieu de deux », comme disait A. Paré. Au reste, et c'est là une remarque capitale qui termine et régit ce point de thérapeutique, c'est sur les lieux et après enquête que se décident en dernier ressort le mode et les limites de l'intervention chirurgicale. On aura arthrotomisé un cou de pied pour le gratter, et, devant l'étendue des dégâts, c'est par une résection tarsienne large ou par une amputation qu'on finira : d'où le précepte pratique des incisions prévoyantes, « bonnes à tout faire ».

L'HYGIÈNE DE LA VUE

DANS LES ÉCOLES ET COLLÈGES DE FRANCE

Par M. le docteur Motais (d'Angers).

Les études scolaires ont-elles une influence dangereuse sur la vue ?

En Allemagne, en Suisse, etc., ce n'est pas douteux, de nombreuses recherches l'ont démontré. Mais ces recherches sont restées assez rares en France, pour que des hygiénistes prétendent encore que la myopie scolaire, si fréquente chez les Allemands, n'est qu'une question de race et n'existe pas chez nous.

Pour fixer l'opinion sur ce point important, nous avons examiné près de 5000 élèves des collèges et écoles dans le centre ouest de la France, région qui ne peut être suspecte d'aucune affinité de race avec l'Allemagne.

Nous sommes arrivé aux conclusions suivantes :

La moyenne générale de la myopie dans les collèges, pour la classe de rhétorique ou de philosophie, est de 35 p. 100. Si nous ôtons de cette moyenne le Prytanée militaire de la Flèche qui, pour des raisons spéciales, n'a qu'une proportion de myopies de 26 p. 100, nous arrivons dans nos lycées et collèges ordinaires à 46 p. 100, dans la philosophie.

Or, la moyenne trouvée par Cohn, en Allemagne, est de 57 p. 100, et par Emmerth, en Suisse, de 50 p. 100.

Nous sommes donc autorisé à affirmer que la myopie scolaire existe en France, à peu près au même degré qu'en Allemagne.

L'origine scolaire de la myopie est rendue plus évidente encore par les chiffres suivants tirés de notre moyenne générale. Dans la classe inférieure nous avons trouvé : myopie 0. Dans la troisième 17 p. 100. Dans la philosophie 35 p. 100. La progression est trop démonstrative pour qu'il soit besoin d'insister.

L'influence des études scolaires est modifiée par plusieurs autres facteurs, notamment l'hérédité. Un père myope transmet généralement la prédisposition myopique à sa fille, la mère à son fils. Mais la scolarité crée de toutes pièces des myopies acquises, qui se transmettent à leur tour par l'hérédité.

Le quart des yeux myopes que nous avons observés ne présentait pas de complications. Dans ce cas, la myopie était une simple infirmité. Les trois quarts étaient atteints, au contraire, de complications souvent assez graves, pour qu'un certain nombre de jeunes gens fussent forcés de renoncer à la carrière choisie par eux, ou de l'exercer dans des conditions d'infériorité fâcheuses.

On sait, d'autre part, que le nombre toujours croissant des myopes a déterminé leur admission dans l'armée, avec usage des lunettes. Dans les services auxiliaires, cette mesure n'a pas d'inconvénients. Mais dans le service actif, tout soldat ou officier myope, privé de ses lunettes, est absolument désarmé.

Il y a donc là une situation grave, à laquelle il importe de remédier.

Nous le pouvons dans une mesure assez large, en modifiant les mauvaises conditions hygiéniques de la plupart de nos collèges.

Certaines réforme, admises par tous les hygiénistes, sont plus ou moins imposées par les règlements.

Nous les énumérerons brièvement :

Éclairage diurne : unilatéral ou bilatéral, pourvu que la place la plus sombre soit encore suffisamment éclairée (Javal).

Éclairage nocturne : un bec de gaz, avec verre, pour six élèves, en attendant la lumière électrique, la plus hygiénique des lumières artificielles à tous égards.

Mobilier pour les collèges : six types de tables à deux places, quatre types pour les Écoles primaires ; chacun de ces modèles adapté à la taille des élèves. Bancs rapprochés des tables. Tables tournées de telle sorte que le jour vienne latéralement et de préférence du côté gauche.

Écriture droite, corps droit, cahier droit (George Sand).

Impression des livres de classe avec caractères neufs, développés en largeur, sur papier jaunâtre (Javal).

Les réformes suivantes sont moins connues. Nous insistons particulièrement sur celles-ci :

Réformes pratiques et non dispendieuses applicables aux vieux établissements d'instruction, telles que : vitrage des portes pleines, remplacement des vitres dépolies par des vitres transparentes, changement de direction des tables vers le jour latéral, augmentation des foyers de lumière artificielle, groupement intelligent des élèves autour des lampes. Tables et bancs baissés par un trait de scie sur les pieds ou haussés par des tasseaux surajoutés, émondage des arbres qui projettent de l'ombre sur les fenêtres, etc., etc.

Interruptions plus fréquentes dans les heures d'étude. — Cette mesure, conseillée théoriquement jusqu'ici, est démontrée par les deux faits suivants :

A l'école des Arts et Métiers d'Angers et au Prytanée militaire de la Flèche, la myopie est relativement peu élevée, malgré l'installation très imparfaite de ces établissements, quant à l'hygiène de la vue. Mais, à l'École des Arts, les études sont fréquemment interrompues par des travaux manuels. Au Prytanée, les études, très sagement réglées par M. le général Brault, ne durent jamais plus d'une heure et quart et les récréations consistent en exercices très actifs. Ajoutons qu'au Prytanée, la moyenne de l'instruction est au moins égale à celle des lycées ordinaires. La ligue pour la propagation des exercices physiques dans les collèges trouverait ici un argument de grande valeur.

Inspections de la vue dans les collèges et écoles. — Nous regardons ces inspections comme indispensables :

1° Dans l'intérêt du collège : rapports sur les réformes utiles, surveillance générale de l'hygiène de la vue ;

2° Dans l'intérêt des élèves : l'oculiste découvre ainsi de bonne heure et à temps, pour des soins efficaces, un nombre tout à fait inattendu de lésions oculaires (asthénopies, strabisme, hypermétropies excessives, astigmatisme, myopie au début), qui, le plus souvent, sont signalées trop

tard par les parents. Il prescrit le traitement et fixe le choix des verres, sans le laisser aux caprices de l'élève.

A ces mesures prises dans les colléges, nous ajouterons enfin le conseil de suivre la même hygiène dans les familles où les conditions de travail sont trop fréquemment défectueuses.

En somme, la myopie scolaire existe, en France comme en Allemagne, dans une proportion déjà inquiétante, et ne fera que s'accroître, si l'on se contente de décréter des réformes, sans les appliquer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 novembre 1889. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté déposé par M. Dujardin-Beaumetz;

2° Un mémoire et une note de MM. Valude (de Vierzon) et Villejean sur un médicament fébrifuge, employé au Mexique sous le nom de « pambolano ».

PRÉSENTATION

Encéphalie. — M. GUÉNIOT présente un enfant né, la nuit dernière, à la Maternité. Cet enfant offre deux vices de conformation : une encéphalie et une section symétrique des deux maxillaires supérieurs. Une bride amniotique s'est introduite dans la bouche et les maxillaires sont détachés complètement de chaque côté des os malaires.

Né à huit mois, l'enfant s'est présenté par le siége; la tête ne ballottait pas. Cette absence de ballottement est à retenir comme signe de diagnostic des vices de conformation.

L'enfant n'a eu qu'une respiration; l'enfant et le placenta ont été expulsés en même temps.

COMMUNICATION

Hygiène de la vue. — M. MOTAIS (d'Angers) lit une note sur l'hygiène de la vue dans les écoles et colléges de France. (Voir plus haut, p. 1213.)

RAPPORTS

Trichiasis. — M. JAVAL présente un rapport sur une note de M. Costomiris relative à un procédé hippocratique pour le trichiasis.

Prix Civrieux. — M. DAMASCHINO lit le rapport sur le prix Civrieux.

Épidémies. — M. OLLIVIER donne lecture de son rapport officiel sur le service des épidémies en 1888.

Eaux minérales. — M. CONSTANTIN PAUL donne lecture du rapport officiel sur le service des eaux minérales en 1887.

COMITÉ SECRET

L'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les prix Desportes et Buignet et voter sur les conclusions.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le docteur Le Sourd, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Béziers, le 17 novembre 1889.

Monsieur et très honoré confrère,

A l'occasion de la fête du centenaire de l'Université de Montpellier, Mme Bouisson, désireuse de lier le nom de M. Bouisson à cette solennité, a institué deux prix : le premier, de 6000 francs; le deuxième, de 4000 francs, pour récompenser les meilleurs travaux sur la vie et les œuvres du professeur Bouisson.

A cet effet, la Faculté de médecine de Montpellier a pris la délibération suivante :

Mme Bouisson s'étant départie de la jouissance d'un legs de cent mille francs, fait par le professeur Bouisson à la Faculté de médecine de Montpellier...

Article premier. — Un concours est ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, ayant pour objet une étude *Sur la vie et les œuvres de M. Bouisson.*

Art. 2. — Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine.

Art. 3. — Deux prix sont institués pour la récompense des lauréats :

Le premier, de 6000 francs; le deuxième, de 4000 francs.

Art. 4. — Le concours sera clos le 1er avril 1890, et les manuscrits, destinés à ce concours, seront adressés avant cette date, terme de rigueur, à M. le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

Art. 5. — Les manuscrits seront rédigés en langue française, ne portant ni signature, ni aucun autre indice personnel, et seront simplement accompagnés d'une épigraphe qui sera reproduite sur un pli cacheté, renfermant les nom et adresse de l'auteur.

Art. 6. — Dès la clôture du concours, M. le doyen de la Faculté de médecine de Montpellier convoquera le conseil, à l'effet de nommer une commission qui sera chargée d'examiner les manuscrits et de rédiger un rapport sur leur mérite respectif. Ce rapport sera lu dans une nouvelle séance, et le Conseil décernera alors les prix au scrutin secret.

Art. 7. — Les manuscrits non couronnés ne seront pas rendus et les plis cachetés ne seront ouverts que sur la demande des auteurs.

Je suis bien aise, Monsieur le directeur, de vous communiquer cet arrêté, avec prière de vouloir bien en donner connaissance aux nombreux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*, ou aux autres personnes qui seraient désireuses de prendre part à ce concours, dont les prix seront décernés à l'heure où un grand nombre de savants de France et de l'étranger se trouveront réunis à Montpellier.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Dr Boyé,
chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Béziers.

P.-S. — Les personnes qui désireraient concourir pourront s'adresser à Mme veuve Bouisson, Grand'rue, 27, à Montpellier, qui tient à leur disposition les documents nécessaires à leur travail.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 16 novembre 1889, ont été réintégrés, avec leur grade, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

M. le médecin-major de deuxième classe Fritz.

MM. les médecins aides-majors de première classe Girbal, Vieillard, Colson, Gaudard, Hamon, Cahon, Bourdelais et Rabasté.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Dupuy, Moreau, Coglioso, Lécuyer, Budin, Paret, Chabert, Rivière, Alquier, Carpentier, Lemardeley, Le Bouteiller, Boisgard, Sahuet, Laloy, Michaut, Dieu et Valtat.

— *Concours de l'externat.* — Anatomie : neuvième séance (samedi 16 novembre) : « Muscle sterno-mastoïdien. »

Il n'y a pas eu de séance le mardi 19.

La dixième séance aura lieu aujourd'hui jeudi, 21 novembre, à quatre heures.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Coudray est maintenu dans les fonctions de préparateur du cours de pathologie externe.

— Le personnel des travaux pratiques et du laboratoire de physiologie est composé ainsi qu'il suit, pour l'année scolaire 1889-1890 : MM. Laborde, chef des travaux; Rondeau et Saint-Hilaire, préparateurs; Langlois, chef du laboratoire, et Héricourt, chef-adjoint.

— M. le docteur Lepage est nommé chef du laboratoire de clinique obstétricale (emploi nouveau).

— Sont nommés aides d'anatomie : MM. Faure, Mauclaire, Chipault, Delagenière et Noguez.

— Pendant la période d'examen de 1889-1890, le ministère d'Alsace-Lorraine a accordé, à 31 médecins et à 14 pharmaciens, la faculté d'exercer en Alsace-Lorraine. Parmi les premiers, on compte 10 Alsaciens-Lorrains; parmi les pharmaciens, 9 sont Alsaciens-Lorrains. Un des médecins en question est originaire de la Macédoine.

— M. Hutinel, agrégé, chargé de cours, suppléant M. le professeur Grancher, commencera le cours de clinique des maladies des enfants, le samedi 23 novembre 1889, à dix heures du matin, à l'hôpital des Enfants-Malades, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

MM. les docteurs Deschamps et Martin de Gimard, chefs de clinique des maladies des enfants, feront à tour de rôle, tous les mercredis, des conférences de séméiologie dans la salle de la policlinique.

— M. le docteur Landolt commencera son cours de chirurgie oculaire, samedi 23 courant, à deux heures, à sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts, et le continuera les samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur de Saint-Germain reprendra ses leçons cliniques, à l'hôpital des Enfants-Malades, le jeudi 28 novembre, à neuf heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

33

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

36

NI GASTRALGIES, NI ENTÉRALGIES !

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé.	0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . .	0 20
Extrait de salsepareille	0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, BORDEAUX, et phies.

28

MÉDAILLE D'OR, PARIS 1888

VIN GUÉRIN

PEPSI-PHOSPHATÉ,
Digestif, Reconstituant,
Ferments physiologiques, Amers, Analeptiques.
Convalescences, Anémie, Palpitations
Dyspepsies, Anorexie, Débilité
verre à madère avant le repas. Envoi fo d'échns.
PRIX : *4* FRANCS

Dépôt général : TRAPENARD, phcn, 35, rue des Dames Paris, et toutes pharmacies.

65

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

10

Récompense de 16 600 fr. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

66

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans **l'anémie, la chlorose,** la **leucorrhée, l'aménorrhée, la cachexie scrofuleuse, la syphilis constitutionnelle,** le **rachitisme,** etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

16

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf
SANS GRAISSE NI GÉLATINE
Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.
HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

69

PEPTONE DENAEYER

Éléments de la viande digérés et diffusibles, en solution concentrée à 20 p. 100, **limpide et stérilisée;** saveur et arôme de for bouillon de bœuf.

Analyses de MM. les professeurs Violette, Frésénius, Krukenberg, etc.

Rapport à l'Académie royale de médecine de Belgique.

BROCHURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

PEPTONATE DE FER DENAEYER

ferrugineux neutre, non astringent, complètement assimilable.

Dépôt central : MICHELAT *et* LESUEUR, *9, rue des Guillemites, Paris. — Pour le Nord, Pharmacie* GOBERT, *à Lille.*

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

42

SIROP POLYPHOSPHATÉ, ÉLIXIR POLYPHOSPHATÉ

VIN LOGEAIS POLYPHOSPHATÉ

aux PHOSPHATES de POTASSE et de SOUDE et à la NOIX de KOLA.

Un verre à liqueur représente 0,70 centigr. de phosphates combinés.

Réparateur des Os, des Muscles, du Sang.

Paris, 37, avenue Marceau, et toutes pharmacies.

67

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

82

BLENNORRHAGIE — CYSTITE
ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac,* ni *renvois,* ni *diarrhée,* ni *odeur des urines.*

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

66

PILULES DE SALICYLATE D'HYDRARGYRRE

De L. FRERE
PILULES IMPRIMÉES

Chaque pilule porte l'inscription SALICY. HG. UN CENTI. Des expériences récentes, faites par des spécialistes éminents, ont montré que le salicylate de mercure est supérieur à toute autre combinaison mercurielle, par la facilité avec laquelle il est toléré par l'organisme. Ce sel ne produit ni désordres digestifs, ni salivation à la dose de 4 à 6 pilules par jour. Son activité spécifique est au moins égale à celle de toute autre préparation hydrargyrique.

Prix : **2** *fr. le flacon de 50 pilules.*

MAISON L. FRERE, 19, RUE JACOB, PARIS.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

51

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

(Quinquina, pyrophosphate de fer écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique.* Trousseau et Pidoux; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : J.-B. BOSREDON aîné, Brive (Corrèze).

79

PILULES SUISSES

(Pilules de coloquinte composées)
PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

62

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, 5 fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

N° 134. — SAMEDI 23 NOVEMBRE 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 23 NOVEMBRE 1889. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les hystéries provoquées.

Par M. E. BRISSAUD, agrégé, médecin des hôpitaux.

I

Dans le dernier Congrès international de médecine légale, la question des rapports de l'hystérie avec les traumatismes en général s'est trouvée soulevée incidemment à propos d'une intéressante communication de M. le docteur Vibert. La lumière n'a pas jailli de la discussion. La plupart des orateurs qui y ont pris part, sans se déclarer franchement contre la nature hystérique des accidents nerveux imputables au traumatisme, ont formulé des restrictions peu favorables à la doctrine *française* de l'unité de l'hystérie, qui, après beaucoup de péripéties, fait son chemin à l'étranger. Peut-être avons-nous tort de parler de doctrine. Il ne s'agit, en réalité, que de faits.

Les syndromes qu'on a désignés sous les noms de *railway-spine* et de *railway-brain* sont très variés. Un grand nombre relèvent directement de l'hystérie; cela ne devrait plus faire l'objet d'un doute pour personne.

Depuis quatre ou cinq ans, M. Charcot s'évertue à démontrer que l'hystérie est « une et indivisible »; que l'hystérie survenue à propos d'une collision de chemin de fer est exactement la même que l'hystérie dite spontanée. Les faits si curieux d'hystérie par intoxication, rapportés par MM. Debove, Letulle, Dreyfous, Marie, prouvent encore plus clairement cette unité et cette indivisibilité. Toutes les hystéries, qu'on pourrait appeler *accidentelles*, ne sont, en somme, que l'*hystérie*, sans adjectif. Inégales, selon les cas, quant à leurs symptômes, elles sont rigoureusement équivalentes, quant à leur nature. C'est, au point de vue nosographique, la même espèce morbide.

Dans une thèse fort remarquable à tous égards, M. Guinon a réuni quatre-vingt-cinq observations d'hystérie accidentelle, dont la plupart avaient été commentées déjà par M. Charcot, dans ses leçons cliniques de la Salpêtrière. Ces pièces justificatives entraînent la conviction et il nous paraît étonnant qu'on discute encore.

Il y a huit jours, à propos d'une présentation de malade, faite par M. Gilbert à la Société médicale des hôpitaux, M. le professeur Hayem exprimait le regret qu'on détournât, depuis quelque temps, le sens du mot hystérie de son acception primitive. Il est vrai que, chez le malade de M. Gilbert, il s'agissait d'une hystérie tabagique, et que l'intoxication tabagique peut faire naître, à côté des symptômes de l'hystérie, des troubles nerveux similaires et de nature à donner le change. Il n'est pas toutefois inadmissible que si le plomb, le mercure, l'alcool, le sulfure de carbone sont des agents provocateurs de l'hystérie, le tabac puisse l'être au même titre. Le diagnostic de M. Gilbert est parfaitement légitime. Ici, la cause n'est pas spécifique; mais la maladie est spéciale. C'est une réaction invariable dans sa nature; c'est ce que les mathématiciens appellent une *constante*. On ne peut nier que des causes différentes puissent produire des résultats identiques. Cela est si vrai, en pathologie, qu'une maladie, comme la goutte saturnine par exemple, est absolument semblable à une autre maladie, la goutte diathésique (héréditaire ou acquise). On aurait bien voulu trouver une différence; on n'y est jamais parvenu. Et, si les lésions organiques ne sont pas toujours conformes dans les deux cas, cela tient à ce que le saturnisme a ses lésions propres qui s'ajoutent à celles de la goutte et les défigurent. Il en est de même, au point de vue symptomatique, pour les névroses accidentelles, où l'hystérie tient une place tantôt prépondérante, tantôt effacée.

En résumé, ni les traumatismes, ni les intoxications, ni la fulguration, ni la terreur, « ni l'amour même » ne sont capables de produire des hystéries distinctes. Ce sont de simples *agents de provocation* et des plus subalternes. C'est le sujet auquel ils s'adressent qui réagit à sa façon. Il lui faut seulement une mise en train. Si c'est en lui que réside la spécificité de sa maladie, c'est que l'hystérie est en lui presque l'égale d'une fonction. La rétine n'a qu'une manière de réagir aux excitations, quelles qu'elles soient, piqûres, brûlures, pincement, faradisation, etc. Cette réaction est toujours une sensation visuelle. La sensation visuelle est une *constante* physiologique, comme l'hystérie est une *constante* pathologique.

II

Nous ne voulons envisager qu'une partie de la question, et comme l'hystéro-traumatisme des chemins de fer a été le point de départ de la discussion au Congrès de médecine

légale, nous nous en tiendrons à cette prétendue « variété » d'hystérie accidentelle.

En dehors des accidents purement chirurgicaux qui résultent d'une collision de trains, on peut observer — chez quelques voyageurs — parmi ceux qui sont « sains et saufs », des phénomènes nerveux qui, pour être tardifs, n'en sont pas moins graves. Il n'est pas toujours facile de rapporter ces symptômes à une lésion déterminée. Beaucoup doivent être attribués à ces formes de vésanies, auxquelles Lasègue, dans sa sagesse, n'avait pas voulu donner de nom spécial. Il se bornait à appeler ceux qui en étaient atteints des « cérébraux ».

A côté de la *cérébralisation* — le mot est encore de Lasègue — on voit quelquefois la véritable paralysie générale. Puis, il y a les *spinaux;* nous avons vu, M. Pitres et moi, il y a peu de temps, un *spinal*, victime d'un tamponnement de chemin de fer. Ce n'était ni un hystérique, ni un neurasthénique. Il n'était pas paralytique général, ni ataxique, ni paraplégique. En tout cas, c'était un spinal. Toute autre désignation eût été téméraire.

La maladie de Parkinson, la maladie de Basedow figurent encore parmi les complications nerveuses des traumatismes en question.

Mais ce qu'on voit plus souvent encore que tout le reste, c'est un ensemble de symptômes cérébraux et spinaux, qui n'appartient en propre ni à l'hystérie franche, ni à la neurasthénie pure et simple. C'est une association de symptômes hystériques et de symptômes neurasthéniques. S'il ne s'agit que d'une juxtaposition, convient-il de conserver à ce syndrome le nom de *railway-spine ?* Assurément non. Et même, dans le cas où il s'agirait bien d'une névrose spéciale, le mot serait encore mauvais, attendu que le même groupement symptomatique s'observe dans les cas de névroses par intoxication sur lesquelles MM. Debove et Letulle ont, les premiers, appelé l'attention.

Bref, la névrose, survenue à l'occasion d'un accident de chemin de fer, est-elle une forme spéciale, influencée par la nature de l'accident, un hybride d'hystérie et de neurasthénie ? Ou bien n'est-elle qu'un mélange, à parties plus ou moins égales, d'hystérie et de neurasthénie ? Toute la question est là.

Toute la question était là, car elle a été résolue. Il n'y a rien de spécifique dans la névrose dont il s'agit, M. Charcot en a cent fois fourni la preuve.

A la suite d'un accident de chemin de fer, on voit éclater tantôt les symptômes de l'hystérie classique, sans neurasthénie, tantôt ceux de la neurasthénie, sans hystérie ; pourquoi donc admettre que l'association de l'hystérie et de la neurasthénie, survenue dans les mêmes circonstances, est une espèce nouvelle ? Est-il donc si rare de voir évoluer les deux maladies côte à côte, chez des gens qui, à aucune époque de leur vie, n'ont été tamponnés ? N'est-il pas très ordinaire d'assister à la rétrocession de l'une, tandis que l'autre suit son cours ? S'il s'agissait d'une espèce à part, la névrose, dans ce dernier cas, se serait donc dichotomisée ?

En présence de tels faits, on se demande comment quelques neuropathologistes — et non des moins émérites — persistent à soutenir la dualité ou même la multiplicité des névroses provoquées. La raison de ce schisme — nous ne croyons pas nous tromper — est une simple question de mots. C'est le mot *hystérie* qui nous divise. M. Brouardel l'a dit d'ailleurs très explicitement : « Si l'on supprimait le mot *hystérie*, nous serions bien près de nous entendre. »

Le malheur est que, si chacun est libre d'inventer des mots selon son bon plaisir, personne n'a le droit d'en supprimer. L'Académie dût-elle s'en mêler, la chose est impossible. Tout le monde convient que l'hystérie a été mal nommée. Mais est-elle responsable du nom qu'elle porte ? Elle s'y est habituée ; pourquoi le lui ôter ? Si, avec le temps et par la force des choses, elle a changé d'aspect, n'est-il pas un peu tard pour la débaptiser ?

Peut-être M. Brouardel a-t-il voulu dire qu'on devrait supprimer le mot d'*hystérie* en tant qu'il s'applique au *railway-spine* et aux névroses toxiques ? Mais, dans ce cas, nous nous demandons comment on pourrait intituler la petite observation suivante :

Une femme, endormie dans un compartiment de chemin de fer, est réveillée vers le milieu de la nuit par un fracas épouvantable. Elle se sent brusquement enlevée au-dessus de son siège, puis aussitôt retombe sur les deux genoux, entre les deux banquettes. Elle ne se fait, d'ailleurs, aucun mal. Le train s'arrête. Un essieu du wagon s'était brisé. Personne n'était blessé. On laisse sur la voie le wagon désemparé, et le train reprend sa route. Le surlendemain la voyageuse, après une nuit de sommeil très calme, se réveille avec les symptômes que voici : paralysie complète de la motilité et de la sensibilité des deux membres inférieurs; anesthésie sensitivo-sensorielle de tout le côté gauche; amblyopie bilatérale et hyperesthésie en plaques sur la face antérieure des deux cuisses. Quelques jours plus tard, elle éprouve une certaine gêne respiratoire, un spasme du larynx, un étouffement pénible, survenant par crises et aboutissant parfois à une véritable attaque de nerfs avec perte de connaissance.

Tous ces accidents persistent pendant six semaines environ, puis disparaissent dans l'espace de vingt-quatre heures sans laisser aucune trace.

Voilà un cas bien simple, bien banal, dont le diagnostic ne comporte pas la moindre difficulté. Il s'agissait évidemment d'une prédisposée chez qui la frayeur, encore plus que le traumatisme, avait produit un réveil en sursaut de la diathèse hystérique. C'est une observation de *railway-brain* ou de *railway-spine*, s'il en fût. Refusera-t-on à cette maladie éphémère, imprévue, accidentelle, le nom d'hystérie ? Personne n'y songera.

Cependant, si nous disions que notre malade était un homme et non une femme, nous serions moins sûr de rallier M. Vibert à notre diagnostic. C'était un homme, en effet; mais nous ne voyons pas en quoi sa névrose traumatique se distinguait de l'hystérie classique. Pourquoi donc aurions-nous confisqué à cette névrose son vrai nom ? C'eût été pure injustice. En quoi avait-elle démérité ? N'était-ce pas la même paralysie flaccide, avec sa délimitation caractéristique ? N'était-ce pas la même anesthésie paraplégique, associée à l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, avec le rétrécissement du champ visuel, avec les mêmes plaques d'hyperesthésie ? Sous prétexte que le chemin de fer est parfois l'occasion de la névrose, faudrait-il établir une distinction entre l'hystérie (côté des dames) et l'hystérie (côté des hommes)?

Qu'on n'invoque pas surtout cette mauvaise raison, que les symptômes de l'hystéro-traumatisme ont une ténacité plus grande chez l'homme que chez la femme, que la guérison est souvent incertaine, que l'infirmité peut être définitive. Sans doute, les cas dont le pronostic est sombre ne sont que trop nombreux. Mais les hystéries prétendues

spontanées, telles qu'on en voit dans les asiles d'incurables, durent parfois dix, quinze, vingt ans. A notre connaissance, aucune observation de *railway-spine* (de la variété hystéro-traumatique) n'est comparable sous ce rapport aux grandes hystéries chroniques de la Salpêtrière.

Puis, on a recours à des sophismes comme celui-ci : les hommes sont plus sujets que les femmes aux symptômes complexes du railway-spine. Par conséquent, le railway-spine ne peut pas être de l'hystérie ; car, s'il en était ainsi, l'hystérie serait plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et cela est inadmissible.

A cela on peut répondre : Certainement, l'hystéro-traumatisme est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, mais non pas l'hystérie. Il est même probable que l'hystérie, sans adjectif, est un peu moins commune chez l'homme. En revanche, si toutes les formes possibles de railway-spine sont plus nombreuses chez les hommes — et l'on en peut dire autant des contusions et des fractures — c'est parce qu'il y a beaucoup plus d'hommes que de femmes qui voyagent. Le rapport est très difficile à établir, car la statistique est muette sur ce point. Mais on peut l'évaluer approximativement. D'après des renseignements puisés à bonne source, on compte, sur un des grands réseaux français, au départ de Paris, une voyageuse à peine pour trois voyageurs. Nous pouvons ajouter que, depuis trois ans, appelé à soigner des traumatisés de toutes sortes, sur ce réseau (où les accidents sont, il est vrai, très rares), nous avons eu affaire principalement à des ouvriers des ateliers de constructions, à des machinistes, à des hommes d'équipe ; nous en avons examiné une vingtaine. Pas une seule femme ne figurait dans le nombre des blessés. Au reste, la proportion plus grande des hystéro-traumatismes masculins peut se juger par l'importance relative des services chirurgicaux des hôpitaux français, et même de tous les pays du monde, où le nombre des lits de femmes est très inférieur à celui des lits d'hommes. La différence paraît encore plus grande, si l'on tient compte de ce fait que les lits de femmes sont en grande partie occupés par des malades atteintes d'affections utérines.

Mais les adversaires de l'hystérie traumatique ne sont pas à court d'arguments. En voici un autre. Chez les hommes, les troubles psychiques de la névrose présenteraient des caractères tout spéciaux. Pour préciser davantage, les hommes auraient l'hystérie triste, tandis que les femmes l'ont, en général, gaie ou insouciante. L'observation est encore parfaitement juste. Il faudrait seulement ne pas conclure trop vite. Car, s'il est une chose bien connue des aliénistes, c'est que, dans telle affection nosographiquement déterminée, les symptômes intellectuels peuvent varier d'un sexe à l'autre. On a remarqué, depuis plus de trente ans, que la paralysie générale se traduit, chez la femme, par un délire assez différent de celui de l'homme. Si l'homme et la femme ont les mêmes pneumonies et les mêmes pleurésies, c'est qu'ils ont mêmes poumons et mêmes plèvres. Mais, à l'état normal, la femme et l'homme ne pensent pas et ne sentent pas de même ; si, dans l'état morbide, les manifestations psychiques sont souvent distinctes, il n'y a là rien qui doive surprendre. Les faits le démontrent, d'ailleurs, et même ils le démontrent si bien, que, si un homme hystérique avait exactement les mêmes désordres intellectuels qu'une femme hystérique, on pourrait risquer ce paradoxe qu'il est atteint non seulement d'hystérie, mais encore de perversion sexuelle.

III

M. le professeur Grasset soutient une opinion mixte. Les accidents du railway-spine et de l'hystéro-traumatisme en général relèveraient bien de l'hystérie ; mais il s'agirait d'une hystérie à part, différente de l'hystérie classique. Un accident de chemin de fer, un choc traumatique peuvent déterminer cette forme d'hystérie, qu'on aurait méconnue jusqu'à ces dernières années.

Si la notion de causalité doit légitimement dominer toute la pathologie et, si, comme on l'a dit, l'avenir est à la pathogénie, il n'en découle pas que les maladies soient condamnées à ne plus porter que le nom de la cause qui les provoque. La spécificité de l'agent morbigène n'exclut pas la spécificité du malade. Les salles de garde savent par cœur certaine leçon clinique d'un chirurgien qui divisait les fractures de la jambe en « fractures par coup de pied, fractures par coup de poing, fractures par coup de maillet, fractures par coup de bâton, etc. ». Sans contredit, les classifications à base étiologique ont du bon, mais elles n'ajoutent ni n'enlèvent rien à la fracture ni à l'hystérie, envisagées en elles-mêmes. M. Vibert prétend que les coups de couteau ne donnent pas lieu aux symptômes du railway-spine ou du railway-brain. C'est une erreur. M. Vibert n'a pas lu le travail de M. Grasset sur l'hystéro-traumatisme. S'il l'avait lu, il aurait vu que c'est à la suite d'un coup de couteau que le malade de M. Grasset a présenté l'ensemble parfait des signes de l'hystéro-traumatisme. Il est vrai, pourrait objecter M. Vibert, que le coup de couteau avait été reçu par la victime sous un tunnel du chemin de fer du Midi. Mais nous pensons que cette circonstance est insuffisante pour constituer un cas de railway-spine.

Non seulement les coups de couteau, mais les simples coups de pied, la simple gifle peuvent faire naître le syndrome du railway-spine. Parmi les observations de M. Guinon, il en existe de très démonstratives à cet égard. Une correction, administrée mal à propos, peut faire naître, chez un adolescent prédisposé, les troubles de l'hystérie franche, — on a pu voir aussi la main qui châtiait providentiellement frappée de contracture.

Le choc moral est suivi parfois des mêmes effets que le choc traumatique. Une malade, observée par M. Guillerot, devient hystérique au moment où son mari la surprend en flagrant délit d'adultère. Un étudiant en médecine, soigné par M. Rendu, devient hystérique au moment où il apprend que sa fiancée l'a trompé. Ainsi, il n'y a pas pour les deux sexes deux poids et deux mesures : l'hystérie du choc moral est identique à l'hystérie du choc traumatique. Nous retiendrons, de la communication de M. Vibert, un passage bien significatif : « Quand on veut faire la part du traumatisme dans l'éclosion, après de longues années, d'une maladie mentale, on se heurte à cette difficulté qu'*il n'y a point de forme spéciale de paralysie générale traumatique ; la clinique est semblable à celle des cas spontanés.* » Voilà qui est bien dit. Et M. Charcot n'a pas mieux dit. Mais il a dit tout aussi bien : « *Il n'y a pas de forme spéciale d'hystérie traumatiqne ; la clinique est semblable à celle des cas spontanés.* »

IV

Si maintenant nous laissons de côté l'hystérie d'origine traumatique pour l'hystérie d'origine toxique, nous voyons, entre cette dernière et l'hystérie franche, une parfaite con-

cordance. Deux quantités égales à une troisième étant égales entre elles, la conclusion peut s'exprimer dans ces termes :

Toutes les hystéries sont la même hystérie. Toutes les hystéries sont « l'hystérie une et indivisible ».

Il n'y a pas à reculer devant une répétition quand il s'agit de convaincre. Qu'observe-t-on dans l'hystérie saturnine, dans l'hystérie alcoolique, dans l'hystérie mercurielle, dans l'hystérie sulfo-carbonée, dans l'hystérie oxy-carbonée, dans l'hystérie tabagique même ? Toujours la même chose, c'est-à-dire toujours les stigmates de l'hystérie, à savoir : les anesthésies sensitivo-sensorielles, la plupart du temps, l'hémi-anesthésie, l'anesthésie pharyngée, les plaques d'hyperesthésie, le rétrécissement concentrique du champ visuel, la dyschromatopsie, et, outre ces stigmates, accidentellement, les paralysies flaccides, limitées par des lignes circulaires d'amputation ou de désarticulation, la perte du sens musculaire et du sens articulaire, les contractures, les spasmes du larynx ou de l'œsophage, enfin les attaques de nerfs et certains troubles psychiques. Assurément, tous ces signes ou symptômes ne sont pas invariablement réunis et combinés dans les mêmes proportions chez tous les sujets. Il n'y pas de maladies parfaites, conformes au type idéal des prescriptions pathologiques ; mais ce groupement de symptômes, si incomplet qu'il soit, peut-il être attribué à une autre maladie que l'hystérie ? M. Hayem « s'élève contre l'abus qu'on fait du mot *hystérie*, qui, jusqu'à présent, représentait pour nous une névrose particulière, constitutionnelle, ce que l'on appelle, en nosologie, une *espèce*. Aujourd'hui, le mot *hystérie*, détourné de son acception première, ne caractérise plus une maladie, mais un élément morbide. »

S'il fallait, comme le désire M. Hayem, revenir à la « première acception » du mot hystérie, nous serions bien embarrassé de dire quelle a été cette première acception en dehors de celle qui l'identifiait à une *maladie utérine*. Sans remonter si haut, l'hystérie d'aujourd'hui est certainement bien différente de l'hystérie d'il y a trente ans. Briquet lui-même avait étendu considérablement le sens du mot hystérie, et personne ne songe à lui en faire un reproche. Avant lui, on pensait que le seul agent provocateur de l'hystérie était « l'amour contrarié ». Dans la langue populaire, l'hystérie ne s'appelait pas autrement que « le mal d'amour ». La thérapeutique en était simple et douce. Elle avait suggéré à Molière la jolie comédie de l'*Amour médecin*. Aujourd'hui, on ne nie pas que l'amour contrarié soit capable d'éveiller ou de réveiller la névrose. Mais il est bien permis d'admettre que l'hystérie reconnaît des causes occasionnelles multiples, puisqu'on l'admet sans conteste pour la maladie de Parkinson, pour la maladie de Basedow, pour l'asthme essentiel, pour la goutte même. Les chirurgiens sont moins récalcitrants à l'endroit du réveil des diathèses.

Pour ce qui a trait aux symptômes, l'hystérie de nos jours ne diffère pas moins de l'hystérie de 1830.

A cette dernière date, la description clinique était vraiment rudimentaire. La maladie, essentiellement féminine, consistait dans une sensation de « boule qui remonte » avec des spasmes convulsifs, des vapeurs (c'est-à-dire des bouffées de chaleur au visage ou du météorisme, on n'a jamais bien su exactement le sens de ce mot), et enfin certaines attitudes et certains mouvements du bassin, légèrement suspects de lubricité. Puis, comme beaucoup de symptômes nerveux trouvaient difficilement leur place dans des affections qu'on ne faisait encore qu'entrevoir, on les mettait invariablement sur le compte de l'hystérie. C'était un désordre à ne pas s'y reconnaître et qui justifiait bien le nom de maladie *protéique*, donné à la névrose.

Aujourd'hui, tous ces symptômes sont classés. M. Charcot s'est donné la peine de les analyser un à un ; il en a fait ensuite la synthèse, et l'on commence à y voir clair. Si l'hystérie de Briquet est méconnaissable, l'ataxie de Duchenne (de Boulogne) ne l'est pas moins. L'anémie d'Alberti l'est encore davantage, en grande partie grâce aux beaux travaux de M. Hayem. Et cependant, les mots d'*hystérie*, d'*ataxie*, d'*anémie* subsistent.

M. Hayem estime que « si des troubles analogues à l'hystérie sont produits par les intoxications, on devrait leur donner une dénomination particulière, et le mot hystérie devrait être ramené à son sens primitif ». Nous ferons remarquer que les intoxications produisent quelquefois, non pas des troubles « analogues » à l'hystérie, mais des troubles absolument identiques. Cela étant, il faudrait rayer le mot « hystérie » de la nomenclature pathologique, car nous ne voyons pas pourquoi on désignerait d'une façon différente deux maladies nosographiquement semblables. M. Vibert déclare que la paralysie générale consécutive aux traumatismes de chemins de fer ne diffère en rien de la paralysie générale spontanée. Or les traumatismes de chemins de fer n'étaient pas prévus dans la description primitive de la paralysie générale. Nous ne pensons pas cependant qu'il faille dire : « Si des troubles analogues à la paralysie générale sont produits par les traumatismes de chemin de fer, on devrait leur donner une dénomination particulière, et le mot « paralysie générale » devrait être ramené à son sens primitif. »

Il est facile de souhaiter une dénomination nouvelle pour les phénomènes en question. Il est moins facile de trouver la dénomination, — d'autant qu'elle ne serait pas légitime.

L'arsenic et le phosphore, à de certaines doses, produisent toujours, fatalement, des lésions et des symptômes déterminés. Le tempérament du sujet est indifférent. Il n'y a pas de réfractaires. Dans ces cas, on peut définir la maladie par la cause même qui l'a produite. Ici, l'espèce morbide a pour unique caractéristique la cause morbigène ; c'est précisément ce qui fait que la maladie est une véritable espèce morbide. Aussi n'y a-t-il pas, dans la pathologie, de maladies plus faciles à définir ni, en réalité, mieux définies que les traumatismes et les intoxications. Il n'en est pas de même des troubles nerveux d'origine toxique ; nous ne parlons, bien entendu, que de ceux qu'on qualifie, faute de mieux, de dynamiques. La dose ou la qualité du poison n'ont ici aucune influence. Une dose relativement faible de sulfure de carbone provoquera, chez un sujet hystérique, des accidents qu'une dose beaucoup plus forte ne produira jamais chez un sujet non hystérique.

Pour bien définir par un seul substantif l'hystérie toxique, il faudrait donc imaginer un mot composé qui exprimât à la fois l'idée de la cause morbigène et celle de l'aptitude individuelle. Le problème est à peu près insoluble.

V

Non seulement les intoxications, mais aussi les maladies infectieuses sont des agents provocateurs de l'hystérie. La syphilis, la scarlatine, la fièvre typhoïde sont parfois l'oc-

casion des premières manifestations de la névrose. Il n'est pas sans intérêt de remarquer que certaines des observations de Gubler, relatives aux *paralysies amyosthéniques*, méritent de figurer dans l'histoire toute contemporaine des paralysies hystériques provoquées. Tout récemment, M. Debove présentait, à ses collègues de la Société médicale des hôpitaux, un malade atteint de paralysie hystérique à la suite d'une diphthérie. Dans le cas particulier de la diphthérie, les accidents hystériques seraient, au dire de M. Debove, plus tardifs que dans les autres maladies aiguës. Chez son malade, ils n'étaient survenus qu'un mois après la maladie. Ce retard de l'éclosion de l'hystérie provoquée tiendrait « probablement à ce que le poison diphthéritique est éliminé lentement ». L'hypothèse, outre qu'elle n'a rien d'invraisemblable, se trouve justifiée par les recherches de MM. Roux et Yersin.

Mais il s'agit, ici encore, de savoir si le poison est l'agent efficace des manifestations hystériques : en d'autres termes, par le fait d'une vertu paralysante, comme la strychnine agit en vertu d'une propriété convulsivante ; ou bien, s'il n'est que le stimulant banal d'une susceptibilité individuelle. A la rigueur, peut-on supposer que le sujet aurait présenté les mêmes accidents hystériques si, au lieu d'une diphthérie, il avait eu une contusion de l'épaule ? Personne n'oserait répondre à une pareille question. Il n'en est pas moins remarquable que cette hystérie tardive est exactement identique à une hystérie traumatique, survenue *immédiatement après l'accident*. Pour cette raison, nous sommes tenté d'admettre que l'une et l'autre reconnaissent le même mécanisme.

A côté de l'hystérie consécutive aux maladies infectieuses, il faut réserver une place à celle qui se manifeste chez les sujets soupçonnés de fabriquer des produits toxiques en dehors de toute influence septique. Un homme habitué à une vie active est obligé de s'aliter pendant plusieurs semaines, par exemple pour une fracture de jambe. Quand il entre en convalescence, c'est-à-dire vers l'époque où il recommence à marcher, les symptômes de l'hystérie se déclarent inopinément. Au lieu d'une fracture, c'est peut-être une contusion ou une luxation qui serviront d'occasion à l'explosion des accidents. Dans tous les cas, « il n'est plus question de maladies infectieuses aiguës ou chroniques, de maladies par ralentissement de la nutrition bien caractérisées, mais plutôt d'états pathologiques plus ou moins nettement définis, arrivant en fin de compte au même résultat, c'est-à-dire à la production d'une modification profonde apportée dans l'organisme du malade » (1).

C'est dans ce cadre très vaste qu'il faut évidemment faire rentrer les troubles nerveux signalés par M. le professeur Brouardel chez les prisonniers. Les faits dont il s'agit sont nouveaux et très intéressants. Voici ce que dit en substance M. Brouardel (2) :

« Ce qu'à la Salpêtrière on considère comme les stigmates de l'hystérie, les anesthésies diverses, le rétrécissement du champ visuel, etc., nous l'observons, nous, dans une certaine catégorie de nos prisonniers, chez ceux qui, après avoir mené une existence active, sont soumis au repos presque absolu ; n'est-ce pas aussi ce qui se passe pour les ouvriers blessés ? Je pense que, dans ces conditions, il y a un trouble de nutrition qui donne naissance à des produits toxiques, *causes de tous les accidents observés*. Ce n'est pas là une simple hypothèse, car on a isolé, chez un individu qui présentait des crises épileptiformes, un alcaloïde convulsivant pour la grenouille ; chez un mélancolique, on a isolé un alcaloïde anesthésiant. Je ne nie pas les grands progrès réalisés par l'école de la Salpêtrière ; mais je pense qu'il y aura des distinctions à établir dans ce groupe de l'hystérie créé par M. Charcot. »

On le voit, M. Brouardel attribue surtout à un trouble de la nutrition les phénomènes observés ; et il tend à les considérer comme le résultat immédiat d'une intoxication.

En ce qui concerne les gens actifs, condamnés du jour au lendemain à l'immobilité, nous venons de dire ce qu'il faut penser des symptômes névropathiques qu'ils présentent.

Quant aux prisonniers, s'ils sont tous soumis aux mêmes conditions du ralentissement nutritif, et si tous ne manifestent pas les mêmes troubles nerveux, c'est qu'il y a des sujets, dans le nombre, qui sont moins prédisposés que d'autres. L'alcaloïde convulsivant et l'alcaloïde anesthésiant les laissent indifférents. Il serait bien utile, pour formuler une conclusion, d'établir les chiffres proportionnels des prisonniers anesthésiques ou dyschromatopsiques et de ceux qui ne le sont pas.

D'autre part, rien ne démontre que les névropathes, prisonniers ou non, ne soient pas capables de fabriquer des alcaloïdes toxiques. Tout semble même prouver le contraire. Leurs urines sont assez anomales pour que le trouble général de leur nutrition, et, partant, la formation de substances toxiques dans leur organisme, soient des corollaires indispensables de leur névrose. Mais les troubles nerveux sont, évidemment, le point de départ du trouble de la nutrition. Ils n'en sont pas le résultat. Dans presque toutes les psychoses, on peut observer de l'albuminurie transitoire ou de la peptonurie (1). Ce ne sont que des symptômes. Il en est de même des modifications de l'urine étudiées chez les hystériques par MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau. Or ces auteurs ont pris la peine de faire remarquer que, même chez les hystériques dits *traumatiques*, la nutrition n'est en aucune façon troublée en dehors des périodes d'hystérie active, les analyses étant toujours rapportées au kilogramme d'individu sain (2).

Il n'y a, au reste, rien de commun entre le syndrome (nosographiquement défini) de l'hystérie par intoxication ou auto-intoxication et les symptômes nerveux imputables à l'action spécifique d'un poison. Il faut établir ici des divisions fondamentales.

Dans une communication très instructive faite au dernier Congrès international d'hygiène, MM. Brouardel, Pouchet et Loye ont signalé, parmi les *accidents causés par les substances alimentaires d'origine animale*, des troubles nerveux sensitivo-sensoriels, de l'amblyopie, des parésies, etc., tous symptômes qui figurent dans le tableau clinique de l'hystérie. Il ne s'agit pas nécessairement d'hystérie pour cela, et les auteurs de la communication ne l'ont pas prétendu. Les symptômes nerveux provoqués par les intoxications reconnaissent, en effet, trois modes pathogéniques distincts. A chacun d'eux correspondent une forme clinique et une évolution spéciales.

(1) Guinon. Loc cit., p. 120.

(2) Brouardel. *Semaine médicale*, 1889, n° 36, p. 305.

(1) M. Kœppen. *Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, Bd. XX, p. 825. — Voir également les travaux de MM. Lépine et Mairet.

(2) Gilles de la Tourette et Cathelineau. *Progrès médical*, 1888-1889.

Dans un premier groupe de faits, nous voyons les phénomènes nerveux disparaître en même temps que les phénomènes généraux de l'intoxication. Leur sort est intimement lié à la présence de la substance toxique dans l'économie. L'hystérie n'est point en cause ici.

D'autres fois, les accidents nerveux, loin de s'amender au fur et à mesure que le poison s'élimine, prennent plus d'importance, plus d'étendue. Ils accusent, sans aucun doute possible, une lésion nerveuse. Mais alors les troubles de la sensibilité sont distribués d'une façon toute spéciale; ils affectent des territoires circonscrits, commandés par un plexus, un tronc nerveux ou une branche de ramification nerveuse. Les parésies ou paralysies de la motricité sont presque toujours compliquées d'atrophie musculaire, et, quand la diminution de volume n'est pas apparente, la réaction de dégénérescence permet d'affirmer l'altération de la fibre. Ces cas-là relèvent des névrites toxiques. Ils ont été bien étudiés par M. Brouardel dans son rapport : *Sur quelques-uns des symptômes de l'intoxication arsenicale chronique* (1). Les viandes avariées (et même non avariées, s'il faut en croire Scolozouboff) seraient capables de provoquer des phénomènes tout à fait comparables. Un poisson, qui figure pour une bonne part dans l'alimentation du peuple russe pendant le carême pascal, serait l'agent de certaines paralysies très analogues aux paralysies arsenicales (2). Ici encore, il s'agit de névrites périphériques. Il n'y a pas à soupçonner l'hystérie.

Enfin, dans un troisième ordre de faits, ce qui frappe et ce qu'il faut retenir, c'est que les accidents nerveux survivent aux symptômes généraux de l'intoxication ou de l'auto-intoxication. Il y a longtemps que le malade est guéri, il y a longtemps que toute la substance toxique est éliminée; et cependant, cet ex-empoisonné reste paralysé et anesthésique. Sa paralysie est spéciale, son anesthésie est spéciale. Il a perdu la sensibilité cutanée, la sensibilité musculaire et articulaire; il a de la diplopie monoculaire; il a un rétrécissement concentrique du champ visuel, etc. Quel que soit le temps que dure son impuissance musculaire, la réaction électrique des muscles paralysés reste normale... Enfin il a tout ce qui caractérise l'hystérie; il ne lui en manque que le nom.

Quant à la fréquence des stigmates de cette hystérie, chez les prisonniers dont parle M. Brouardel, nous l'avons entendu signaler à plusieurs reprises dans les cliniques de M. Charcot : « Où l'hystérie va-t-elle se nicher? Je vous l'ai montrée bien souvent dans la classe ouvrière, chez les artisans manuels, et je vous ai dit qu'il fallait la chercher encore sous les haillons, chez les déclassés, les mendiants, les vagabonds, dans les dépôts de mendicité, *les pénitenciers, les bagnes peut-être* (3). » Parmi les hystériques de l'hôpital Saint-Antoine, « on trouve une assez forte proportion de gens sans profession avouée, sans domicile fixe, en un mot, qui couchent souvent sous les ponts, dans les carrières ou les fours à plâtre, et qui sont exposés, à chaque instant, à tomber sous le coup de la police. Serait-ce que le vagabondage conduit à l'hystéro-neurasthénie? ou que celle-ci, inversement, conduit au vagabondage? Question délicate, intéressante au premier chef, au point de vue social, et qui méritera certainement, quelque jour, d'être l'objet d'une étude approfondie. Pour le moment, je me bornerai à vous faire part d'une impression qui m'est venue à la suite de quelques observations que j'ai faites dans cet hospice, où la consultation externe, en de certains jours, ressemble quelque peu à une « cour des miracles » : c'est que l'hystéro-neurasthénie serait chose vraiment fréquente parmi les misérables, les loqueteux, les gens sans aveu, qui fréquentent tour à tour *les prisons, les asiles de nuit* et *les dépôts de mendicité* (1). » Décidément, la clientèle de M. Charcot est bien la même que celle de M. Brouardel. Ce sont bien les mêmes hystériques. Tout prisonniers qu'ils soient, leur hystérie n'est pas de contrebande.

Les liens de parenté de l'hystérie et de l'aliénation, dans la famille névropathique, confirment cette manière de voir. Koin a trouvé dix fois plus d'aliénés chez les délinquants que dans la population ordinaire. Sur 400 prisonniers aliénés, 15 seulement devaient à la séquestration la genèse de leur folie (2). Semal a constaté, il est vrai, que la proportion des aliénés est moindre parmi les détenus que chez le commun des mortels. Mais il ajoute que, si le régime cellulaire peut, à la rigueur, jouer le rôle d'une cause provocatrice, il est, à cet égard, *moins efficace que la condamnation elle-même.*

VI

Nous voilà donc ramené à la prépondérance du choc moral sur les agents prétendus *spécifiques*, dans la pathogénie de l'hystérie. Cette prépondérance, après tout, n'avait-elle pas été reconnue et proclamée, de tout temps, par tous les auteurs sans distinction? N'est-elle pas évidente lorsqu'il ne s'agit que de phénomènes superficiels, comme la rougeur émotive, les sueurs froides, l'horripilation?

Les modifications organiques intimes, qui président aux manifestations extérieures de l'hystérie, sont purement *dynamiques*. Voilà ce dont il faut convenir, bon gré mal gré. Dans tout le fatras qu'on a débité à la fin du siècle dernier, sur l'état électrique du *corps humain*, il y avait peut-être quelques bonnes choses à retenir. La suppression instantanée de la fonction musculaire et sa réapparition, non moins instantanée, chez les hystériques, ne supportent pas un seul instant l'hypothèse d'une altération organique, traumatique, toxique ou autre. Sous ce rapport, l'influence de l'aimant est un argument de premier ordre. L'aimant a-t-il un pouvoir qu'on puisse qualifier autrement que de *dynamique?* Ce pouvoir, Laënnec l'avait entrevu, et il entrevoyait, en général, assez juste.

Qu'on admette, si l'on veut, que les ptomaïnes, l'anémie, la vérole, les tamponnements de chemin de fer produisent des changements d'état des centres nerveux, distincts pour chacune de ces causes. C'est possible. Mais que, pour cela, nous devions enregistrer une *pseudo*-hystérie ptomaïnique, une *pseudo*-hystérie arsenicale, une *pseudo*-hystérie syphilitique, etc., c'est, il nous semble, inadmissible. La tension électrique d'une barre de fer doux varie sous l'influence de la lumière, de la chaleur, du frottement, et de mille autres causes. Cette différence de tension n'altère en rien la constitution de la barre de fer; elle ne produit pas d'érosions,

(1) *Congrès international de médecine légale,* 1889 (question du programme adopté par la Commission d'organisation), p. 25.

(2) *Des paralysies toxiques,* Thèse d'agrégation, Paris, 1886.

(3) CHARCOT. Policlinique de la Salpêtrière, *Leçons du mardi*, 12 mars 1889.

(1) CHARCOT. *Ibid.*, 5 février 1889.

(2) *Allgem. Zeitsch. f. Psych.*, XLV, 1-2.

ni de brèches, ni de rouille. Qu'on approche un aimant et l'équilibre est rétabli.

Nous voyons journellement des phénomènes analogues affirmer la réalité et l'importance des modifications *dynamiques* des centres nerveux, dans les fonctions normales et dans les troubles pathologiques. Du petit au grand, c'est toujours le même mécanisme, depuis le simple érythème pudique, jusqu'à la paralysie, puisque « la peur paralyse », jusqu'à la mort, puisqu'on « meurt de peur » (1). Ces expressions métaphoriques consacrent souvent des faits réels. Si la peur — ou tout autre genre d'émotion — sont des modificateurs si efficaces des centres nerveux, ne peut-on pas leur imputer les phénomènes variés de l'hystérie proprement dite, les paralysies, les contractures, les anesthésies? L'émotion les donne, l'émotion les reprend : c'est une vérité sacramentelle. Mais ce que fait l'émotion, le saturnisme, l'alcoolisme, le traumatisme peuvent le faire. Il suffit que le sujet soit bon conducteur, c'est-à-dire hystérique, pour qu'on le voie réaliser sa variation négative ou sa variation positive, c'est-à-dire sa paralysie ou sa contracture.

VII

Nous avons déjà signalé l'association fréquente de la neurasthénie avec l'hystérie chez les sujets traumatisés ou intoxiqués. La plus grande complexité des symptômes dans les cas de ce genre, est certainement la cause pour laquelle on a pensé à faire de l'hystéro-traumatisme une espèce distincte. M. Oppenheim, dans son dernier travail, prétend que l'opinion française est « que les maladies du système nerveux, consécutives aux accidents de chemin de fer, sont de l'hystérie et rien que de l'hystérie ». C'est une erreur. Nous avons appris, de M. Charcot, que le traumatisme et les intoxications peuvent provoquer la neurasthénie toute seule, comme ils provoquent parfois l'hystérie toute seule. M. Charcot nous a même enseigné, non seulement que l'hystérie et la neurasthénie se juxtaposent fréquemment, mais que cette juxtaposition s'observe surtout dans les grands traumatismes. De là à admettre une espèce nouvelle, une névrose autonome, il y a loin. La coexistence de deux maladies chez le même sujet n'est pas rare; c'est un alliage, ce n'est pas une combinaison. On voit tous les jours l'hystérie s'ajouter à une sclérose en plaques, ou à une maladie de Basedow : jamais personne n'a pensé à confondre ou à réunir ces névroses sous un même nom. Ici le cumul n'est pas interdit; au contraire. La plupart des névroses sont prédisposantes les unes à l'égard des autres. Elles s'attirent et s'appellent. Sous prétexte que le tableau clinique de l'hystérie, chez les traumatisés, est plus ou moins modifié par l'adjonction de certains symptômes neurasthéniques, il ne faut pas dire : « Cela ne doit pas être de l'hystérie, cela ne peut pas être de l'hystérie. » Ce serait méconnaître un aphorisme de Stahl — (qu'on nous le pardonne, c'est le seul que nous ayons retenu) — : « *Non quod fieri debet, non quod fieri potest, sed quod fieri solet.* »

Il ne faut pas prétendre non plus qu'on attribue, à la Salpêtrière, le nom d'hystériques, indifféremment à tous les traumatisés qui présentent des troubles de la motilité et de la sensibilité. Aucun symptôme n'est pathognomonique en soi, et si un traumatisé n'avait, pour tout stigmate d'hystérie, qu'une amblyopie indéterminée et des plaques d'anesthésie quelconques, on ne lui ferait pas l'honneur, même à la Salpêtrière, de le proclamer hystérique.

Quant au mot *hystérie*, on le conserve, tout simplement parce qu'il existe; parce qu'il est de bonne politique d'attendre, avant de le supprimer, qu'il s'en trouve un meilleur à lui substituer. La tentative a échoué souvent. La *neuropallie* de Piorry et le *tarassis* de Lanoaille de Lachèze sont-elles des dénominations préférables?

Les questions de mot, au demeurant, sont secondaires. Du moment que chacun sait ce qu'*hystérie* veut dire, à quoi bon discuter? C'est la lettre qui tue et c'est l'esprit qui vivifie. Pris au pied de la lettre et dans « leur acception première », des mots tels qu'hypochondrie, gonorrhée, psoriasis, et tant d'autres, n'ont pas le sens commun, quoiqu'ils aient un sens précis. On les conserve cependant, — et on a raison, — parce qu'ils sont consacrés par l'usage,

> ..... l'usage
> Qui, dans l'Empire du langage,
> Règne en guise de souverain.

(1) Brouardel. *Les causes de mort chez les victimes de l'incendie de l'Opéra-Comique.* — Dans un autre ordre d'idées, consulter la compilation de Ravisius Textor « Sur les grands hommes qui sont morts de trop rire ».

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 novembre 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

LECTURE

Hystéropexie sans laparotomie. — M. **Assaky** donne lecture d'une observation où il a pratiqué une ventrofixation ou hystéropexie sans ouverture de l'abdomen.

M. **Pozzi**, à propos de ce cas, fait remarquer que l'opérateur a failli perforer une anse d'intestin. Cette méthode d'hystéropexie est aveugle, et, par suite, peu commode et dangereuse. L'ouverture du péritoine est une opération facile et bénigne, qui n'aggrave pas l'acte opératoire.

M. Assaky n'a pas été le premier à pratiquer la fixation de l'utérus à la paroi abdominale sans faire la laparotomie. Il y a sept ans, Caneva pratiquait, pour la première fois, cette opération, qui a été répétée par d'autres chirurgiens.

M. **Terrier**. Dans la thèse de M. Dumoret, le procédé de Caneva se trouve décrit.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES LYMPHADÉNOMES

M. **Berger**. Ses souvenirs lui permettent d'affirmer que l'ablation des lymphadénomes donne de mauvais résultats.

Dans le service de Dolbeau, il a toujours vu la récidive se montrer rapidement après l'ablation sanglante. M. Berger a enlevé quelquefois des lymphadénomes, mais les tumeurs n'ont pas tardé à réapparaître et à déterminer la mort. Il est partisan du traitement arsenical. Il donne des gouttes de la liqueur de Fowler par la voie gastro-intestinale et fait des injections interstitielles avec la même solution arsenicale. Il a traité de cette façon sept malades. Il a obtenu trois ou quatre succès, dont deux guérisons. Dans un cas, il s'agissait d'un énorme lymphadénome, qui a entièrement disparu sous l'influence du traitement arsenical. Depuis lors, M. Berger a noté deux ou trois insuccès ou succès partiels.

On peut toujours mettre en doute le diagnostic des lymphadénomes; mais, dans les cas qu'il a observés, le diagnostic était facile. Du reste, il n'existe pas une tumeur ganglionnaire cédant avec autant de rapidité que le lymphadénome sous l'influence des injections et de l'absorption stomacale des gouttes de Fowler. Si le diagnostic clinique, et même anatomique, est difficile, im-

possible même au début de la maladie, il n'en est pas moins certain que l'on peut facilement reconnaître le lymphadénome, quand il a acquis un certain volume. Certes, il n'est pas toujours aisé de faire le diagnostic différentiel des différentes espèces de lymphadénome. Souvent, c'est la marche seule qui indiquera si le lymphadénome est bénin ou s'il est malin et à généralisation rapide.

M. Berger déclare que le traitement arsenical a une certaine efficacité dans le traitement des lymphadénomes. Au contraire, l'ablation de ces tumeurs est suivie à brève échéance d'une récidive rapide.

M. HUMBERT. Dans le cas qui est consigné dans sa thèse, le malade dont parlait M. Verneuil, dans la dernière séance, a été opéré en 1872, puis en 1877, et enfin en 1878. Il s'agissait d'un cancer primitif des ganglions. Ce fait démontre que l'ablation des tumeurs malignes, des ganglions, est utile. L'intervention chirurgicale peut donner, sinon des guérisons absolues, du moins de longues survies. M. Reclus a donc tort de prohiber l'ablation des lymphadénomes.

On voit des tumeurs qui restent bénignes pendant des années et, tout à coup, prennent une marche envahissante et se terminent par la mort. Ne ferait-on pas mieux d'enlever au début ces tumeurs bénignes, qui sont susceptibles de devenir malignes?

M. QUÉNU. M. Berger a avancé qu'il n'existe aucune affection ganglionnaire autre que le lymphadénome qui soit capable de disparaître rapidement, sous l'influence de la médication arsenicale. C'est justement ce qu'il faut prouver.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. L'arsenic ne lui a donné que des résultats peu satisfaisants ; il n'a jamais obtenu aucune guérison absolue.

A plusieurs reprises, il a observé que la médication arsenicale amenait la diminution, mais non la disparition des lymphadénomes. Cependant, il pense qu'on peut enlever ces tumeurs. En réalité, il est peu enthousiaste de l'ablation dans ces cas. En présence d'un lymphadénome, il essaie volontiers la médication arsenicale. Mais il faut avouer que la question du traitement de ces tumeurs est obscure. L'histoire anatomique et clinique des lymphadénomes est peu connue.

M. RECLUS. Tous les membres de la Société qui ont pris la parole sont à peu près d'accord pour reconnaître la difficulté de faire le diagnostic de lymphadénome au début. Quand la tumeur est petite, la clinique et même le microscope ne peuvent donner des renseignements certains sur la nature de la tuméfaction ganglionnaire.

Mais quand le lymphadénome est devenu volumineux, quand il présente tous les caractères indiqués par M. Reclus dans la séance précédente, le diagnostic est aisé.

Quant au traitement, M. Reclus croyait que les chirurgiens de notre époque reconnaissaient à peu près tous la fréquence de la récidive à la suite de l'extirpation de ces grosses tumeurs. Il pensait qu'on était à peu près d'accord pour repousser l'ablation de ces lymphadénomes d'énorme volume. Mais les exemples qui ont été rapportés par les membres de la Société de chirurgie démontrent les heureux résultats obtenus par l'extirpation, dans certains cas. Aussi M. Reclus craindra-t-il moins à l'avenir d'enlever ces lymphadénomes. Peut-être risquera-t-il l'opération quand la tumeur sera facile à enlever. Mais quand le lymphadénome est volumineux, il pense qu'il est préférable de traiter le malade par la médication arsenicale.

M. Terrier dit d'enlever les lymphadénomes dès qu'ils apparaissent. Mais on sait que le diagnostic est difficile, impossible même au début. Le microscope ne peut pas toujours résoudre les difficultés. Or, les lymphadénomes sont des tumeurs rares et les autres tumeurs ganglionnaires, en particulier les adénites tuberculeuses, sont fréquentes. Tous les chirurgiens n'auront pas le courage d'enlever une tumeur qui peut guérir sous l'influence de l'huile de foie de morue. Les malades refuseront le plus souvent l'opération.

M. TERRIER. Il admet le traitement arsenical par la voie digestive, mais il n'est pas très partisan des injections intra-ganglionnaires. Les membres de la Société de chirurgie qui ont rapporté des résultats heureux de la médication arsenicale n'ont pas indiqué s'ils avaient pratiqué les injections interstitielles de liqueur de Fowler en même temps qu'ils administraient l'arsenic par la bouche.

Il déclare qu'il a le courage d'enlever les ganglions augmentés de volume.

Dans les cas douteux, il est utile d'avoir la tumeur pour la faire examiner au microscope. L'ablation des lymphadénomes n'est pas plus dangereuse que la pratique des injections interstitielles dans ces tumeurs. Il vaut mieux enlever ces masses que de les faire suppurer par des injections non aseptiques. Quand on veut pratiquer des injections dans les ganglions, on doit se servir de seringues semblables à celles qui sont construites pour les physiologistes. Ces seringues peuvent être facilement stérilisées.

HONORARIAT

M. DESPRÉS est élu, à l'unanimité, membre honoraire de la Société de chirurgie.

COMMUNICATION

Laparotomie pour plaie pénétrante de l'estomac par une balle de revolver ayant intéressé l'artère coronaire stomachique. Guérison. — M. JALAGUIER. Un homme s'était donné un coup de revolver dans la région épigastrique. Quand M. Jalaguier l'examina, l'accident avait eu lieu deux heures auparavant.

Le pouls était petit, le facies pâle. L'orifice d'entrée était noirâtre à 4 centimètres de la ligne médiane, du côté gauche, dans la région épigastrique.

L'abdomen était souple ; il y avait un peu de sensibilité du ventre, que l'on pouvait rapporter à une ancienne affection utéro-ovarienne. Cependant il existait une douleur vive tout autour de la plaie.

Pas de perte de connaissance, pas de nausées, ni de vomissements.

La respiration était anxieuse. Tout d'abord, on pensait plus à une plaie de poitrine qu'à une plaie abdominale. Cependant il n'y avait pas eu d'hémoptysie, et l'examen de la poitrine ne donnait que des résultats absolument négatifs.

L'indécision de M. Jalaguier était assez grande, quand il put constater, au niveau de l'épigastre et de l'hypochondre gauche, une zone de sonorité exagérée. Il pensa que les gaz, contenus dans le tube digestif, avaient fait irruption dans le péritoine.

L'opération fut résolue. Une incision de quelques centimètres fut pratiquée sur la région épigastrique, en suivant le trajet de la balle. Une sonde fut introduite doucement dans ce trajet et amena la sortie de quelques bulles de gaz. Dès lors, le diagnostic avait une base solide.

M. Jalaguier fit une incision sur la ligne médiane. Un flot de sang s'échappa par cette nouvelle incision. Le malade perdit connaissance. La respiration artificielle fut énergiquement pratiquée. Après avoir soulevé le foie, M. Jalaguier aperçoit un gros caillot qui recouvre l'épiploon gastro-hépatique. Le long de la petite courbure de l'estomac, au niveau du cardia, on voit l'artère coronaire stomachique qui lance un jet de sang. La plaie stomacale était apparente. L'artère était rétractée et, par suite, difficile à saisir. Cependant on parvient à poser, sur ce vaisseau, un gros fil de catgut. Suture séparée de la muqueuse et de la séreuse. Nettoyage du péritoine. L'estomac est réintégré dans l'abdomen.

Les suites furent assez simples. Pendant le pansement, il y avait eu un vomissement de mucosités, dans lesquelles on trouvait quelques filets de sang.

La température, pendant trois jours, resta assez élevée. Mais bientôt la fièvre tomba à 38 degrés.

Pendant les premiers jours, le malade fut soumis à une diète sévère. On lui donnait seulement du lait glacé, en petite quantité.

Au bout d'une quinzaine de jours, l'opéré mangeait des aliments solides. Sauf une vive douleur qui survint, sans cause, et disparut rapidement, la guérison fut obtenue sans incident.

M. Jalaguier fait remarquer que, s'il n'avait pas pratiqué la laparotomie, son malade aurait été enlevé par l'hémorrhagie ou par une péritonite, qui n'aurait pas tardé à se montrer. Cet homme a été sauvé parce qu'il avait été opéré deux heures après l'accident.

M. RECLUS. Tout le monde est d'accord quand il s'agit d'une plaie abdominale donnant lieu à une hémorrhagie.

Dans ces cas, il faut aller à la recherche du vaisseau qui a été lésé, afin de le lier. Si on croit à l'existence d'une hémorrhagie, dans une plaie de l'abdomen, il faut opérer. M. Jalaguier a pu saisir immédiatement l'estomac et n'a pas fait de manipulations inutiles dans la cavité abdominale. Or, ce sont ces manipulations qui constituent le danger des laparotomies pour plaies de l'intestin.

M. CHAMPIONNIÈRE. Dans la dernière discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, sur les plaies de l'abdomen, M. Reclus a affirmé qu'il ne fallait pas ouvrir le ventre, quand il existait une plaie de l'estomac. L'événement a prouvé qu'il fallait opérer dans le cas de M. Jalaguier, et cependant il s'agissait d'une plaie de l'estomac.

En réalité, M. Jalaguier était en présence d'un individu qui avait une plaie de la région épigastrique et qui présentait des symptômes graves. Il n'a pas cherché d'autres indications que la nécessité d'intervenir pour voir quelle était la lésion. La laparotomie a été pratiquée et a donné un excellent résultat.

M. RECLUS. Dans un mémoire qui paraîtra bientôt, M. Reclus avance qu'il faut opérer quand il y a des signes de perforation. Le tympanisme, telle a été l'indication qui a conduit M. Jalaguier à faire la laparotomie.

M. KIRMISSON. M. Reclus a dit qu'il faut opérer quand il y a hémorrhagie dans la cavité abdominale. Mais, comment reconnaître cette hémorrhagie interne? Les signes manquent pour établir ce diagnostic. M. Jalaguier n'a pas pensé à l'hémorrhagie. Il a opéré parce qu'il y avait du météorisme. M. Reclus a jadis déclaré que les plaies de l'estomac étaient moins graves que celles de l'intestin grêle et du gros intestin. A son avis, il ne fallait pas intervenir dans les plaies de l'estomac. Or, les statistiques démontrent que la guérison est obtenue le plus souvent, grâce à la laparotomie.

M. QUÉNU. Il ne faut pas attendre l'apparition de la tympanite pour opérer. Même en l'absence de tympanite, d'hématémèse, la perforation intestinale peut exister. Il a perdu un malade, parce qu'il ne l'avait pas opéré, à cause de la bénignité apparente de la situation peu après l'accident.

M. RECLUS. L'hémorrhagie interne peut être diagnostiquée dans certains cas. Il a pratiqué une laparotomie dans un cas, alors qu'il avait nettement indiqué l'existence d'une hémorrhagie.

Il n'opère pas quand la plaie abdominale ne donne lieu à aucun signe.

Les plaies intestinales peuvent guérir sans intervention chirurgicale. Les manipulations sur l'intestin sont dangereuses. C'est ce qui sera prouvé dans le prochain mémoire de M. Reclus.

M. JALAGUIER dit qu'il est intervenu parce qu'il a trouvé du tympanisme.

PRÉSENTATION DE MALADE

Guérison d'une fistule rénale. — M. TUFFIER présente un malade complètement guéri d'une pyélo-néphrite qui fut incisée. Il resta une fistule rénale. La néphrectomie était contre-indiquée, parce qu'il existait une pyélo-néphrite de l'autre côté.

M. Tuffier a fait une incision en avant de la fistule. Il est arrivé dans l'atmosphère celluleuse du rein. Il a libéré le rein et sectionné la fistule qui unissait la glande rénale à la région lombaire. Le rein a été avivé et suturé à la paroi. La guérison du malade et de la fistule a été complète.

M. TRÉLAT présente un anévrysme de l'artère poplitée. Il s'agit d'un volumineux sac qui a été enlevé à un homme qui était porteur de trois anévrysmes.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Mémoires et observations d'ophthalmologie pratique (1), par le docteur Armaignac.

Comme l'indique le titre de son ouvrage, ce n'est ni un traité, ni un manuel d'ophthalmologie, que le docteur Armaignac livre aujourd'hui au public médical. C'est un recueil de faits intéressants, livrés parfois même sans commentaires, mais c'est surtout l'exposé de convictions et d'opinions scientifiques, qui sont le fruit de longues années de pratique journalière. Quelques monographies complètes sur plusieurs points importants ont cependant trouvé place dans ce volume, et quand après l'avoir parcouru, le lecteur jette un coup d'œil en arrière, il peut se convaincre que, si l'ouvrage de M. Armaignac n'est pas un traité complet des maladies des yeux, il n'en renferme pas moins l'étude d'un grand nombre de maladies parmi les plus importantes et les plus intéressantes.

Tel qu'il est, ce livre, utile aux commençants, pourra leur éviter les déboires et les ennuis que l'on rencontre toujours dans une carrière au début.

Atlas schématique du système nerveux. Origines, ramifications, anastomoses des nerfs, leur destruction dans les muscles et la peau (2), par W.-H. Flower, traduit par A. Duprat.

Nous ne pouvons mieux faire, pour rendre compte de l'atlas de M. Flower, que d'emprunter ces quelques lignes à la préface écrite en tête de cet ouvrage, par M. Dejerine, et qui constitue une analyse impartiale.

« Nous manquions encore dans notre littérature, d'un atlas nous donnant un aperçu complet et exact du système nerveux périphérique, depuis ses origines centrales, *radiculaires*, jusqu'à ses terminaisons.

Quoique cet atlas soit en partie schématique, les dessins en sont d'une exactitude parfaite et trahissent la main d'un anatomiste consommé, qui ne s'est point laissé rebuter par les dissections les plus pénibles et les plus délicates.

Le plan général de l'ouvrage est le suivant :

Les nerfs sont représentés à partir de leur origine apparente, jusqu'à leurs terminaisons dans la peau et les muscles, les plexus intermédiaires y compris, de telle sorte qu'en jetant un coup d'œil sur chaque planche, on voit immédiatement à quel tronc, à quel plexus, et partant à quel groupe de racines, appartient tel ou tel filet collatéral ou terminal, se rendant à tel muscle ou à telle partie de la peau. Deux planches sont consacrées aux nerfs craniens, et deux autres aux nerfs rachidiens.

Dans une planche uniquement consacrée à l'étude de la sensibilité cutanée, l'innervation de chaque partie du tégument et, par suite, les plexus ou les nerfs originels, sont indiqués avec soin. Une dernière planche comprend l'origine et la distribution du système grand sympathique.

M. Duprat a eu l'heureuse idée d'ajouter à l'original une planche d'anatomie topographique cranio-cérébrale, en se basant sar les travaux de Broca et de Ch. Féré. C'était un complément nécessaire dans on ouvrage de ce genre. »

Nous ne pouvons également nous empêcher de conclure, avec M. Dejerine, que cet atlas qui donne dans chaque planche une vue d'ensemble des nerfs, depuis leur origine jusqu'à leur ter-

(1) Gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) In-4°. Prix : 8 francs. — Paris, Masson.

minaison, constitue, pour le clinicien, une œuvre précieuse qui lui facilitera beaucoup sa tâche dans nombre de cas de paralysies isolées ou dissociées de la motilité et de la sensibilité. Aussi, nous ne doutons pas que le public médical ne fasse à cet ouvrage l'accueil favorable qu'il mérite. A. Ricard.

CONCOURS PUBLIC

SUR L'ORGANISATION DES BUREAUX DE BIENFAISANCE ET LE SERVICE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE POUR LES INDIGENTS

Le préfet de la Seine,

Vu les délibérations du Conseil municipal, en date des 8 et 12 juillet 1889;

Vu le rapport de M. le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique;

Arrête :

Article premier. — Un concours public est ouvert sur ce sujet :

« De l'organisation des bureaux de bienfaisance et du service médical et pharmaceutique pour le traitement des indigents dans la ville de Paris. »

Art. 2. — Les manuscrits devront être déposés, avant le 15 janvier 1890, à l'Administration générale de l'Assistance publique, à Paris (service des secours à domicile).

Les candidats étrangers seront admis à concourir, à la condition que leurs mémoires soient écrits en français.

Art. 3. — L'auteur du manuscrit classé le premier recevra une récompense de 1000 francs; son manuscrit sera imprimé par les soins de l'Administration.

L'auteur du manuscrit classé deuxième recevra une récompense de 500 francs.

Art. 4. — Les manuscrits ne devront porter aucun nom d'auteur.

L'auteur devra inscrire une devise au bas de la dernière page du manuscrit.

Art. 5. — Le manuscrit sera remis à l'Assistance publique, sous enveloppe cachetée.

Une enveloppe spéciale contenant intérieurement les nom, prénoms, nationalité et domicile de l'auteur, y sera jointe, et la devise inscrite au bas du manuscrit sera reproduite sur cette enveloppe.

Art. 6. — Il sera délivré, par le chef du service des secours, un récépissé de l'enveloppe cachetée, avec indication de la devise et du numéro d'inscription qui sera reproduit sur l'enveloppe.

Art. 7. — Le jury sera ainsi composé : six membres désignés par le Conseil municipal; trois membres élus par les concurrents; M. le directeur de l'Assistance publique à Paris; M. le sous-directeur des Affaires municipales; un médecin des hôpitaux, désigné par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Art. 8. — La liste des inscriptions sera close le mardi 14 janvier, à quatre heures.

Art. 9. — Le lundi 20 janvier, à deux heures, les concurrents se réuniront au chef-lieu de l'Assistance publique, pour nommer les trois membres du jury qu'ils ont à élire.

Art. 10. — L'Administration met à la disposition des concurrents, dans les bureaux du service des secours, tous les documents qu'elle possède sur la matière.

Art. 11. — Le présent arrêté sera affiché aux portes des mairies, des hôpitaux, des hospices et des maisons de secours ; il sera inséré au *Bulletin municipal officiel de la ville de Paris*.

Art. 12. — Ampliation du présent arrêté sera transmise à M. le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, chargé d'en assurer l'exécution.

Paris, le 12 novembre 1889.

Le préfet de la Seine,
Poubelle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 17 novembre 1889, M. le médecin-major de deuxième classe Debrie est désigné pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam ; M. le médecin aide-major de première classe Sieur est nommé à l'emploi de surveillant à l'École du service de santé militaire de Lyon.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 novembre, sont nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Javal (de Paris), Chudzinski, conservateur du musée Broca; MM. les pharmaciens Labiche (de Louviers) et Thibault (de Paris).

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Bourdillon, Christian et Ritti (de Charenton), Cohen, Duboys de la Vigerie, Deschamps, Levesque, Pourchet, de Varigny, Blondel, Delaunay, Lafage et Wilhelm (de Paris); M. Jamet, externe des hôpitaux, interne au service médical de l'Exposition ; MM. les pharmaciens Léger et Pontier (de Paris), Lapeyrère (de la Réunion).

— Par arrêté ministériel, en date du 20 novembre 1889, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'École de médecine de Tours, s'ouvrira le 3 juillet 1890, devant la Faculté de médecine de Paris.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Sont chargés des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. Arnozan, maladies syphilitiques et cutanées; Moussous, clinique interne des maladies des enfants; Rivière, accouchements.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Meyer, agrégé, est nommé chef des travaux pratiques de physiologie (emploi nouveau).

M. Doumer, agrégé, est chargé d'un cours de physique.

M. de la Personne, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique ophthalmologique.

M. Wertheimer, agrégé, est chargé d'un cours de physiologie.

Un congé d'un an, sans traitement, est accordé à M. Bureau, agrégé.

M. Castelain, docteur en médecine, chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies des enfants et de syphilis infantile, est maintenu dans lesdites fonctions pour une période de trois ans.

M. Phocas, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale des maladies des enfants.

M. Doumer, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux pratiques de physique.

M. Morelli, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux pratiques de chimie.

M. Bulté est nommé aide-préparateur de physique, en remplacement de M. Bruneau, démissionnaire.

M. Focken, licencié ès sciences naturelles, est maintenu dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle.

M. le docteur Delplanque est maintenu dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

M. Lepage est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Meyer, appelé à d'autres fonctions.

M. Guibert (Charles-Adolphe) est nommé aide-préparateur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Tavernier, appelé à d'autres fonctions.

M. Tavernier, aide-préparateur d'anatomie pathologique, est nommé préparateur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Charmeil est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Roque, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine d'Alger.* — Sont nommés : 1° chef de clinique médicale, M. Charrier; 2° chef de clinique chirurgicale, M. Moreau ; 3° chef de clinique obstétricale, M. Montprofit.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Chambrelent est chargé du cours de clinique obstétricale, en remplacement de M. Labat, démissionnaire.

Mlle Bazin, maîtresse sage-femme à la Maternité de Toulouse, est nommée maîtresse sage-femme de la clinique obstétricale de l'École (emploi nouveau).

— *Collège de France.* — M. le professeur Berthelot commencera le cours de chimie organique, le lundi 2 décembre 1889, à dix heures et demie, dans la salle n° 1, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Il traitera de la synthèse et des carbures d'hydrogène.

M. le professeur Fouqué commencera le cours d'histoire naturelle des corps inorganiques, le lundi 2 décembre 1889, à neuf heures, dans la salle n° 4, et le continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure. — Il fera l'examen des principaux types de roches microlithiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 135. — MARDI 26 NOVEMBRE 1889. 62e ANNÉE. MARDI 26 NOVEMBRE 1889. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 25 novembre 1889.

La Faculté, consultée par le ministre de l'Instruction publique sur l'opportunité de la transformation d'une chaire de pathologie externe en chaire de clinique des maladies des voies génito-urinaires, a entendu, dans sa dernière séance, le rapport d'une commission spéciale.

Les conclusions de ce rapport, favorables à la transformation proposée, ont été adoptées par 18 voix contre 6.

Aujourd'hui, où la spécialisation est entrée à la Faculté et s'y trouve si brillamment représentée, on devait s'attendre à voir M. le professeur Guyon représenter officiellement un enseignement qu'il a porté à une si grande hauteur.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Tuberculose pulmonaire et néphrite parenchymateuse.

La malade qui va faire le sujet de la leçon d'aujourd'hui est une femme de vingt-neuf ans, entrée dans nos salles, il y a dix jours, pour une affection remontant déjà à deux ans, bien que, depuis le début, la torpidité des symptômes ne se soit pas démentie un seul instant. Cependant, cette affection est caractérisée par une destruction pulmonaire considérable, affectant les deux côtés.

En effet, en avant et à gauche, on constate une matité s'étendant depuis la clavicule jusqu'à un travers de doigt environ au-dessus du mamelon, c'est-à-dire correspondant à la presque totalité du poumon gauche, avec tous les signes complets d'une grande caverne du poumon, y compris le gargouillement à grosses bulles. Au-dessous du mamelon, par contre, on ne perçoit, et jusqu'en bas de la poitrine, que des râles humides.

Du côté droit, en avant, la région correspondante est relativement intacte ; un peu de catarrhe seulement.

En arrière et à gauche, la matité, beaucoup plus étendue qu'en avant, est complète du haut en bas, et l'auscultation révèle les signes de deux foyers cavitaires considérables : une caverne dans le lobe supérieur du poumon gauche, réduit, pour ainsi dire, à une simple coque, et une caverne un peu moins étendue dans le lobe inférieur. Entre ces deux cavernes, on observe une très petite zone dans laquelle on entend, en avant, des râles de volume moyen, dus à une infiltration tuberculeuse.

En résumé, il existe donc, en avant, une caverne, en arrière, deux cavernes, de telle sorte qu'il ne reste rien, pour ainsi dire, du poumon gauche pour l'hématose, si ce n'est une petite zone correspondant à la région sous-mammaire.

En arrière, dans le poumon droit, on ne trouve pas de signes cavitaires, mais des râles nombreux, serrés en haut surtout, répondant à une infiltration tuberculeuse notable. Les crachats sont nummulaires et riches en bacilles.

Voici donc, en somme, une femme qui est arrivée à la troisième période de la phthisie pulmonaire et qui a réalisé les vastes délabrements que je viens d'indiquer, sans que la maladie se soit jamais départie d'une torpidité complète, sans qu'elle l'ait jamais forcée à prendre le lit un seul jour, sans qu'elle ait jamais donné lieu à aucun accès fébrile, enfin, sans que cette femme ait jamais toussé beaucoup et qu'elle ait jamais eu la moindre hémoptysie, mais seulement un peu de dyspnée depuis cinq mois environ, et celle-ci s'explique facilement par l'état de ses poumons.

Ce qu'elle a eu — outre une assez grande perte des forces — et ce pourquoi elle est entrée à l'hôpital, c'est pour tout autre chose dont il convient de parler maintenant.

Cette femme a été prise, il y a quatre mois, d'accidents morbides intermittents ou mieux oscillants, apparaissant pendant quelques jours, puis disparaissant pour s'établir enfin d'une manière permanente, il y a deux mois environ, accidents caractérisés par de l'enflure qui débuta par la face et, notamment, par les paupières. Cet œdème, localisé tout d'abord au visage, transitoire, s'est peu à peu étendu aux membres et au tronc pour, à un moment donné, devenir définitif, et quand la malade est entrée le 2 de ce mois à l'hôpital, elle présentait une hydropisie généralisée, une anasarque véritable et totale.

Or, chez un sujet phthisique comme l'est cette femme, à quoi fallait-il attribuer pareille hydropisie ? A une compression intrathoracique des vaisseaux par quelque tumeur ganglionnaire ? La chose était possible, d'autant plus que la malade était jeune (vingt-neuf ans). Cependant il n'en était rien. Etait-elle le résultat de quelque affection du cœur ? Nous n'avions pas à y songer, car l'œdème avait débuté par la partie supérieure du cœur, par la face. Etait-

elle donc alors d'origine rénale ? Oui, et aucune autre hypothèse n'est possible, en raison même des parties envahies les premières par l'œdème, comme je viens de le dire. En effet, bien que l'hydropisie, d'origine rénale, ne débute pas toujours par la face, nous savons cependant que, quand la face est la première œdématiée, cet œdème est toujours lié à une altération albumineuse des urines.

Chez notre malade, l'examen des urines l'a confirmé une fois de plus, car dès le premier jour de son entrée dans nos salles, et jusqu'au moment où nous avons commencé le traitement lacté, nous avons vu les urines se prendre en masse. De plus, cette albumine avait des caractères objectifs particuliers absolument typiques, c'est-à-dire une teinte gris sale et non pas blanche, elle se formait en gros flocons isolés et séparés les uns des autres, tous signes d'une *néphrite ancienne et incurable*.

Donc, quand, il y a quatre ou cinq mois, les accidents œdémateux sont apparus, débutant par le visage, cette femme devait être albuminurique depuis nombre de mois déjà et l'on peut s'étonner de la tolérance que son organisme a montrée pendant si longtemps.

En résumé, le double diagnostic que nous avons à porter ici, est celui de phthisie pulmonaire datant de deux ans et de néphrite grave ancienne, s'étant manifestée pour la première fois, il y a quatre ou cinq mois, par de l'anasarque.

Ceci dit, quel est le rapport à établir entre les deux maladies, rapport ou association fortuite? Au premier abord, on serait peut-être tenté de rattacher la néphrite à la phthisie et de la considérer comme liée à une tuberculose rénale. On aurait tort, car jamais, dans cette dernière affection, l'albumine n'est aussi abondante, tandis que pareille abondance, au contraire, est le propre de la néphrite parenchymateuse. D'autre part, quand la tuberculose rénale est en jeu, l'urine ne recouvre pas la limpidité par le traitement lacté, comme nous l'avons obtenue ici, et, de plus, on y constate la présence de bacilles tuberculeux, ce qui n'existe pas non plus chez notre malade.

Bref, et sans entrer à ce sujet dans plus de détails, nous avons affaire à une néphrite parenchymateuse, favorisée par la détérioration constitutionnelle de l'organisme de cette femme. Aussi, dès le lendemain de son arrivée à l'hôpital, avons-nous commencé le traitement lacté absolu, et le résultat est aujourd'hui, c'est-à-dire huit jours après l'avoir entrepris, la disparition complète de l'œdème. En même temps les urines, rares au jour de l'entrée à l'hôpital (750 grammes), sont devenues abondantes : 2000, 2250, 2500, 2750 grammes, par vingt-quatre heures ; soit une amélioration considérable absolument due au régime lacté.

Quant à la quantité d'albumine rendue dans les vingt-quatre heures, elle n'a qu'une valeur secondaire au point de vue du pronostic, elle est un élément accessoire. Ainsi, cette femme a désenflé, elle n'a plus de palpitations, elle respire beaucoup mieux, ses insomnies ont cessé, son état est très amélioré et cependant la dose quotidienne d'albumine a augmenté d'une façon progressive de 5 grammes par litre, il y a dix jours, à 8 grammes, aujourd'hui, c'est là une augmentation non pas relative, mais absolue. Or, voici les conclusions que l'on peut ordinairement en tirer : quand un malade est, depuis plusieurs mois, soumis au régime lacté, celui-ci a donné tout ce qu'il pouvait au point de vue de la perméabilité du rein ; si donc, pendant ce temps, l'albumine a diminué d'une façon absolue, cette diminution est un bon signe pronostique, si, au contraire, elle a augmenté, le pronostic est mauvais. Il n'en est pas du tout de même, lorsque le traitement date seulement de huit jours à six semaines ou deux mois, période pendant laquelle le chiffre de l'albumine n'a aucune valeur pronostique.

En somme, je continue le régime lacté et j'y joins, dès maintenant, les inhalations d'oxygène.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Le Dentu.

Statistique des opérations pratiquées dans le service de M. Le Dentu, au cours de l'année 1888.

I

Établir la proportion des morts, par rapport à toutes les opérations pratiquées dans le service, n'est guère possible, étant donné que beaucoup de malades ayant subi de petites opérations sont retournés chez eux et sont venus se faire panser à l'hôpital. Chez tous ceux-là les suites de l'intervention ont été très simples. D'autre part, le tableau suivant, où figurent 194 opérations, ne comprend ni les incisions d'abcès, ni les ongles incarnés, ni les hydrocèles traitées par l'injection iodée, ni les loupes, autant de petites opérations dont aucune n'a entraîné de complications quelconques, sauf une injection de teinture d'iode en dehors de la tunique vaginale, faite par un de mes internes, qui a causé une gangrène limitée des bourses. Cet accident a été réparé par une opération mentionnée plus loin.

La proportion des morts, dans les opérations comportant des risques plus ou moins grands, est seule intéressante à connaître. Or, le chiffre des décès pour l'année entière, pour tout le service et pour toutes les catégories d'opérés, est de huit. Pour qui connaît l'activité des services de l'hôpital Saint-Louis, où le chiffre annuel des opérations, grandes ou petites, se tient entre deux cent cinquante et trois cents, ce chiffre représente une proportion de trois à trois et demi pour cent au plus.

Voici quelques détails relatifs aux morts :

1° Désarticulation de l'épaule gauche, pour fracture de l'avant-bras compliquée de gangrène foudroyante, faite pendant les vacances par mon suppléant. Le sujet est également atteint de fracture comminutive du fémur gauche.

Cicatrisation du moignon, sauf un trajet qui conduit sur la cavité glénoïde dénudée. En dépit de soins assidus (injections de glycérine iodoformée dans le trajet, sulfate de quinine à haute dose, iodoforme à l'intérieur, antisepsie intestinale au naphthol et au salicylate de bismuth), l'infection primitive continue à évoluer et il se forme un vaste abcès de la cuisse dans le foyer de la fracture. L'incision de cet abcès n'amène pas la détente espérée. Le malade, opéré le 11 septembre, succombe le 19 décembre, plus de trois mois après. A l'autopsie, on ne trouve pas d'abcès métastatiques.

2° Extirpation incomplète d'une tumeur maligne du cou présentant un prolongement sous-cranien. Mort au dix-septième jour à la suite d'hémorrhagies successives.

3° Tumeur volumineuse de la base de la langue et de la région sus-hyoïdienne chez une femme de soixante et onze ans. L'intervention est nécessitée par des menaces d'asphyxie et une difficulté de la déglutition chaque jour croissante.

Ablation avec l'anse galvanique du tiers postérieur de la

langue avec la tumeur et l'os hyoïde. Mort en quelques jours par suite du passage inévitable du pus dans le pharynx et d'une congestion pulmonaire. L'âge de l'opérée a certainement beaucoup contribué à ce dénouement.

4° Ablation totale de la langue atteinte d'épithélioma, chez un homme de soixante-quatre ans, au moyen de l'anse galvanique.

Mort par hémorrhagies répétées en quelques jours.

5° Gastrostomie pour cancer de l'œsophage et rétrécissement infranchissable. État cachectique avancé. Homme âgé de cinquante-neuf ans.

Mort dans le collapsus. A l'autopsie, pas traces de péritonite. Péritoine absolument normal.

6° Uréthrotomie externe d'urgence et sans conducteur chez un homme atteint de rétention complète d'urine et à vessie rétractée.

Mort au bout d'un jour. A l'autopsie, on trouve un abcès prévésical dont le début remontait certainement à plusieurs jours.

7° Hystérectomie vaginale restée incomplète (faite par mon suppléant) chez une malade à qui j'avais pratiqué le curage de l'utérus quelques semaines auparavant. Mort par péritonite deux jours après.

8° Phlegmon de la main et probablement aussi de l'avant-bras. Incisions multiples. Mort.

Le sujet était âgé de soixante-sept ans. Les circonstances exactes de sa mort me sont inconnues (il a été soigné en mon absence). Peut-être même n'avaient-elles aucun rapport direct avec l'affection primitive.

Donc, en tout, huit morts, dont aucune, pas même la dernière (le sujet avait soixante-sept ans), n'est de nature à surprendre.

Voici maintenant le détail des cas constituant l'ensemble de cette statistique :

1° **Tumeurs malignes.** — 4 épithéliomas du nez ou de la cloison des fosses nasales ; 4 guérisons. — 2 épithéliomas des fosses nasales ayant nécessité la résection partielle du squelette ; 2 guérisons. — 2 épithéliomas de la lèvre inférieure ; 2 guérisons. — 1 épithélioma du plancher de la bouche et de la pointe de la langue. Ablation de la tumeur et de la glande submaxillaire, après section médiane du maxillaire ; 1 guérison. — 2 épithéliomas partiels de la langue (un tiers environ) ; 2 guérisons. — 2 épithéliomas superficiels du cou (un des opérés a dû être transféré à Sainte-Anne au dix-septième jour pour manie) ; 2 guérisons. — 2 énormes tumeurs malignes profondes du cou avec prolongement pharyngien : dans le premier cas, extirpation totale avec dissection des gros vaisseaux et des nerfs. Au bout de quelque temps, la cicatrisation étant très avancée, des signes de récidive ont apparu. Le malade est rentré chez lui ; guérison incomplète ; — dans le second cas, extirpation partielle (un prolongement sous-cranien n'a pu être entièrement détaché). Hémorrhagies secondaires. Mort au dix-septième jour ; 1 mort. — 5 amputations totales du sein, avec curage de l'aisselle pour cancer ; 5 guérisons. — 1 vaste épithélioma récidivé de la vulve et de la région pubienne ; 1 guérison. — 3 cancers de l'utérus opérés par l'hystérectomie vaginale ; 2 guérisons, 1 mort. — Plusieurs curages de cancers utérins inopérables ; aucun accident.

2° **Tumeurs diverses.** — 1 fibrome du sein. Ablation ; 1 guérison. — 1 fibrome du pied ; 1 guérison. — 1 kyste synovial du poignet, incision ; 1 guérison. — 3 kystes, de la patte d'oie, du creux poplité, du cordon. Ablation ; 3 guérisons. — 2 hygromas prérotuliens. Ablation ; 2 guérisons. — 2 extirpations de masses fongueuses de l'aisselle et du dos du poignet ; 2 guérisons. — 1 kyste tuberculeux du dos du poignet. Extirpation ; 1 guérison. — 1 abrasion de rinophyma (fibrome tubéreux du nez) ; 1 guérison. — 1 tumeur érectile de la paupière gauche, traitée par l'ignipuncture (la mère ne m'a amené son enfant que trois fois) ; 1 résultat incomplet. (Le curage des abcès tuberculeux a donné des résultats variables : mais jamais il n'a causé d'accidents.)

3° **Opérations sur les os.** — 1 extraction d'un vaste séquestre du maxillaire inférieur ; 1 guérison. — 3 opérations de Rouge pour extraction de séquestres et curage des fosses nasales ; 3 guérisons. — 1 trépanation de l'apophyse mastoïde ; 1 guérison. — 1 incision et curage d'abcès mastoïdien ; 1 guérison. — 1 évidement de tibia pour tuberculose ; 1 guérison. — 2 évidements du tibia pour ostéomyélite infectieuse ancienne ; 2 guérisons. — 1 vaste évidement du fémur pour ostéomyélite infectieuse ancienne ; 1 guérison. — 2 évidements partiels du calcanéum pour tuberculose ; 1 guérison et 1 résultat incomplet. (L'un des opérés a subi plus tard l'extirpation totale du calcanéum.) — 1 extirpation totale du calcanéum droit (récidive des fongosités) ; 1 guérison incomplète. — 2 ostéotomies du fémur chez le même sujet, à quatre mois d'intervalle (genu valgum) ; 2 guérisons. — 1 ostéotomie cunéiforme du fémur (partie supérieure) pour ankylose ancienne (coxalgie) ; 1 guérison. (La malade, atteinte de manie traumatique, a dû être transférée à Sainte-Anne. Elle a été revue depuis.) — 1 ostéomie des deux os de la jambe pour fracture consolidée vicieusement (pendant les vacances). Suppuration. Malgré tous les efforts pour tarir la suppuration, l'amputation a été nécessaire au bout de trois mois ; le malade a guéri.

4° **Opérations sur les articulations.** — 1 ponction du genou suivie d'injection d'une solution phéniquée forte (hydarthrose) ; 1 guérison. — 2 résections du genou ; 2 guérisons. — 3 résections d'articulations des doigts ; 3 guérisons.

5° **Amputations et désarticulations.** — 1 désarticulation de l'épaule pour gangrène foudroyante ; mort trois mois après. — 1 amputation du bras (tumeur blanche du coude) ; 1 guérison. — 1 amputation de la cuisse à la partie moyenne (gangrène embolique) ; 1 guérison. — 1 amputation de cuisse au tiers inférieur (traumatique) ; 1 guérison. — 1 amputation de jambe au tiers supérieur (pathologique) ; 1 guérison. — 4 amputations de jambe à la partie inférieure (pathologique) ; 4 guérisons. — 1 amputation traumatique des quatre derniers métacarpiens ; 1 guérison. — 1 amputation du premier métatarsien avec le gros orteil ; 1 guérison. — 1 amputation du quatrième métacarpien avec le doigt ; 1 guérison. — 5 amputations de doigts du pied ou de la main ; 5 guérisons.

HOPITAL ANDRAL. — M. DEBOVE.

Cancer de l'estomac chez un jeune homme de dix-huit ans.

X..., cuisinier, âgé de dix-huit ans, probablement alcoolique, avait toujours joui d'une excellente santé, lorsque, il y a trois mois, il fut pris subitement d'une hématémèse extrêmement abondante — environ 1 litre de sang — pour laquelle il entra à l'Hôtel-Dieu.

On diagnostiqua un ulcère de l'estomac. La diète lactée fut ordonnée et le malade sortit guéri, en apparence.

Mais, deux mois après cette première hématémèse, il y en eut une seconde et ce jeune homme entra dans mon service.

Je portai le diagnostic : ulcère de l'estomac. On ne pouvait penser à autre chose. Les vomissements de sang se répétèrent, incessants. Une anémie rapide en fut la conséquence ; une ascite considérable se développa et le malade mourut dans une syncope.

A l'autopsie, nous avons trouvé une dizaine de litres de liquide ascitique, une certaine quantité de sang dans l'estomac et les intestins ; enfin, et c'est le point intéressant, un cancer siégeant sur la petite courbure de l'estomac, tout près du pylore, mais n'intéressant pas cet orifice. Ce cancer, étalé en nappe sur une surface à peu près large comme la main, était ulcéré.

Cette observation m'a paru fort intéressante à un double point de vue : 1° en raison de l'âge du sujet ; 2° en raison de la marche de la maladie, aiguë en apparence, tout au moins, car la lésion a pu rester latente pendant un certain temps ; 3° enfin, en raison de l'ascite très abondante.

Relativement à la pathogénie probable de cette ascite, nous avons trouvé des ganglions cancéreux qui allaient de la tumeur jusqu'au hile du foie et qui avaient pu comprimer la veine porte ; mais ce fait ne nous paraît pas expliquer suffisamment un épanchement aussi abondant et développé aussi rapidement.

Quant à la marche aiguë de l'affection, elle serait la règle dans le cancer de l'estomac des jeunes sujets (Bard).

RUPTURE TRAUMATIQUE COMPLÈTE DE L'URÈTHRE

CAS GRAVE ; URÉTHROTOMIE EXTERNE ; GUÉRISON EN UN MOIS (1)

Par M. P. Coulhon, ancien interne des hôpitaux de Paris.

II

L'observation, que je soumets au lecteur, lui permettra d'apprécier les résultats que l'on peut attendre d'une intervention opératoire décisive :

Le 29 septembre 1880, à dix heures du matin, le nommé J..., âgé de trente ans, employé aux expéditions dans une usine importante de Montluçon, préparait une livraison de fers creux. Il lui manquait un tube métallique de 5 à 6 mètres de longueur. Il va le chercher lui-même dans l'usine, l'apporte à pied d'œuvre, et veut le lancer sur le tréteau où sont placés les autres. Il y met toute sa vigueur ; mais ses forces le trahissent ; le tube tombe sur le bord du tréteau, fait bascule, et son extrémité la plus rapprochée, remontant violemment, vient le frapper au-dessous des bourses, en arrière des testicules.

La douleur est d'abord insignifiante : J... se rend à son bureau, situé à 200 mètres, et se livre à un travail de comptabilité. Mais, comme la douleur augmente, il veut se rendre compte de la lésion, regarde la partie malade, et constate l'existence d'une égratignure au périnée. Il applique une compresse imbibée de teinture d'arnica.

Au bout d'un quart d'heure, les bourses augmentent de volume ; la marche devient douloureuse et difficile. Le directeur de l'usine, prévenu, le fait transporter chez lui en voiture.

Je suis appelé à midi. Les bourses sont alors très volumineuses, empâtées, de couleur violacée dans leur hémisphère inférieur. Il s'écoule du sang par le méat urinaire, depuis une demi-heure.

L'uréthrorrhagie, l'épanchement de sang abondant et rapide dans les bourses, indiquent une rupture de l'urèthre. On ne peut cependant constater encore la rétention d'urine, une miction abondante ayant eu lieu dix minutes avant l'accident.

Je préviens le malade et sa famille qu'il y a une opération à faire, et qu'il importe de la pratiquer sans retard. Je fais avertir M. le docteur Dechaux, qu'on a déjà mandé : nous avons une consultation à six heures du soir. A ce moment, le scrotum est noir comme de l'encre, gros comme une tête d'adulte ; la verge commence à noircir. Le sang s'écoule incessamment par le méat.

Je propose l'uréthrotomie immédiate. Mon excellent et distingué confrère veut tenter le cathétérisme. La sonde ne passe pas. Me citant alors un cas analogue, observé au cours de sa longue et laborieuse carrière, et dans lequel il obtint un résultat, en conseillant au sujet de retenir ses urines (ce qu'il fit pendant trois jours), il manifeste l'intention de recourir au même procédé. L'idée était ingénieuse ; c'était mettre le blocus sur la vessie. Je m'empresse de déférer à ce désir, mais en faisant des réserves pour le lendemain.

Le 30 septembre, la première heure du jour nous trouve réunis auprès du blessé. Il nous raconte que, tourmenté la nuit par un besoin impérieux d'uriner, il s'est vu forcé d'enfreindre les prescriptions. Il a rendu quelques gouttes d'urine par le méat ; mais, au même moment, il a senti dans les bourses une douleur cuisante, aiguë, au point de pousser des cris. Je l'engage à renouveler sa tentative ; il hésite, disant qu'il a trop souffert, et qu'il avait parfaitement senti qu'il urinait dans une plaie vive.

Le globe vésical remonte déjà vers l'ombilic.

L'intervention opératoire s'impose. Cependant, on veut tenter encore un nouvel essai de cathétérisme. Une sonde en gomme est introduite avec lenteur jusqu'à la lésion. Une pression douce est exercée.

La verge est ramenée sur l'instrument, que l'on enfonce davantage et que l'on abaisse ensuite. Efforts inutiles, le patient gémit, crie. Le sang coule par la verge.

L'uréthrotomie est donc rigoureusement indiquée ; elle est inévitable, urgente. Elle est décidée et exécutée immédiatement. Il n'est même pas question de la ponction vésicale.

Le malade est placé dans la position de la taille, le siège sur le bord du lit, les cuisses écartées et relevées par deux aides. Le périnée est nettoyé et rasé. Les bourses étant soulevées et la peau tendue, une incision de 13 à 15 centimètres de longueur est pratiquée sur le raphé médian, partant du milieu du scrotum et allant aboutir à 1 centimètre en avant de l'anus. Comme le bistouri était entré d'emblée à une certaine profondeur, l'aponévrose superficielle se trouvait incisée en même temps que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, dans sa partie moyenne. Une masse de caillots et de sang liquide s'échappe de la plaie. L'index et le médius de la main gauche sont alors introduits à travers les lèvres de l'incision, puis écartés l'un de l'autre pour tendre la partie postérieure de l'aponévrose, dont la section est achevée jusqu'au transverse. La tumeur sanguine est évacuée et détergée. Les bouts de l'urèthre sont recherchés, mais il est impossible de les découvrir. Ils sont enfouis dans des anfractuosités sanglantes. On distingue tout au fond une étroite surface blanchâtre, qui doit être le ligament sous-pubien. L'urèthre est donc détruit dans une étendue considérable. Une sonde en gomme, introduite par le méat, est poussée vers le bout postérieur ; mais elle est trop flexible et ne peut être dirigée sûrement. Elle est remplacée par une autre plus ferme et plus volumineuse ; mêmes difficultés. L'instrument, arrivé dans la plaie, n'ayant plus un conduit rectiligne à suivre, tourne sa courbure dans tous les sens, et ne peut être dirigé. On sent au fond de la poche des pulsations artérielles énergiques ; c'est l'artère bulbeuse.

Le moment était difficile. J'ai un instant l'idée de faire pénétrer la sonde dans la vessie en enfilant directement le bout postérieur. Mais la plaie est profonde, obscure ; il faut encore fouiller, et des recherches nouvelles et prolongées peuvent rester infructueuses. Je prends le parti de recourir à la sonde en argent, espérant mieux la diriger et ouvrir plus facilement un passage. Je l'introduis par le méat jusque dans la plaie ; puis, glissant l'index gauche jusqu'au fond de l'incision, sous l'arcade pubienne, la pulpe en haut, je cherche à sentir le pertuis uréthral. Cette sensation perçue, la sonde est dirigée avec précision sur l'index. Un instant après, je lui imprime un mouvement de bascule. Elle entre dans la vessie.

L'urine ne s'écoule pas tout d'abord : la sonde est bouchée par des caillots sanguins. Deux injections d'eau tiède la désobstruent. Il sort 1 litre et demi de liquide. L'instrument est ensuite fixé dans le canal avec de gros fils de coton, attachés d'un côté à son pavillon, de l'autre à des liens passés en sous-cuisses et maintenus par une serviette en ceinture. L'appareil est solide. L'immobilité est recommandée néanmoins au malade pour plus de sûreté : sa plaie est remplie de charpie sèche, et on le laisse reposer.

L'opération était terminée depuis deux heures à peine : on

(1) Suite. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1205.

revient me chercher. Il s'est écoulé du sang par la verge entre la sonde et le pourtour du méat urinaire; il en est sorti près d'un verre. La plaie elle-même a donné autant de sang que pendant l'opération. Il y a des faiblesses, un état demi-syncopal. J'adresse au blessé quelques paroles rassurantes, et je prescris une potion cordiale, du bouillon vineux et des applications froides.

Dans l'après-midi, le pouls est rapide, à 110 pulsations. Il y a encore quelques faiblesses; mais le sang a diminué. Une douleur légère se fait sentir dans le corps de la verge; au moindre mouvement de la sonde, une souffrance vive au méat et dans le fond de la plaie.

A six heures du soir, le pouls bat 120 pulsations. Le sang est arrêté, mais il y a de l'agitation, de la chaleur de la peau, et l'écoulement d'urine semble suspendu.

A sept heures, éclate un frisson violent. Le malade est froid, glacé, claque des dents et tremble de tous ses membres au point d'ébranler le lit de sangle sur lequel on l'a placé pour le nettoyer et changer son linge. Après trois quarts d'heure, le frisson est remplacé par une chaleur intense: la peau est brûlante et sèche, le visage vultueux, la soif ardente. Le thermomètre, appliqué dans l'aisselle, monte à 41°6 : le pouls est à 140. Cet accès de fièvre, dû en partie au traumatisme et à l'absorption urineuse, paraît s'expliquer surtout par une congestion réflexe du tissu rénal, puisqu'il a été précédé d'une suspension de la sécrétion urinaire.

Le 1er octobre, la fièvre a diminué; il y a de la moiteur, la colonne mercurielle est descendue à 40 degrés, le pouls à 120. La sonde en argent, que sa dureté rend douloureuse, est remplacée sans difficulté par une sonde en gomme n° 10. L'urine s'écoule librement. Sulfate de quinine 1gr50 en trois paquets.

A midi, nouvel accès de fièvre : 41°3, 140 pulsations.

A sept heures du soir : 40°9, 130 pulsations; la sécrétion urinaire paraît normale et continue.

Le 2 octobre amène de l'amélioration. La nuit a été bonne; il y a du calme. La miction est facile. Potion quinique.

Le soir, la peau est sèche et brûlante; la température est à 40°8, le pouls à 120.

Le 3 octobre, la nuit a été agitée : il y a eu de la transpiration, il est sorti un demi-litre d'urine. Le thermomètre marque 40 degrés, le pouls est à 108.

Potion quinique; lavement huileux.

En découvrant le malade pour visiter sa plaie, il survient un frisson qui dure vingt minutes et empêche le pansement.

A midi, le pouls et la température n'ont pas varié. Il y a eu une selle. Une sensation d'oppression pénible, qui durait depuis la veille, disparaît sous l'influence de l'évacuation. Pansement au vin aromatique.

Le soir, l'amélioration est remarquable. L'urine est plus abondante. Il y a eu une transpiration d'une heure. Le pouls est tombé à 90, la température à 38°9.

Le 4 octobre, la nuit a été bonne; cependant le pouls est remonté à 100, la température à 39°9. La plaie est en bon état; les bourses ont diminué considérablement. Elles n'ont plus que le quart du volume qu'elles avaient le soir de l'accident. Elles ne sont plus noires; elles sont rouges dans presque toute leur étendue, sauf à la partie qui avoisine la plaie, où la peau est bleu noirâtre. La verge est encore noire. La langue est saburrale, le teint subictérique, la soif vive. Huile de ricin, 45 grammes.

A midi, le pouls est à 90, la température à 39°4. Il y a eu trois selles copieuses. Pas de frisson; un peu d'appétence pour les aliments. Potage maigre.

A cinq heures, en faisant un effort pour uriner, J... sent couler par la plaie un liquide chaud, mais qui ne produit aucune sensation de brûlure ou de cuisson.

Le 5 octobre, le mieux continue. Le pouls s'est maintenu toute la journée à 90 pulsations; la température à 38°8.

Il y a eu trois mictions; celle du matin a été accompagnée de l'issue, par la plaie, d'un liquide chaud comme la veille. Supposant que c'est de l'urine, je conseille à J... de ne pas faire d'efforts pour uriner. Les autres mictions ne présentent pas le même phénomène.

Le 6 octobre, l'amélioration s'accentue encore : 38 degrés, 75 pulsations. Le linge, que l'on a passé sous le siège pour recevoir les matières purulentes provenant de la plaie, est baigné d'un liquide roussâtre, ressemblant à de l'urine. Cependant, le malade n'a pas éprouvé la sensation de liquide chaud, qu'il avait accusée la veille. Le linge n'a pas l'odeur de l'urine. Pour être fixé sur la nature du liquide, je ne mets dans la plaie que de la charpie sèche, et j'engage la garde-malade à glisser au-dessous un linge sec et blanc, destiné à recueillir les sécrétions.

Le soir, on ne trouve sur ce linge que des taches de pus, avec un peu de sérosité. J... a mangé avec appétit et ne souffre pas.

La nuit est, cependant, traversée par un incident. A une heure, se fait sentir un vif besoin d'uriner, qu'il est impossible de satisfaire malgré les plus grands efforts. Douleur cuisante et picotements dans la vessie et le canal; rejet d'une petite quantité d'urine trouble, blanchâtre, épaisse. Une injection d'eau tiède dissipe ces malaises, et la miction s'exécute d'une manière parfaite.

Le 8 octobre, l'état est bon : 75 pulsations. A part une sensation de cuisson dans la plaie, la journée est excellente.

Le soir, les urines sont un peu floconneuses, ont une odeur forte, une réaction alcaline. Le scrotum est presque normal : il y a deux larges ecchymoses sous les fesses.

Le 9 octobre, même état. Les urines de la veille au soir, conservées la nuit, ont laissé déposer au fond du vase des glaires cristallines, claires et adhérentes. Elles sont alcalines et de couleur foncée. Je fais uriner le malade devant moi; le liquide est un peu louche, et devient rapidement nuageux. Il y a tous les symptômes d'une cystite. De plus, le méat urinaire est obstrué autour de la sonde par une croûte, résultant d'une goutte de pus desséché. Il y a uréthrite. En raison de ces deux affections, il y a lieu de retirer la sonde, dont la présence continuelle dans le canal, pendant huit jours, a déterminé l'uréthro-cystite. L'opération se fait, du reste, sans douleur, et je constate que la partie vésicale de la sonde est noirâtre, et recouverte à sa face supérieure, dans sa concavité, de parcelles salines blanchâtres, adhérentes, qui forment un revêtement rugueux et résistant. L'urèthre reste sans sonde, d'une heure de l'après-midi jusqu'à neuf heures du soir; le malade reste tout le temps sans uriner. A neuf heures, je le fais uriner; le liquide sort à flots par la plaie; pas une seule goutte ne passe par la verge. Je me décide à remettre une sonde, et je choisis une sonde en caoutchouc rouge vulcanisé du n° 12. Je la collodionne dans la moitié environ de sa longueur pour lui donner de la consistance, et la faire mieux rester en place. Je l'introduis ensuite à l'aide d'un mandrin.

L'opération présente de sérieuses difficultés; le bout de l'instrument vient buter dans une cavité de la région du bulbe; il est impossible d'aller plus loin. Comme, en examinant la plaie, j'avais remarqué que la sonde en gomme était visible au fond dans une étendue de 2 à 3 centimètres, je pensai pouvoir sans inconvénient y introduire un doigt et guider ainsi la sonde en caoutchouc. Le résultat répondit à mon attente. Je pénétrai directement, et fixai ensuite l'instrument à des sous-cuisses comme les premières fois.

Le 10 octobre, bon état. Deux injections avec une solution de silicate de soude, pour empêcher la formation de dépôts sur la sonde et la fermentation de l'urine dans la vessie.

Le 13 octobre, la nuit a été mauvaise. Il y a eu des douleurs dans la verge, des envies fréquentes d'uriner, des épreintes vésicales avec les dernières gouttes de chaque miction. Les urines sont glairo-purulentes. Goudron à l'intérieur, et mélangé aux injections silicatées.

Le 14 octobre, l'urine est meilleure; il y a moins de douleur. Cependant, le malade regrette sa sonde en gomme, qui le gênait beaucoup moins que la dernière en caoutchouc.

Le 15 octobre, il me raconte qu'il a uriné toute la nuit par la plaie malgré lui. Il sort un peu de pus par l'urèthre. La plaie péri-

néale donne une abondante suppuration. En présence de l'uréthro-cystite persistante, des douleurs péniennes et de l'incontinence d'urine, je me décide à retirer la sonde. Du reste, la brèche de l'urèthre étant très étendue et la perte de substance considérable, il me semble bien difficile, sinon impossible, de rétablir pour l'avenir l'écoulement des urines par la verge. J'enlève donc la sonde en caoutchouc, et, bien qu'elle ne soit pas restée plus de six jours dans la vessie et que j'aie fait faire chaque jour des injections, sa partie vésicale est recouverte de concrétions salines. Continuer l'usage du goudron.

Le 17 octobre, il y a un peu de fièvre le matin, de l'inappétence. L'urèthre livre passage à une quantité de pus considérable, comme dans une blennorrhagie intense. La plaie donne une suppuration insignifiante; ce qui fait supposer que le pus de la plaie passe en grande partie par l'urèthre.

L'urine est moins trouble à l'émission, moins glaireuse après avoir déposé. On diminue l'alimentation.

Le 18, l'état est le même. La fièvre a, cependant, un peu cédé à la diète relative qui a été recommandée. J... s'est levé dans la journée, et a voulu s'asseoir sur une chaise; il a eu une faiblesse avec perte de connaissance, une véritable syncope.

A ce moment du travail de réparation, la plaie offre un aspect intéressant : c'est une grande et belle vulve, un peu romantique, mais doublée, comme la vulve classique, d'un tissu rose et légèrement ombragée de noir. Quinquina, toniques, alimentation substantielle.

Le 20, les forces commencent à revenir; la position assise a pu être gardée un certain temps. Mais il y a des vertiges et des obnubilations, quand elle est conservée plus d'une demi-heure.

Le 23, le pus a cessé de couler par l'urèthre, la plaie tend à se cicatriser; elle est considérablement rétrécie, et donne une suppuration insignifiante.

Le 24, les forces augmentent : le malade est resté assis une heure dans un fauteuil. Une gouttelette de pus s'est montrée au méat urinaire.

Le 25, les vertiges ont complètement disparu, bien que la position assise ait été gardée pendant trois heures. Plus de douleurs dans la verge, ni dans la plaie, qui se rétrécit toujours et n'est sensible que par le contact avec le siège.

Le 27, l'état général continue à être excellent : mais l'urine sort toujours et exclusivement par la plaie, et le testicule droit est le siège d'un gonflement indolore, d'une épididymite à peine douloureuse même à la pression.

Le 28, il sort quelques gouttes d'urine par le méat.

Le 29, la quantité de liquide augmente. Supposant que le canal de nouvelle formation, moulé sur les sondes, doit être perméable, je conseille à J... de serrer les cuisses avant la miction. L'urine sort par l'urèthre ; il n'en passe pas une seule goutte par la plaie. Le blessé peut être considéré comme entrant en convalescence à partir du 30 octobre.

Les forces sont revenues, l'appétit est excellent : le facies naturel, quoique encore un peu pâle.

La première sortie s'effectua le 2 novembre dans les meilleures conditions. Le testicule enflammé présente un gonflement persistant, et qui s'étend à toute la glande; mais la douleur est nulle, et la marche est facile. Je revois le malade le 12 novembre; il va bien.

Sans qu'il soit obligé de prendre de précautions, la miction se fait uniquement par le méat. Le jet d'urine est petit et irrégulier. En raison de ces caractères du jet urinaire, et de la durée de la miction, qui se prolonge outre mesure, j'introduis, le 13 novembre, dans le canal, successivement les n°s 25 et 26 de la série des cathéters Béniqué. Le lendemain, je passe les quatre numéros suivants : 27, 28, 29, 30.

Le jet d'urine redevient normal, ainsi que la durée de la miction.

Je quitte alors définitivement mon opéré, en lui donnant pour dernier conseil de pratiquer lui-même, de temps en temps, le cathétérisme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 novembre 1889. — Présidence de M. DUMONTPALLIER.

COMMUNICATIONS

Cancer de l'estomac. — M. DEBOVE communique l'observation d'un cancer de l'estomac observé chez un jeune homme de dix-huit ans. (Voir plus haut, p. 1231.)

M. RENAUT. Le sujet était-il arthritique? Existait-il des accidents héréditaires?

M. DEBOVE. Les parents sont vivants, se portent très bien. Quant à l'arthritisme, je ne saurais répondre; on ne sait plus aujourd'hui où commence et où finit l'arthritisme.

Du salol dans la blennorrhagie. — M. FERD. DREYFOUS. Ma communication a un double but : 1° un but théorique : poser les bases de l'antisepsie des organes urinaires par la médication interne. Ces bases ont été déjà implicitement posées par M. le professeur Bouchard dans son *Traité de thérapeutique des maladies infectieuses*; — 2° un but pratique : montrer l'efficacité du salol dans la blennorrhagie.

Au point de vue théorique, un antiseptique des organes urinaires doit répondre aux conditions suivantes : être peu soluble, n'avoir pas d'action toxique, n'être ni un antithermique, ni un antiseptique général, ni un antiseptique intestinal, et réserver toute son action pour les organes urinaires. Or, il résulte des expériences de Nencki, Sahli, M. Lépine, que le salol se dédouble, dans l'intestin, en acide phénique et acide salicylique, qui, tous deux, passent dans l'urine, le premier à l'état de phényl-sulfate et le deuxième en nature.

L'ingestion du salol est donc l'équivalent d'une injection antiseptique des voies urinaires : rein, vessie, urèthre — injection qui se fait d'une façon bien plus universelle, bien plus intime qu'aucune injection antiseptique par la voie externe.

Il résulte des expériences de Sahli que l'urine des sujets ayant ingéré le salol est devenue aseptique.

Comme, d'autre part, le salol est admirablement supporté, même à dose élevée, et n'a aucune action toxique, qu'il est insoluble, il représente bien un antiseptique local des organes urinaires, comme le naphthol représente par excellence l'antiseptique de l'intestin.

Au point de vue pratique, j'ai donné le salol, soit seul, soit associé aux balsamiques, à sept malades soumis à mon observation. Et chez tous, le salol administré à des doses variables, de 5, 7 ou 8 grammes, a produit une modification de l'écoulement blennorrhagique. Dans un cas récent, datant de quatre jours, la guérison définitive a été obtenue en trois jours.

Je crois donc pouvoir poser les conclusions suivantes : le salol a une action non douteuse sur l'écoulement blennorrhagique. Cette action paraît due à ce que le salol rend l'urine aseptique et probablement antiseptique.

Dans plusieurs de nos observations, nous avons employé le salol seul, voulant démontrer son efficacité; mais il semble qu'il y ait parfois avantage à donner simultanément le copahu, le cubèbe, pour accélérer la guérison.

A un point de vue plus général, le salol pourrait être employé par les chirurgiens qui pratiquent des opérations sur les organes urinaires. Il rend, en effet, l'urine aseptique, et dès lors elle pourrait impunément être en contact avec les plaies uréthro-vésicales.

L'asepsie et l'antisepsie des organes urinaires peuvent donc être pratiquées par une médication interne qui présente une supériorité réelle sur l'asepsie chirurgicale ou externe.

Ictère biliphéique; hémophilie. — M. HAYEM fait la communication sommaire d'un ictère biliphéique observé chez un enfant de un mois; il y a eu hémophilie. La mort est survenue le quinzième jour. A l'autopsie, on a trouvé une rupture de la vésicule biliaire sans oblitération du canal cholédoque; la bile était

épanchée dans le péritoine; absence de péritonite suppurée et résorption biliaire par voie lymphatique.

Cette observation sera complétée plus tard par l'examen microscopique; en attendant, M. Hayem fait remarquer l'intérêt de ce fait, au point de vue de la pathogénie des hémorrhagies dans l'ictère. Il semble prouver que la cause des hémorrhagies, dans certaines formes d'ictère, doit être rattachée à l'action de la bile en nature.

M. OLLIVIER rappelle les amincissements et les perforations des parois de la vésicule biliaire, signalés depuis longtemps dans la fièvre typhoïde.

M. FÉRÉOL. L'observation présentée par M. Hayem montre que la pénétration de la bile dans le péritoine ne donne pas toujours lieu, comme on le croyait, à une péritonite suraiguë.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — Anatomie : dixième séance (samedi 23 novembre) : « Artère fémorale. »

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Lapeyre est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Sarda, appelé à d'autres fonctions.

M. Guy est maintenu dans les fonctions d'aide-préparateur du laboratoire d'hygiène.

— *École de médecine de Nancy.* — M. Langlois, docteur en médecine, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies mentales.

MM. Thiébaut, Frœlich et Prautois sont nommés aides de clinique, en remplacement de M. Adam, appelé à d'autres fonctions, et de MM. Riche et Zumbiehl, démissionnaires.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Dufour, docteur ès sciences, est nommé préparateur de botanique à ladite Faculté, en remplacement de M. Faguet, démissionnaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Breyton (de Die); Cocchiarallo (de Saint-Frajou); Odille (de Chatenois); Pont (de Lévignac); Terrier, ancien trésorier de la Société de médecine pratique; Verdalle (de Cierp) et de M. Chatinière (Joseph-André), élève en médecine, décédé à Paris dans sa vingt-troisième année.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 136. — JEUDI 28 NOVEMBRE 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 28 NOVEMBRE 1889. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Hervieux annonce à l'Académie que l'épidémie de la Mothe-aux-Bois a pris fin. Il s'est transporté sur les lieux, a examiné tous les enfants vaccinés le 31 juillet. Il ne s'agit pas d'une épidémie de syphilis vaccinale, mais d'une épidémie de vaccine ulcéreuse. Son origine est-elle ecthymateuse? M. Hervieux n'a pu trouver ce point d'origine; il croirait plutôt au lymphatisme ou à la scrofule, mais il fait encore ses réserves jusqu'à ce que l'observation clinique permette d'élucider la question.

M. Le Fort lit un rapport sur trois notes adressées par MM. Kirmisson, Le Dentu et Nicaise, sur le traitement des rétrécissements de l'œsophage.

M. Hardy ouvre la discussion sur la prophylaxie de la tuberculose. Pour lui, la première place de cette prophylaxie appartient à l'hygiène; mais il repousse la publicité des conseils spéciaux à la contagion de la tuberculose; au nom de l'humanité, il lui en coûte de considérer le tuberculeux comme un paria dont il ne faut plus s'approcher.

Enfin, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire. Elle arrête, comme suit, la liste de présentation :

En première ligne, M. Le Dentu; en deuxième ligne, M. Terrier; en troisième ligne, M. Nicaise; en quatrième ligne, M. Perier; en cinquième ligne, M. Berger; en sixième ligne, M. Chauvel.

La séance annuelle aura lieu le 10 décembre.

HOPITAL NECKER. — M. Rendu.

Affection du cœur, apoplexie pulmonaire, néphrite interstitielle.

Je viens de pratiquer, tout à l'heure, une ponction de la poitrine chez un malade atteint d'une pleurésie secondaire, qui se présente dans des conditions quelque peu complexes, et cette ponction a donné issue à un liquide transparent, mais revêtant une teinte hémorrhagique prononcée.

Lorsque ce malade est entré à l'hôpital, il y a dix jours, il était souffrant depuis huit jours; il se plaignait d'un point de côté à gauche, d'une très grande oppression, et crachait du sang. Au premier abord, on pouvait se demander s'il s'agissait d'une pneumonie franche, d'une congestion pulmonaire ou d'une tuberculose; mais, bien vite, on reconnaissait qu'aucun de ces diagnostics ne pouvait être le vrai, car, d'une part, cet homme était apyrétique tout en ayant le pouls rapide (110 à 115) et l'oppression très grande, et, d'autre part, les crachats étaient très rares, visqueux, adhérents au vase, lourds, ne se dissociant pas et d'un brun sanguinolent.

D'ailleurs, les signes physiques faisaient également repousser l'idée de l'une ou l'autre de ces affections. Nous trouvons, en effet, à la base du poumon gauche et sur une hauteur de 4 à 5 travers de doigt, une matité presque complète, une diminution des vibrations thoraciques, et, à l'auscultation, une diminution aussi du murmure respiratoire, sans souffle, une respiration voilée, avec de petits râles crépitants fins : soit donc les signes d'un certain degré de condensation pulmonaire diffuse, sans hépatisation ni épanchement. Ma conclusion fut : apoplexie pulmonaire, conséquence d'un petit infarctus hémorrhagique, produit dans la poitrine.

Ce premier point éclairci, nous devions nous rappeler que cette apoplexie est généralement liée à un état particulier du cœur, et, par suite, diriger notre enquête de ce côté. Interrogeant alors notre malade sur ses antécédents, nous apprenions que, depuis assez longtemps déjà, sa santé était fort chancelante, qu'il se fatiguait très vite, qu'il avait de l'oppression et des palpitations dès qu'il montait un escalier ou faisait quelque effort, enfin que, de temps en temps, il avait un peu d'œdème, œdème fugace, du cou-de-pied, des jambes et des paupières. Nous apprenons que, depuis un mois, ces phénomènes morbides s'étaient accentués assez pour que cet homme fût obligé de cesser son travail, lorsqu'il avait été pris de son point de côté avec oppression plus grande et expectoration visqueuse.

D'autre part, l'examen du cœur nous a montré, d'abord, que cet organe était plus volumineux qu'à l'état normal, sa pointe battait plus bas et un peu en dehors du mamelon, ses bruits étaient sourds quoique fortement frappés; il n'y avait pas de souffle, un bruit de galop présystolique, le bruit aortique très accentué et très étendu, soit, en résumé, un peu d'hypertrophie du cœur gauche, une dilatation des

cavités droites et une tension exagérée de la circulation. Le pouls, d'ailleurs, était dur, tendu et fortement frappé. Cet état nous expliquait très bien le foyer apoplectique récent du poumon gauche.

Mais cette hypertrophie cardiaque sans lésions valvulaires, quelle en était l'origine ? Une myocardite interstitielle primitive ? Un cœur forcé par l'habitude de violents efforts musculaires ? Non. Une lésion viscérale gastro-intestinale, hépatique, rénale ? Du côté du tube digestif, nous ne relevions absolument rien, pas la moindre dyspepsie, de sorte qu'il ne nous restait plus à consulter, en dernier ressort, que l'organe rénal.

En effet, c'est de ce côté que nous allions trouver des lésions. Depuis les travaux de Traube et de M. Potain, on connaît parfaitement aujourd'hui les rapports existant entre l'hypertrophie du cœur sans lésions des orifices et l'état des reins. Or, chez notre malade, quoique les urines fussent relativement assez rares, rouges et chargées de sels et d'urates, elles n'en contenaient pas moins des flots d'albumine. De là deux suppositions : ou l'affection rénale a été primitive, et l'hypertrophie cardiaque est survenue ensuite, ou bien, au contraire, l'hypertrophie a été primitive et la néphrite a été secondaire. La rareté des urines (1200 à 1300 grammes par jour), leur coloration et l'abondance de l'albumine, et la présence de sels et d'urite en assez grande quantité, tendraient à faire admettre la néphrite comme secondaire, si, d'autre part, le malade n'avait pas de temps en temps de l'œdème et surtout si nous ne savions pas que cette rareté des urines avait été précédée, il y a deux ou trois ans, de mictions abondantes, de polyurie forçant le malade à se lever la nuit; enfin, si nous n'avions pas encore, parmi les symptômes observés chez cet homme, une forte tension de la circulation sanguine, ainsi qu'un bruit de galop présystolique.

Pour tous ces motifs nous devons conclure à la néphrite primitive, à l'hypertrophie cardiaque secondaire. Mais, de cette néphrite, quelle a été la cause ? Le froid humide ? La scarlatine, la fièvre typhoïde, le rhumatisme, la syphilis, l'alcoolisme, la goutte ? Nullement, cet homme n'a rien eu de tout cela, mais bien le saturnisme, il est peintre en bâtiment. Cependant, chez lui l'intoxication saturnine n'a jamais donné lieu qu'à quelques coliques de plomb passagères, sans aucun retentissement sur le système nerveux.

Le plomb a agi sur son système circulatoire, sur les parois vasculaires, comme irritant direct, déterminant un certain degré d'artérite, et aussi dynamiquement, à la façon des astringents longtemps continués. C'est ainsi que les petits vaisseaux du rein ont été irrités directement, d'où la néphrite interstitielle, et parallèlement la tension exagérée continue du système circulatoire a déterminé la lésion cardiaque.

Pendant longtemps la lésion rénale est restée latente chez cet homme, et ce n'est que très tardivement qu'elle a été reconnue, puis le saturnisme a entraîné à son tour la lésion de l'élément épithélial, l'albuminurie s'est constituée, la néphrite mixte succédant à la néphrite interstitielle.

Quant à l'apoplexie pulmonaire, ce n'est pas chose commune dans le saturnisme; elle s'explique par la dilatation des cavités droites du cœur qui est la genèse habituelle des infarctus. Ces derniers peuvent être centraux, mais, le plus souvent, ils sont périphériques et deviennent alors le point de départ d'un travail subinflammatoire aigu, congestif et nécrobiotique. Ils sont alors le point de départ d'un épanchement pleural par exsudation séro-sanguine, d'où la teinte rouge du liquide que l'on rencontre comme chez notre malade, où j'ai été assez surpris de la quantité de liquide que la ponction m'a donnée (12 à 1300 grammes), vu le peu d'étendue de la matité.

Ceci ainsi déterminé, que va être le pronostic ? 1° Pour l'épanchement, je ne pense pas qu'il se reproduise, sans pouvoir, cependant, l'affirmer; 2° pour la néphrite, je suis plus embarrassé ; le traitement n'ayant eu encore que peu de résultats, je crains la persistance des lésions épithéliales du rein, et, par suite, le pronostic est mauvais surtout en raison de l'état du cœur.

Enfin, comme traitement, j'ai, en raison de l'état aigu au début, prescrit six ventouses scarifiées, en même temps que la digitale associée à l'acétate d'ammoniaque et la diète lactée. De plus, j'ai eu recours à quelques injections de morphine comme étant un sédatif puissant de la circulation générale. Enfin, aujourd'hui j'ai évacué l'épanchement pleural ; très prochainement j'emploierai comme antiseptique l'iodure de potassium à petite dose, soit de 10 à 20 centigrammes par jour.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Le Dentu.

Statistique des opérations pratiquées dans le service de M. Le Dentu, au cours de l'année 1888 (1).

II

6° Extraction de corps étrangers. — 1 extraction de balle logée dans la paroi thoracique ; 1 guérison. — 1 extraction par la bouche d'un dentier arrêté dans l'œsophage, à 5 centimètres de l'estomac ; 1 guérison. — 1 extraction de cuiller en bois passée de l'estomac dans la cavité péritonéale ; 1 guérison.

7° Autoplasties. — 3 blépharoplasties, dont deux avec blépharorrhaphie ; 3 guérisons. — 3 autoplasties nasales ; 3 guérisons. — 2 staphylorrhaphies ; 2 guérisons. — 1 restauration du fourreau de la verge coupée par une ficelle ; 1 guérison.

8° Opérations sur les muscles, les tendons et les nerfs. — 1 myotomie de plusieurs muscles de la cuisse ; 1 guérison. — 1 suture de tendons ; 1 guérison. — 1 suture du nerf médian ; 1 guérison.

9° Opérations sur l'appareil respiratoire. — 1 trachéotomie ; 1 guérison. — 1 extirpation totale du larynx pour cancer. Bon résultat opératoire, en ce sens que le malade a très bien supporté l'opération, mais une récidive rapide l'a emporté au bout de quatre mois. — 1 opération d'Estlander palliative (résection partielle de cinq côtes) ; 1 amélioration.

10° Opérations sur l'appareil de la digestion. — 1 gastrostomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage ; 1 mort. — 12 cures radicales de hernies inguinales, irréductibles pour la plupart ; 12 guérisons. — 2 kélotomies pour hernies crurales (une des malades a gardé une fistule stercorale qui a guéri à la suite de plusieurs cautérisations ignées) ; 2 guérisons. — 1 anus artificiel iliaque pour faciliter le traitement d'un syphilome ano-rectal ; 1 guérison. — 1 suppression de cet anus artificiel et entérorrhaphie du gros intestin ; 1 guérison. — 7 fistules à l'anus ; 7 guérisons. — 1 ablation d'hémorrhoïdes ; 1 guérison.

11° Opérations sur l'appareil urinaire. — 1 néphrolithotomie sur un rein non suppuré ; 1 guérison. — 1 lithotritie en une séance ; 1 guérison. — 2 tailles hypogastriques pour cystite tuberculeuse ; 2 guérisons. — 1 taille vésico-vaginale palliative

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1230.

pour cancer de la vessie. Opération bien supportée. L'affection a suivi en quelques mois son cours normal. — 1 débridement périnéal pour rupture traumatique de l'urèthre ; 1 guérison. — 3 incisions et curages d'abcès urineux; 3 guérisons dont 2 avec fistules. — 2 cautérisations galvano-caustiques de fistules urinaires; 2 insuccès. — 1 débridement large et curage d'une fistule urinaire; 1 insuccès. — 1 excision large d'une fistule urinaire suivie de suture profonde du périnée; 1 guérison. — 2 divulsions de l'urèthre; 2 guérisons. — 1 dilatation rapide progressive; 1 guérison. — 2 dilatations forcées de l'urèthre chez des femmes; 2 guérisons. — 7 uréthrotomies internes; 7 guérisons. — 1 uréthrotomie externe sans conducteur, suivie de suture profonde et totale du périnée; 1 guérison. — 3 uréthrotomies externes sans conducteur; 2 guérisons, 1 mort. — 1 curage du lobe gauche de la prostate tuberculeuse; 1 guérison.

12° **Opérations sur l'appareil génital de l'homme.** — 1 hypospadias; 1 résultat incomplet. — 2 circoncisions; 2 guérisons. — 8 opérations de varicocèle : 2 par excision simple du scrotum; 2 guérisons; 3 par résection des veines dans l'aine; 3 guérisons; 3 par excision combinée des veines et du scrotum; 3 guérisons. — 5 cures radicales d'hydrocèle ; 5 guérisons. — 6 décortications ou excisions de tunique vaginale pour vaginalite exsudative ou hémorrhagique ; 6 guérisons. — 1 abrasion de fungus simple de la tunique vaginale, consécutif à une gangrène des bourses. Suture complète du scrotum ; 1 guérison.

13° **Opérations sur l'appareil génital de la femme.** — 1 colpopérinéorrhaphie; 1 guérison. — 2 extirpations de polypes utérins, dont l'un volumineux; 2 guérisons. — 1 amputation conoïde du col utérin pour allongement hypertrophique. Réunion immédiate; 1 guérison. — 1 opération d'Alexander; 1 guérison. — 1 ablation de fibrome développé dans une cicatrice de laparotomie (ovariotomie faite jadis par moi); 1 guérison. — 1 opération de Battey; 1 guérison. — 4 extirpations de trompes de Fallope ou d'ovaires, dont deux doubles; 4 guérisons. — 6 ovariotomies pour kystes ou volumineuses tumeurs colloïdes, dont 4 doubles; 6 guérisons. — 1 hystéropexie; 1 guérison. — 1 laparotomie pour drainage d'un abcès rétro-utérin non adhérent à la paroi abdominale; 1 guérison. — 2 incisions, par le vagin, de vastes hématocèles suppurées : 2 guérisons.

Vu l'importance des opérations abdominales, comportant l'ouverture restreinte ou large du péritoine, il y a intérêt à les réunir toutes dans un groupe unique, après les avoir réparties dans les diverses sections du résumé précédent.

Elles sont au nombre de 35, se décomposant ainsi :

12 cures radicales de hernies; 12 guérisons. — 2 kélotomies; 2 guérisons. — 1 anus artificiel iliaque; 1 guérison. — 1 entérorrhaphie de l'S iliaque pour la suppression de l'anus artificiel précédent; 1 guérison. — 1 extraction de corps étranger (cuiller en bois) de la cavité péritonéale; 1 guérison. — 1 opération de Battey; 1 guérison. — 4 extirpations des trompes ou des ovaires; 4 guérisons. — 6 ovariotomies dont 4 doubles; 6 guérisons. — 1 hystéropexie; 1 guérison. — 1 laparotomie pour drainage d'une collection rétro-utérine; 1 guérison. — 1 ablation d'un fibrome développé sur une cicatrice d'ovariotomie; 1 guérison. — 3 hystérectomies vaginales; 2 guérisons, 1 mort. — 1 gastrostomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage; 1 mort.

En résumé, la guérison a été la règle pour toutes les opérations bénignes ou moyennes. Elle a été obtenue également à la suite de presque toutes les grandes opérations, et particulièrement des opérations abdominales. Ces heureux résultats se sont prolongés cette année et, depuis le 1er janvier, aucune des laparotomies pour lésions de l'appareil génital de la femme (elles sont actuellement au nombre de 12) n'a été suivie de mort.

Il en est de même pour les cures radicales de hernies.

La méthode antiseptique, adoptée dès 1876 par M. Le Dentu et défendue à la Société de chirurgie, en 1879 (1), est naturellement d'une application courante dans le service.

RUPTURE TRAUMATIQUE COMPLÈTE DE L'URÈTHRE

CAS GRAVE; URÉTHROTOMIE EXTERNE; GUÉRISON EN UN MOIS (2)

Par M. P. Coulhon, ancien interne des hôpitaux de Paris.

III

Voilà donc un sujet, atteint d'une lésion extrêmement grave du canal de l'urèthre, guéri dans un laps de temps relativement restreint, dans l'espace d'un mois. Ce résultat heureux est dû à la méthode employée, dont on ne saurait trop exalter les bienfaits : à l'uréthrotomie. Certes, la lecture de ce fait et de quelques autres semblables peut bien permettre de se faire une idée de l'importance de cette opération. Mais une appréciation motivée, un jugement éclairé ne peuvent être portés en connaissance de cause qu'après une comparaison de résultats. Si l'on veut être pleinement édifié, il faut compulser les anciens ouvrages de chirurgie, les traités spéciaux des maladies génito-urinaires. On y trouve des cas de gangrène étendue, de mort même par lésions du canal de l'urèthre. On voit de pauvres blessés traînant péniblement, et pendant de longues années, une misérable existence, tourmentés de douleurs continuelles, de rétention d'urine, incapables de tout travail, et sortant des mains d'un chirurgien pour aller implorer, quelque temps après, les secours d'un autre. C'est en méditant sur ces documents cliniques, qu'on pourra se faire une idée de la valeur de l'uréthrotomie.

Qui de nous, du reste, — je parle surtout de la génération qui commence à blanchir sous le harnais, — qui de nous, dans sa prime jeunesse, n'a pu contempler avec étonnement, en suivant les grands services hospitaliers, quelqu'un de ces vieux périnées noueux, indurés, labourés de tractus fibreux, ravinés de fondrières, criblés souvent de trous, de cratères et de fistules (3)? Ces antiques carrefours, lieux d'entrecroisement de trajets morbides; ces volcans éteints, foyers d'éruption de laves urinaire et purulente, inoubliables quand la rétine les a fixés même une seule fois, un gave torrentueux les parcourut jadis. Maintenant, c'est un mince filet; une triste rigole, tortueuse, barrée de-ci, étranglée de-là, où le liquide a peine à trouver sa voie pour venir à la lumière. Heureux encore, quand il n'y a pas de fuites, et qu'il ne faut pas à chaque instant l'assistance d'une main secourable.

Ces vieilles cicatrices, pas toujours glorieuses, ordinaires restants de péchés de jeunesse, sont, cependant, parfois les derniers reliquats d'anciennes contusions du périnée. Elles témoignent par écrit, gravé en traits ineffaçables, des louables mais impuissants efforts de la chirurgie du temps passé. On en rencontre encore de ces vieux débris, mais ils se font plus rares, grâce aux progrès de la science et à une entente plus parfaite des indications opératoires.

On a dû remarquer, au cours de l'observation, certaines

---

(1) Discussion sur les pansements antiseptiques, *Bulletins* et *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1879, t. V, p. 229.

(2) Fin. — Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1205.

(3) Civiale cite un cas dans lequel il a compté cinquante-deux orifices fistuleux.

particularités, sur lesquelles il est bon de ramener l'attention.

L'uréthrotomie n'a pas été extemporanée; elle n'a été pratiquée que vingt heures après l'accident. Cette manière de faire est-elle incorrecte, et pouvait-on faire mieux? Nullement, puisque le diagnostic de rupture complète, quoique infiniment probable, ne pouvait être posé de prime abord d'une manière rigoureuse; la rétention d'urine ne s'est manifestée que le lendemain de l'accident. Il était donc permis de conserver des doutes. D'ailleurs, le diagnostic eût-il été solidement établi, il n'y avait aucun inconvénient à attendre quelques heures. Il ne pouvait y avoir péril ou complication avant que la poche sanguine n'eût subi un commencement de travail inflammatoire, et que les microbes n'eussent entamé leur œuvre de désorganisation. De plus, l'urine ne s'était pas encore répandue dans la plaie uréthrale, et l'on ne doit pas ignorer que cette condition constitue une des plus importantes indications de l'urgence de l'opération. Aussi l'intervention doit-elle être plus prompte et plus décisive en cas de rupture pathologique. C'est le liquide urinaire qui forme alors en grande partie la tumeur périnéale, et l'intoxication est par là-même plus rapide, et les phénomènes inflammatoires plus pressants et plus graves.

La règle stricte doit donc être d'attendre l'apparition de la triade symptomatique complète, avant de s'armer du bistouri, sauf en cas de rupture pathologique, où l'incision doit suivre immédiatement, s'il est possible, l'épanchement urinaire. On comprend, au surplus, que l'uréthrotomie ne perd jamais ses droits, même au cas où le chirurgien ne serait appelé que plusieurs jours après l'accident.

L'incision faite, et la tumeur sanguine évacuée, un signe indiquait la gravité de la lésion : c'était la surface blanchâtre étroite, aperçue au fond de la plaie, et qui ne devait être que le ligament sous-pubien. L'immobilité et la dureté au doigt de cette partie blanche éloignait l'idée qu'elle pût être la tunique fibreuse du corps spongieux. L'urèthre n'avait donc pas été seulement rompu; il avait été écrasé dans toute son épaisseur sous les arceaux de l'ogive pubienne. Il nous a été donné également de mesurer l'étendue en longueur de la rupture d'une façon exacte, presque mathématique. C'est en examinant la sonde en gomme, qui avait remplacé, le second jour, la sonde en argent. Cet instrument, qui avait séjourné huit jours dans le canal, présentait à sa surface plusieurs nuances : l'une, jaune clair, étendue du pavillon à la plaie; l'autre, gris sale, dans la longueur de la plaie; les autres, jaune et noirâtre, dans la portion terminale de l'urèthre et dans la vessie. La seconde nuance régnait sur une étendue de 5 centimètres. On avait donc ainsi la mesure de la lésion, qui n'avait été sans doute aussi considérable que par la position un peu inclinée du blessé, au moment de l'accident.

La recherche des bouts du canal de l'urèthre n'a pas été poursuivie longtemps. Elle était difficile, en raison du volume de la tumeur, et de la profondeur où devaient s'exécuter les manœuvres. Elle aurait pu être continuée encore, et même on aurait pu remettre ce travail complémentaire à la visite suivante : il est d'observation que cette recherche est plus facile quelques heures après l'incision. Mais il a paru préférable d'en finir en une séance, et on a vu que le moyen mis en œuvre a donné un résultat immédiat. Il est donc utile de savoir qu'en cas pareil, on peut tenter avec succès d'enfiler le bout postérieur, ce chas d'aiguille si difficile à trouver, en imprimant une bonne direction à une sonde en argent poussée dans la dépression du pertuis uréthral. On ne réussira pas toujours, il est probable; mais on arrivera quelquefois au but. Dans cette hypothèse, on évitera de fouiller longtemps dans une plaie vive et douloureuse, et on pourra du même coup se soustraire à l'obligation de pratiquer une opération longue et délicate : le cathétérisme rétrograde.

Les chirurgiens sont divisés sur la durée du séjour des sondes à demeure après l'uréthrotomie. Les uns les laissent trois à quatre jours, les autres tout le temps de la cicatrisation. La vérité est entre ces deux extrêmes. La règle générale est d'enlever la sonde, du cinquième au huitième jour. Mais cette règle est loin d'être absolue, et elle souffre de nombreuses exceptions. La conduite à tenir dépend un peu de l'étendue du traumatisme, beaucoup des complications et de la facilité plus ou moins grande de l'écoulement des urines. Une cystite, une uréthrite, une orchite ou ces inflammations réunies indiqueront le retrait de la sonde. Un traumatisme étendu, un écoulement difficile des urines, leur issue exclusive par la plaie rendront sa présence indispensable ou, au moins, nécessaire. Il en est des sondes à demeure, après l'incision périnéale, comme des canules après la trachéotomie. Les circonstances établissent les indications. Dans le fait que je viens d'exposer, j'ai dû remettre le soir du huitième jour une nouvelle sonde, parce qu'il ne sortait pas une goutte d'urine par l'urèthre antérieur, et je l'ai enlevée le quinzième jour pour faire disparaître les complications survenues.

Avant de terminer, il convient d'envisager les suites de cette contusion grave de la région périnéale. Que reste-t-il, en somme, de cette lésion étendue, qui inspirait les craintes les plus sérieuses, et paraissait exclure tout espoir de rétablissement des fonctions de l'urèthre? Fort peu de chose : l'obligation de passer de temps en temps quelques béniqués dans le canal pour en maintenir le calibre utile, rien de plus.

Le blessé n'est pas stérile; la sécrétion spermatique est abondante. Il n'est pas impuissant non plus : personne ne s'en plaint, pas même sa femme qui a fait une découverte curieuse. « Son sang qui vient après, dit-elle, — c'est en ces termes qu'elle désigne le liquide spermatique, — son sang est froid, très froid, excessivement froid. » Elle en a sans doute pris avec soin la température. Doit-on accorder quelque créance à cette appréciation calorimétrique? On comprend fort bien que le sperme, sorti des vésicules séminales et versé dans l'urèthre, puisse perdre une partie de sa chaleur au bout d'un certain temps. Mais il n'est guère supposable que le temps limité qu'il y reste dans l'espèce, une ou deux minutes au plus, soit suffisant pour abaisser considérablement sa température. Chacun sait, d'ailleurs, que la généralité des femmes n'admet, en ces matières, que les températures extrêmes, et que ce qui n'est que chaud est considéré comme trop froid.

Laissons donc encore *sub judice* cette question qui n'est qu'accessoire et sujette à contestation. Mais ce qui n'est pas contestable, c'est l'immunité absolue que possède actuellement le blessé au point de vue de la procréation. Il ne peut accomplir le troisième temps de l'acte génésique, puisque le bulbe et son muscle expulseur du sperme ont été écrasés et remplacés par un tissu cicatriciel.

Pour lui donc, plus de moments d'oubli, plus d'imprudences à craindre. Il peut, sans peur comme sans reproche. se livrer aux plaisirs de l'amour. Il a un héritier, il n'en

veut pas d'autre. Qu'importe, de loin en loin, un cathétérisme obligatoire? Encore est-il gratuit, puisqu'il opère lui-même. Que pèse ce léger ennui auprès d'un avantage dont le prix est inestimable? L'adage fameux de Sénèque trouve une fois de plus sa légitime application : *Nullum sine auctoramento malum est.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 novembre 1889. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Hlava (de Prague) et Santorelli (de Caposele), se portant candidats dans la section des correspondants étrangers; 2° une note de M. Jeannontot (de Paris); 3° un rapport de M. Courrent (de Tuchan); 4° un mémoire de M. Delaurier (de Paris); 5° une lettre de M. Mattern, interne des hôpitaux de Paris, qui se porte candidat au concours Gerdy.

COMMUNICATION

Vaccine ulcéreuse. — M. HERVIEUX s'est transporté, le samedi 16 novembre, à la Mothe-aux-Bois. Le lendemain, 17 novembre, il a examiné tous les enfants vaccinés le 31 juillet. Il résulte de cet examen complet et minutieux, que :

1° L'épidémie de la Mothe-aux-Bois est terminée. La guérison de chaque malade est complète, certaine. Or, si la syphilis eût été en cause, tous les malades seraient aujourd'hui sous le coup des accidents secondaires;

2° Toutes les ulcérations correspondant aux piqûres vaccinales, toutes, sans exception, sont entièrement cicatrisées. De ces cicatrices, les unes sont pâles et de la largeur d'une pièce de 20 centimes; d'autres ont le diamètre d'une pièce de 1 ou de 2 francs, et offrent une coloration d'un rouge d'autant plus vif que la suppuration a été plus longue;

3° La plupart des adénopathies ont complètement disparu;

4° L'impétigo est la seule concomitance digne d'une mention. 5 sujets sur 43 ont présenté des croûtes. Chez aucun des sujets, il ne s'est montré un exanthème comparable à la roséole;

5° La jeune femme, qui semblait avoir été contaminée par son enfant, est également guérie, sans accidents secondaires; le vaccinifère est guéri; il n'a également présenté aucun accident.

Le traitement s'est borné à des pansements locaux. La jeune femme, seule, a pris pendant huit jours des pilules de proto-iodure mais ce traitement eût-il été plus long, quil n'hésiterait pas à se prononcer contre la nature syphilitique de l'épidémie.

Le vocable : « Épidémie de vaccine ulcéreuse », exprime une vérité incomplète, car il reste à savoir quel est le virus qui a déterminé les accidents produits chez les 43 vaccinés.

M. Besnier admet un virus, provenant soit du vaccinifère, soit d'une contamination opératoire, mais il ne se prononce pas sur sa nature.

M. Vidal croit à une origine ecthymateuse de l'épidémie. Mais on a pas trouvé d'ecthyma, et le vaccinifère n'en a jamais eu.

Il serait préférable d'admettre le lymphatisme ou la scrofule. C'est à l'observation clinique à élucider la question.

M. VIDAL rappelle les inoculations positives de l'ecthyma à l'homme sain, obtenues par Vincenzo Zanturri (de Naples) et Amilcar Ricordi (de Milan). Il se propose de rappeler l'épidémie d'Eberfeld, et de la rapprocher de celle de la Mothe-aux-Bois.

RAPPORT

Rétrécissements de l'œsophage. — M. LE FORT lit un rapport sur : 1° une note de M. Nicaise : « De la gastrotomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage »; 2° un travail de M. Kirmisson : « Du cathétérisme à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage »; 3° une note de M. Le Dentu : « Œsophagotomie à séances multiples ».

Pour juger de la valeur de ces différents procédés dans les rétrécissements de l'œsophage, il importe d'étudier à part les rétrécissements cicatriciels et les rétrécissements cancéreux.

1° *Rétrécissements cicatriciels.* — Cohen a pu réunir 53 observations de gastrotomie pour rétrécissements cicatriciels, ayant donné 29 morts et 24 guérisons, soit une mortalité de 54 p. 100. A ces cas, nous pouvons en ajouter 3 autres plus récents, de MM. Prengrueber, Segond et Terrillon, dont 2 sont suivis de guérison et 1 de mort. C'est donc un total de 26 guérisons.

Mais sur les 26 opérés guéris, 16 seulement paraissent avoir eu une guérison permanente. La lecture de leurs observations m'a amené à constater un fait très intéressant, c'est l'action considérable de la salive sur la nutrition; en effet, chez la plupart de ces opérés guéris, la salive pouvait pénétrer dans l'estomac et se mêler aux aliments introduits par la fistule. Et chez ces seize opérés, treize fois la perméabilité de l'œsophage fut rétablie après la gastrotomie, soit spontanément, soit à la suite d'opérations chirurgicales.

Ces faits nous permettent de tirer les conclusions suivantes :

1° Bien qu'il y ait quelques rares exceptions, on peut poser comme règle que l'introduction des aliments, directement par la fistule gastrique, est insuffisante pour entretenir une nutrition complète, si ces aliments n'ont pas été imprégnés de salive ou mélangés de salive.

2° Lorsque la gastrotomie a été suivie de guérison, il faut, par tous les moyens possibles, s'efforcer de rendre à l'œsophage sa perméabilité, ou tout au moins une perméabilité suffisante, pour que l'ingestion de la salive soit possible ou facile.

La gastrotomie est une opération tellement grave, qu'on a essayé de la rendre inutile, en cherchant à rétablir et à maintenir, par des moyens artificiels, la perméabilité de l'œsophage.

Les rétrécissements cicatriciels sont combattus par la dilatation, au moyen de sondes, de baleines garnies de boules d'ivoire ou par l'œsophagotomie interne, quand ils siègent au-dessous du point où ils sont accessibles par l'œsophagotomie externe.

La note de M. Le Dentu est destinée à faire connaître une modification qu'il a apportée à l'instrument de Maisonneuve. Celui de M. Le Dentu a six lames de rechange analogues aux lames de l'uréthrotome de Maisonneuve et agissant comme elles. M. Le Dentu est partisan des scarifications plutôt que des incisions; il les répète après quelques jours d'intervalle.

La dilatation immédiate progressive est également un bon procédé pour le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. J'en ai obtenu de très bons résultats dans deux cas, dans lesquels la guérison a été complète.

Quelque parfaits donc que soient les instruments employés pour l'œsophagotomie interne, je préfère de beaucoup la dilatation, qui est un procédé que, dans beaucoup de cas, on aurait dû employer pour éviter aux malades les dangers de la gastrostomie.

2° *Rétrécissements cancéreux.* — Le mémoire de M. Kirmisson a trait à la dilatation permanente de l'œsophage dans le cas de rétrécissements cancéreux de cet organe. Pour apprécier la valeur de ce procédé, il nous faut examiner quels sont les résultats qu'on peut espérer de la gastrostomie.

On a pu réunir 129 observations de gastrostomie pour cancer de l'œsophage; sur ces 129 opérés, 111 moururent de l'opération et 18 seulement survécurent. C'est donc une mortalité de 86,8 p. 100.

Aussi s'est-on ingénié à trouver d'autres procédés opératoires. La dilatation de l'œsophage, par les moyens ordinaires, est un moyen dangereux et qui donne peu de résultats; on produit ainsi facilement des ruptures de l'œsophage.

Le danger d'accidents se reproduisant à chaque exploration, on a été amené à le diminuer, sinon à le supprimer, en laissant à demeure la sonde qu'on était parvenu à y introduire.

La méthode comprend deux procédés distincts, suivant que l'on emploie les tubes longs ou les tubes courts. Avec ces derniers, on peut craindre que les aliments qui ont traversé le pharynx ne s'engagent pas tous dans la lumière de la sonde, que des parcelles glissent entre la sonde et la paroi œsophagienne, où elles séjour-

nent, s'altèrent et amènent de l'inflammation. De plus, le fil qui retient la sonde peut se briser et celle-ci être refoulée dans l'estomac.

Aussi M. Kirmisson préfère-t-il les longues sondes. Il coupe leur extrémité en cul-de-sac, introduit le conducteur de Verneuil, conduit sur lui la sonde, la laisse ressortir par une narine et l'y maintient par une épingle anglaise.

Dans la première observation de M. Kirmisson, la sonde fut assez bien supportée et resta en place trois mois, époque où la mort mit fin aux souffrances du malade. Dans la seconde, la mort survint par affaiblissement graduel, cinquante-cinq jours après le placement de la sonde.

En résumé, le procédé de M. Kirmisson me paraît préférable à la gastrotomie. Je ne saurais donc partager l'opinion de M. Nicaise, qui trouve que les craintes, qu'inspire encore aujourd'hui la gastrotomie, ne sont pas suffisamment fondées et que cette opération prolonge davantage la vie que l'emploi de la sonde œsophagienne. Il est incontestable que l'on n'a pas prolongé la vie de 115 opérés sur 134, puisque l'opération les a fait mourir en quelques heures ou en quelques jours.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE

M. HARDY ne vient pas précisément combattre les propositions de la Commission de la tuberculose. Ces propositions, en effet, prises dans leur ensemble, sont sages, très louables et s'inspirent des acquisitions récentes de la science, mais elles n'atteignent pas le but qu'elles visent et la grande publicité qu'on désire pour elles est inopportune, peut-être même plus nuisible qu'utile.

La tuberculose, et plus particulièrement la phthisie pulmonaire, est une maladie contagieuse et inoculable. En 1868, M. Hardy a émis cette opinion, alors qu'elle n'était guère en faveur, pas même sur les bancs de l'Académie. Néanmoins, il n'y a aucune utilité à crier sur les toits que la tuberculose est contagieuse et inoculable.

Du reste, il n'est pas démontré que tout le monde puisse devenir tuberculeux, même en vivant dans les circonstances les plus favorables au développement de la maladie (religieuses, infirmiers, etc., etc.).

Mais comment devient-on tuberculeux ?

L'influence de l'hérédité n'a pas besoin d'être démontrée; il en est de même de toutes les causes de débilitation. Parmi ces dernières, toutefois, M. Hardy ne range pas l'alcoolisme, tout au moins à un rang important, car, si nous trouvons souvent l'alcoolisme chez les phthisiques hommes des hôpitaux, il est rare chez les femmes phthisiques, et plus encore chez les phthisiques de la clientèle aisée de la ville.

Relativement à la scrofule, tout en admettant sa parenté avec la tuberculose, il la considère comme une maladie distincte.

L'influence nocive de certaines maladies respiratoires est incontestable, mais, en revanche, quelques autres de ces maladies (asthme, emphysème) ne prédisposent en rien à la phthisie.

Pour la variole, elle représente une cause prédisposante, contrairement à l'opinion de M. Landouzy.

Quant aux cas dans lesquels la maladie se développe par des rapports avec des tuberculeux, M. Hardy ne nie pas la contagion. Tous les médecins en ont vu des exemples, mais les cas très probants sont assez rares et on exagère notablement leur nombre. M. Hardy ne vise ici que la tuberculose pulmonaire, car, si on transportait la question de la contagion sur la méningite tuberculeuse, les pleurésies tuberculeuses, nous ne trouverions peut-être pas un seul cas bien authentique.

Pour l'influence du lait, de la viande des animaux tuberculeux, sans nier les faits expérimentaux bien observés, il n'y a encore rien de très probant.

Comme mesures préventives, ce qu'il y a de mieux à faire, en somme, c'est d'essayer de modifier le terrain chez les prédisposés; c'est aussi de veiller avec soin aux maladies susceptibles d'aboutir à une tuberculose.

On évitera de consommer la viande d'animaux tuberculeux. Soit, mais il n'est pas prouvé que ces viandes soient aussi dangereuses qu'on l'a dit. Les expériences faites ont été souvent contradictoires. Et puis, les organes les plus tuberculeux (poumons, intestins, os) ne servent guère à la consommation.

On devra faire bouillir le lait pour être bien certain de détruire les bacilles de la tuberculose. Il faut savoir que certaines personnes ne digèrent pas le lait bouilli.

La Commission met en garde contre le danger pouvant provenir des crachats des tuberculeux, desséchés et pulvérisés.

Sans récuser ce danger, est-il aussi grand qu'on veut bien le dire? Et puis, s'il s'agit des gens aisés ou riches, ceux-là n'ont pas pour habitude de cracher par terre, et s'il s'agit des gens pauvres, croyez-vous que vos instructions, même répandues à son de trompe, feront qu'ils cracheront dans leurs mouchoirs? Il en sera comme pour ces affiches que l'on a placardées dans les cabarets, en vue de prévenir l'ivrognerie par l'exposé des dangers de l'alcoolisme. Ont-elle corrigé un seul ivrogne?

Pour ce qui est de conseiller aux personnes qui soignent les tuberculeux de prendre des précautions, M. Hardy l'approuve complètement. Il ne faut pourtant pas représenter le phthisique comme plus dangereux qu'il n'est réellement, sans quoi on risque de le priver des soins dont il a si grand besoin. Et puis on dissimule, par humanité, à ces malheureux, la nature de leur affection. Or, ils n'auront plus d'incertitude sur leur état s'ils voient ceux qui les entourent prendre des précautions infinies. C'est l'affaire du médecin traitant de dire ce qu'il y a à faire à l'entourage. Il le dira, lui, discrètement, et dans la mesure voulue, ce que ne fera pas, ce que ne pourra faire l'instruction qu'on nous propose de publier.

Après le décès, les meubles ayant servi aux malades doivent être nettoyés et désinfectés, cela est évident. Mais les précautions recommandées par la Commission pour les hôtels vont à l'encontre du but qu'elle se propose. En voyant dans des hôtels des chambres blanchies à la chaux, avec des parquets recouverts de linoléum, sans tentures, ni rideaux, le voyageur verra de suite que ces appartements ont abrité des malades et s'empressera de les éviter pour en prendre d'autres plus dangereux peut-être, mais dans lesquels le danger est dissimulé. Et quant aux malades eux-mêmes qui entreront dans ces chambres dénudées, ils comprendront bien vite le sort qui les attend, et de même que, dans les prisons, il existe les cellules des condamnés à mort, on aura ainsi les chambres destinées aux malheureux phthisiques.

En résumé, parmi les mesures à l'aide desquelles on peut espérer restreindre le développement de la tuberculose, la première place appartient à l'hygiène générale.

Quant aux conseils spéciaux relatifs à la contagion de la tuberculose on doit repousser plus fortement leur publicité ; au nom de l'humanité, il en coûte de considérer le tuberculeux comme un paria dont il ne faut pas s'approcher.

Ce sont ces considérations qui donnent à M. Hardy le regret de ne pouvoir voter les propositions de la Commission, en tant qu'elles sont destinées à être adressées au public.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Tours. — M. Brissonnet, suppléant, est chargé du cours de pharmacie et matière médicale.

— *École de médecine de Caen.* — M. Louïse, docteur ès sciences, docteur en médecine, est nommé professeur de chimie et toxicologie.

— M. le professeur Farabeuf commencera le cours d'anatomie, le vendredi 29 novembre 1889, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure. — Objet du cours : Les organes génito-urinaires. Les muscles.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

21

SOLUTION COIRRE (CODEX 1877)

au chlorhydro-phosphate de chaux.

PHTHISIE, ANÉMIE, CACHEXIES, SCROFULES, RACHITISME, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX, ASSIMILATION INSUFFISANTE, MALADIES DES OS.

Dose : *Une cuillerée à bouche chez les adultes ; une cuillerée à café chez les enfants du premier âge ; deux cuillerées à café de six à douze ans, au moment des deux principaux repas, dans l'eau sucrée ou coupée de vin.*

PRIX : **2 fr. 50** le flacon dans toutes les phies.

23

PILULES DE PODOPHYLLE COIRRE

Contre la Constipation habituelle, les Hémorrhoïdes et la Colique hépatique.

DOSE : *Une pilule le soir en se couchant, san. qu'il soit nécessaire de rien changer au régime. Augmenter d'une pilule si besoin est.*

PRIX : **3 fr.** la boîte dans toutes les pharmacies.

55

VIN DE SECRETAN

au quinquina, à l'extrait fluide de malt, et aux écorces d'oranges amères.

Le **Vin de Secretan** présente, réunis sous la même forme pharmaceutique, les principes adoucissants, rafraîchissants et digestifs de l'Extrait fluide de malt combinés à ceux du quinquina. C'est grâce à cette association rationnelle que le quinquina perd complètement ses propriétés irritantes pour ne garder que son action tonique et fortifiante.

Le **Vin de Secretan** est donc naturellement indiqué dans tous les cas où il importe d'éviter l'intolérance organique, l'irritation intestinale, la constipation, qui sont si souvent consécutives à l'usage un peu prolongé de tous les vins de quinquina généralement usités.

Dépôt central : SECRETAN, 52, r. Decamps, Paris.

Même dépôt : **Globules tænifuges de Secretan** *à l'extrait vert éthéré de fougère mâle.*

42

ERGOTINE. DRAGÉES D'ERGOTINE

de **BONJEAN**

La solution d'ERGOTINE BONJEAN est d'après les plus illustres médecins un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 grammes ; eau, 100 grammes).

Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysentéries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

62

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0 fr. 50** le mètre ; 2° le catgut nos 1, 2, 3, 4, **1 fr. 25** le flacon ; 3° le taffetas dit *protective*, **1 fr. 25** le mètre ; 4° le macintosh, **5 fr.**

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

82

BLENNORRHAGIE — CYSTITE

ÉCOULEMENTS AIGUS OU CHRONIQUES DE L'URETHRE OU DE LA VESSIE.

PILULES DE KAVA FOURNIER

Ces pilules guérissent en quelques jours, surtout l'état aigu, sans *fatigue pour l'estomac*, ni *renvois*, ni *diarrhée*, ni *odeur des urines*.

Médaille d'or, Paris 1885.

Exiger sur chaque pilule la signature du Dr FOURNIER, 22, place de la Madeleine, Paris.

99

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal.
Au Copahu, au Cubebe et à l'Essence de Santal.
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables. »

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

45

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

18

PHÉNACÉTINE-BAYER

NOUVEAU REMÈDE

antipyrétique et antinévralgique.

SULFONAL-BAYER

LE NOUVEAU SOMNIFÈRE

de MM. les professeurs BAUMANN & KARST.

Ces deux produits pharmaceutiques, que nous étions les premiers à fabriquer en grand sur la demande des inventeurs, sont en vente *chez tous les droguistes et pharmaciens* à l'état de *poudre cristalline et en pastilles mis en flacons, cartons ou en sachets de parchemin* (emballage d'origine).

La pureté absolue est garantie par un contrôle permanent exercé par des autorités scientifiques compétentes.

La **Phénacétine-Bayer** et le **Sulfonal-Bayer** étant brevetés dans les *Etats-Unis de l'Amérique du Nord*, la revente pour ce pays en est *prohibée*.

Des brochures et des échantillons en nature sont tenus à la disposition de MM. les Médecins par notre *agent dépositaire* :

Monsieur Jean KAHRÈS,
49, rue d'Enghien,
PARIS.

Farbenfabriken vorm. Friedr. BAYER et Co, Elberfeld.

Couleurs d'Aniline et Alizarines.
Produits pharmaceutiques.

66

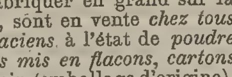
PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans **l'anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, **l'aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.



Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

46

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

77

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

91

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* e. *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : 2 fr. 50 — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.
EN BAINS : 1 fr. — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

19

PHTHISIE, TUBERCULOSES

BRONCHITES, CATARRHES

LES CAPSULES COGNET

à l'Eucalyptol *ABSOLU* iodoformo-créosoté

constituent dans l'état actuel de la science

L'ANTIBACILLAIRE PAR EXCELLENCE

Paris, 4, rue de Charonne, et toutes phies.

241

LIQUEUR MARIANI A LA TERPINE ET A LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine pr cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

33

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas.

MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

67

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF — TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

33

VARICES, HÉMORRHOÏDES

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Elle a pour *adjuvant indispensable* ds le cas de *Varices* l'usage de compresses de **Mixture Logeais à l'Hamamelis** et dans le cas d'*Hémorrhoïdes* celui de **Bougies américaines à l'Hamamelis.**

DÉPÔT : Phie LOGEAIS, av. Marceau, et ttes phies.

25

ÉLIXIR ALIMENTAIRE DUCRO. VIANDE, ALCOOL, ÉC. D'ORANGES AMÈRES

Phthisie, anémie, convalescence.

Paris, 20, place des Vosges.

N° 137. — SAMEDI 30 NOVEMBRE 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 30 NOVEMBRE 1889. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Du prolapsus utérin.

DÉFINITION. DIVISION. CARACTÈRES GÉNÉRAUX. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT MÉDICAL. TRAITEMENT MÉCANIQUE

Par le docteur Paul DUMORET, ancien interne des hôpitaux.

I

Le prolapsus utérin ou chute de la matrice est une affection assez commune et cela, d'ailleurs, n'est point surprenant, si nous nous reportons à sa cause la plus efficiente : la grossesse. On dit qu'il y a chute de l'utérus, lorsque l'organe, en totalité, est situé au-dessous du plan qu'il occupe normalement. Mais le prolapsus, le plus souvent, se fait par étape : c'est pour marquer cette évolution progressive de la lésion que nous voyons les auteurs multiplier à l'infini les divisions ; pour nous, la chute est *complète* ou *incomplète*. *Incomplète*, quand l'utérus n'a pas franchi l'orifice vulvaire ; *complète*, si la tumeur est située au-dessous de l'orifice vulvaire. Cette division comporte une série d'intermédiaires, mais tous ne sont que des stades plus ou moins avancés d'un même état.

Un fait important à noter, c'est que l'utérus, en descendant, entraîne dans sa chute le vagin, et le prolapsus vaginal va bientôt engendrer la cystocèle et la rectocèle. Le péritoine participe quelquefois à ce relâchement, et, subissant ce glissement, arrive par locomotion à présenter ses culs-de-sac à la vulve, Cette complexité, qui est si fréquente, légitime hautement le terme de prolapsus génitaux, employé par notre maître, M. Trélat.

Cette disposition n'a pas seulement un intérêt anatomo-pathologique, mais elle peut être exploitée au profit de la clinique et vient rendre compte de ces poussées péritonitiques engendrées par des ulcérations atteignant la séreuse ou par des interventions intempestives.

SYMPTÔMES. — Tumeur de forme, de volume variables, recouverte par une muqueuse lisse, unie, sèche, dure au toucher. Excoriations, ulcérations se rencontrent fréquemment à son niveau. Douleurs persistantes, exaspérées par la station debout, troubles de la défécation et de la miction, stagnation des urines dans le bas-fond de la vessie, cystite, calculose éventuelle, telles sont les tribulations imposées à la patiente ; ajoutons à cela l'imminence de lésions des annexes, *salpingo-ovarites*, avec toutes leurs conséquences, et nous serons peut-être encore au-dessous de la vérité. Enfin le prolapsus utérin peut être souvent cause de stérilité. Et cette proposition est vraie pour beaucoup de malades et n'est point infirmée par ce cas célèbre relaté dans tous les auteurs. Nous faisons allusion à cette femme qui devint enceinte et chez laquelle l'évolution du fœtus se fit normalement, dans un utérus en état de prolapsus complet. Aussi le prolapsus a-t-il été, de tout temps, comme l'écrit John Philipps, « la bête noire » des gynécologues.

Toute bonne thérapeutique devant avoir pour base un diagnostic minutieux, épuré, précis, il faut distinguer le prolapsus d'une affection qui l'accompagne parfois, ou peut exister seule : l'allongement hypertrophique du col décrit par Huguier.

Cette affection, signalée par West, Cruveilhier, et étudiée spécialement par Huguier, est considérée, depuis peu, comme une entité morbide ; le temps n'est pas très loin où l'on s'en référait à cette proposition : il y a prolapsus toutes les fois que le col se présente à la vulve.

Dans l'allongement hypertrophique, le museau de tanche se trouve très allongé, sans que pour cela le corps de l'utérus soit abaissé. L'hypertrophie intéresse-t-elle la portion sus-vaginale du col, l'orifice de ce dernier est repoussé en bas avec les culs-de-sac vaginaux qui font saillie. La portion vaginale est-elle surtout mise à contribution, elle fait saillie dans le vagin, et même à travers l'orifice vulvaire.

Chacune de ces deux variétés peut donner le change et simuler le véritable prolapsus. Et cette distinction est quelquefois très délicate, si l'on ne consultait que les symptômes accusés par la malade, il y a sous ce rapport identité presque complète (lésions de la métrite et d'irritation vésicale). Un examen méthodique, seul, pourra doter le clinicien d'un diagnostic ferme.

Il faudra examiner la malade couchée, *debout*, pendant l'effort, la toux, pendant le repos. La palpation hypogastrique décèlera la présence du fond de l'utérus, derrière la symphise, dans le cas d'allongement hypertrophique, dans le prolapsus, l'excavation pelvienne aura été délaissée par l'organe, elle sera deshabitée. Le toucher fournit des notions d'une importance majeure. Nous savons que sans être pathognomonique, la réductibilité est un bon signe de prolapsus ; cependant des lésions du côté des annexes peuvent

amener l'irréductibilité; or, dans le décubitus dorsal, on peut, par des pressions douces et bien conduites, réintégrer, dans son domicile habituel, l'organe nomade. Mais il est une seule donnée, véritable pierre de touche, elle est fournie par la mensuration de l'utérus : la seule ressource sera l'hystéromètre. S'agit-il d'un prolapsus ? L'utérus donnera 6 ou 7 centimètres. Dans la maladie d'Huguier, il n'est point rare de voir ces utérus acquérir des dimensions gigantesques, l'hystéromètre accuser 14, 16, 18 centimètres et même plus. Il faut parfaire le diagnostic par le toucher rectal, celui-ci permettra de déterminer la situation topographique de l'isthme du col utérin, de parcourir la face postérieure de l'organe et de le suivre dans toute sa hauteur.

La cause la plus commune, celle qui engendre le plus souvent le prolapsus utérin, est la grossesse, ou plus exactement ce sont les grossesses répétées. Ce n'est point, en effet, par un prodige d'équilibre, que l'utérus se trouve maintenu au centre même du petit bassin; des moyens de fixité spéciaux, bien décrits par les anatomistes et non moins bien connus des chirurgiens, concourent à assurer la statique utérine (ligaments ronds, ligaments larges, *ligaments utéro-sacrés*). En outre, il faut compter avec la distension du constricteur du vagin, des tissus élastiques péri-vaginaux, avec les lésions du périnée. Celles-ci sont très fréquentes ; en effet, d'après Mewis, il y a solution de continuité dans une moyenne de 37,6 p. 100, Schrenck va jusqu'à 36,6 p. 100 chez les primipares et 8 p. 100 chez les multipares. Olshausen pense que cette numération est loin d'exprimer la situation véritable à l'égard de la non-intégrité du périnée.

Mais revenons aux relations directes entre l'accouchement et ses suites et la production du prolapsus. Dans quelle situation va se trouver la femme qui vient d'accoucher ? Quelle part a été faite aux moyens de fixité de l'utérus, par la ou les grossesses ? Ils subissent bien un travail hypertrophique, mais ils sont, en outre, allongés, tiraillés, et suspendent un organe *lourd pesant*. Après l'accouchement, les ligaments et le vagin vont subir un travail d'involution ; que rien n'entrave ce travail, alors c'est parfait : il y aura restitution *ad integrum* de longueur et du volume de ces organes.

Mais, que les choses ne se passent pas aussi simplement, que le vagin et la vulve ne récupèrent point leur tonicité, que les ligaments distendus, amincis, ne reviennent pas suffisamment sur eux-mêmes, que l'utérus ne reprenne pas son volume normal, la situation devient déplorable, la statique utérine gravement compromise. En effet, d'une part, poids plus lourd, d'autre part, éléments de résistance moindres ; conclusion : la procidence est là, inévitable, créée de ce double chef. Et ces prédispositions anatomiques vont devenir bien plus efficaces de par le fait de la malade et, le plus souvent, de la complaisance coupable ou inconsciente du médecin ou de la sage-femme. Si la femme se lève trop tôt, bien avant que le travail d'involution soit terminé, se livre à des travaux plus ou moins pénibles, à des efforts plus ou moins violents, elle prêtera un concours actif à la production de la chute de la matrice. Lorsque l'on se conformera aux règles de la prudence la plus élémentaire, lorsque les femmes s'astreindront à garder le repos pendant quinze jours et même plus, après leurs couches, nous verrons la chute de l'utérus diminuer de fréquence. L'IMMOBILISATION PROLONGÉE AU LIT EST LE MEILLEUR TOPIQUE DE L'UTÉRUS PUERPÉRAL. On peut également rapporter, à une atonie du système ligamenteux, ces cas de prolapsus observés chez les multipares se livrant à des efforts répétés.

L'effort est une notion pathogénique qui a pris rang dans l'étiologie du prolapsus utérin. M. le professeur Trélat a récemment insisté sur l'importance de cet agent physiologique ; souvent même, il serait la cause déterminante.

Il est facile de prêter l'appui des faits à cette assertion rationnelle. En feuilletant la littérature médicale, on peut aisément trouver de nombreuses observations de prolapsus utérins, chez des vierges ou des multipares. Scanzoni, Nonat, Monro, Churchill, Gallard, Bernutz en citent des exemples, pour ne parler que de ceux que nous avons recueillis personnellement. Tout le monde connaît ce fait de Puech : il s'agit d'une jeune fille de vingt ans, vierge ; elle fait un vigoureux effort pour soulever un fardeau, elle éprouve une douleur déchirante dans le bas-ventre, et voit, non sans épouvante, l'utérus se présenter à la vulve à travers l'hymen distendu. De ce fait, nous pouvons rapprocher le cas de M. Munde (1). Il y est question d'une vierge de dix-neuf ans, qui, à la suite d'un effort, expulse son utérus à la vulve.

Chez une malade de M. le docteur Courtin (de Bordeaux), nous avons affaire à un cas de cette nature (2), l'âge seul diffère mais le rôle de l'effort est très net. Une femme de soixante-huit ans, en soulevant un quartier de viande de boucherie, élève le bras et sent quelque chose qui tombe au niveau des parties génitales. Ce quelque chose n'était autre que l'utérus en prolopsus complet.

M. Tuffier (3) parle d'une femme âgée de trente ans, qui, pendant un effort, sentit une vive douleur dans l'abdomen, celle-ci fut bientôt suivie de l'apparition d'une tumeur rougeâtre de la grosseur d'un œuf, qui faisait issue en dehors des grandes lèvres.

Nous pouvons ajouter à ces observations celles recueillies par notre collègue M. Vignard (4) : chez six de ses malades, il a pu relever la notion de l'effort et le début brusque, l'influence héréditaire se trouvait dans sept cas.

Dans tous ces cas de *déclanchement* brusque de l'utérus, sorte de *luxation* de l'organe, la notion de l'effort est flagrante. Mais alors, nous objectera-t-on, que deviennent ces données étiologiques reposant sur un manque de résistance de l'appareil ligamenteux et musculaire de l'utérus ? Nous croyons, et en cela nous sommes en communauté d'idée avec bon nombre de chirurgiens, qu'il existe un arrêt de développement congénial, une sorte de *diathèse atonique*, comme nous l'avons déjà écrit ailleurs, de tout le système musculaire et ligamenteux, préposé au soutien de l'utérus. Pourquoi ne pas faire bénéficier la pathogénie du prolapsus des notions de pathologie générale, qui ont cours pour les hernies : celles-ci reconnaissent une faiblesse congénitale des plans musculaires, aponévrotiques et fibreux des parois abdominales. L'hérédité joue dans ces cas un rôle important. Doran (5) a appelé l'attention sur ce point.

Pour cet auteur, il y a lieu d'admettre une disposition congénitale, héréditaire, au prolapsus de l'utérus et du vagin.

---

(1) MUNDE. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, février 1888.

(2) Voir Thèse de GAUJA. *Étude critique sur le traitement chirurgical contemporain du prolapsus utérin*, p. 52, Bordeaux, 1886.

(3) TUFFIER. Observation XX de notre Thèse, p. 137.

(4) E. VIGNARD. De l'étiologie du prolapsus des organes génitaux de la femme à propos de 13 observations, *Archives de tocologie*, vol. XVI, février 1889, nº 2, p. 112.

(5) DORAN. *Transact. of the Obstetrical Society of London*, 1884, p. 88.

C'est ainsi qu'il avait remarqué que, dans les familles des femmes atteintes de prolapsus, on relevait des hernieux ou d'autres sujets atteints de prolapsus génitaux. Et il expliquait les coïncidences par une laxité congéniale des parties molles du petit bassin.

Nous reproduisons ici un des tableaux généalogiques du chirurgien anglais, la transmission de la diathèse atonique nous y apparaît d'une façon saisissante.

Grand-père paternel, hernieux.

Oncle paternel, hernieux. — Père, hernieux. — Oncle paternel, hernieux.

Sœurs, rien. — Malade âgée de 62 ans. Prolapsus de la paroi antérieure du vagin depuis six ans. — Deux frères, rien.

1re fille, hernie. — Un fils, rien. — 2e fille, hernie.

Petit-fils, 6 ans. Double hernie inguinale. — Petite fille, 12 ans. Porte un bandage.

La malade de M. le professeur Trélat (1) est un bel exemple où se trouvent à la fois réunis et le relâchement originel et l'hérédité. En effet, sa malade est jeune, elle n'a que vingt-deux ans, n'a jamais eu d'enfant, mais elle est pâle, à système génital débile, il s'agit d'un véritable effondrement vaginal. En outre, la mère *portait constamment un pessaire*. La malade de M. Terrier avait sa mère atteinte de prolapsus utérin; même remarque pour l'opérée de M. Polaillon (2). Signalons, en terminant les considérations sur le rôle de l'effort, les cas où le prolapsus se produit brusquement pendant le cours de la grossesse.

Malgaigne parle d'une femme enceinte de six mois, qui vit survenir avec une brutale instantanéité un rectocèle à l'occasion d'un effort.

M. Dautzin (3) relate l'observation d'une femme qui, ayant eu onze grossesses, vit, au septième mois de sa dixième grossesse, apparaître brusquement une chute de matrice. En travaillant aux champs elle avait fait un effort pour soulever un corps pesant. Elle sentit quelque chose « craquer à l'intérieur », elle avait un prolapsus bien et dûment constitué. Il découle de tous ces faits, que l'effort pendant et en dehors de la grossesse est un facteur pathogénique important; à ce facteur *fortuit* prête un fâcheux concours la laxité *originelle ou acquise* des moyens de soutien de l'utérus.

Muni de ces notions étiologiques importantes, nous pouvons aborder, d'une façon plus fructueuse, la délicate question du traitement du prolapsus utérin.

II

TRAITEMENT MÉDICAL

Hydrothérapie, électricité, injections astringentes, tels sont les moyens médicaux le plus employés.

Le traitement orthopédique, dont l'idée est fort ancienne, a joui et jouit malheureusement encore d'un certain crédit. Hippocrate introduisait dans le vagin des plantes plus ou moins actives, préalablement enveloppées de linge de manière à former un tampon. Une peau d'orange rembourrée d'étoupe agissant à la fois comme astringent et contentif, est aussi conseillée par lui. Enfin, dans les cas graves, le médecin grec maintenait la matrice avec une grenade enveloppée de linge et chauffée dans du vin, puis l'immobilisait avec un bandage approprié. Au XVIe siècle nous voyons A. Paré et Moraud appliquer des instruments de formes variables au traitement du prolapsus. De là à l'invention du pessaire, il n'y avait qu'un pas et ce pas fut vite franchi. On assista à une invasion d'instruments de contention plus ou moins burlesques de forme; chaque gynécologue semblait avoir à cœur de léguer à la postérité un pessaire de sa création, croyant, sans doute, ainsi perpétuer son nom et acquérir des droits à la reconnaissance comme bienfaiteur de l'humanité! Nous n'essayerons pas de les décrire, ni de les énumérer, ce décompte serait aussi fastidieux pour nous que profondément inutile pour ceux qui nous liront. Leur nombre n'est-il pas, comme nous l'avons écrit, une preuve irrécusable de leur impuissance?

Nous ne pouvons, cependant, résister au désir de citer une simplification de ces tuteurs mécaniques. Une malade de Neugebauër [de Varsovie (1)] avait imaginé de remplacer le pessaire par une pomme; et elle changeait la pomme tous les cinq jours! Elle n'aurait pu que difficilement s'offrir un pareil luxe avec un pessaire. Nous connaissons une malade qui, très ingénieuse aussi et ayant en aversion les instruments de chirurgie, emploie non une pomme mais une carotte de dimensions respectables au lieu de pessaire; mais plus économe que la patiente de Neugebauër, et encore moins soucieuse de l'antisepsie, elle ne la retire que tous les quinze jours et ne la renouvelle que tous les deux à trois mois. Et nous sommes en plein XIXe siècle, et la malade en question habite aux portes de Paris. Le pessaire peut-il guérir un prolapsus (2)? *Jamais*. L'entraver dans sa marche? Pas davantage, même impuissance. Le pessaire est un corps étranger introduit dans le vagin, il provoque des vaginites, des ulcérations et voire même des perforations. Et il ne compense point ces dangers par un résultat thérapeutique. En effet, en agissant d'une façon continue sur une surface dilatable, il finit par donner à la cavité vaginale des dimensions énormes. Je ne citerai pour mémoire que le cas rapporté par Marion Sims dans sa *Chirurgie utérine*, il s'agit d'une malade qui portait un pessaire mesurant 23 centimètres de circonférence. Il arrive un moment où le pessaire tombe au moindre effort, il devient tout à fait inutile, mais comme stigmate ineffaçable de sa cohabitation, il a provoqué fort souvent de la vaginite et des ulcérations qui survivent à sa disparition. Aussi n'est-il pas étonnant, en présence de ces inconvénients, de voir l'opérateur succéder au bandagiste et les procédés chirurgicaux revenir en honneur.

(1) Trélat. *Annales de gynécol. et d'obstétr.*, mai 1888, t. XXIX, p. 329.

(2) Voir les observations de ces malades, p. 143 et 150 de notre Thèse.

(3) Dautzin. *Étiologie et symptômes de la chute de la matrice compliquée de cystocèle*, Thèse de Paris 1887, Obs. X.

(1) Neugebauer. In *Vratch*, 1887, nº 52.

(2) Dans les pessaires destinés à remédier au prolapsus, on peut établir deux grandes divisions : ou bien ils prennent leur point d'appui sur les parois du vagin, ou au dehors, sur une ceinture spéciale. Dans la première catégorie se rangent le pessaire-anneau de Dumontpallier, le pessaire de Hodge.

A la seconde, appartiennent le pessaire de Valleix, le redresseur interne de Nélaton.

III

TRAITEMENT CHIRURGICAL. HISTORIQUE RAPIDE

Historique. — Réduire l'utérus prolabé, le maintenir au point de rendre toute récidive impossible, tel est le problème que se sont posé les gynécologues. Pour atteindre ce but, une foule de procédés ont été préconisés, la plupart appartiennent à la méthode sanglante.

Les interventions chirurgicales peuvent être divisées en quatre grandes classes :

A. On opère sur la vulve ;

B. On opère sur la muqueuse vaginale en un point plus ou moins élevé, ou à la fois et sur le vagin et sur le périnée ;

C. On intervient par le vagin ;

D. On fait la laparotomie, premier temps d'un acte opératoire, visant spécialement le prolapsus.

A. Malgaigne fit, le premier, l'avivement jusqu'à l'orifice vaginal, et, à sa méthode, nous voyons se rallier Baker-Brown, Credè, Kachler, Linhart. Notons le procédé d'avivement proposé par Emmet, en 1879. Ces opérations ne sont toutes, en somme, que l'avivement de la vulve, de la face interne des grandes lèvres ; et la consolidation ne portant que sur les points les plus inférieurs, la muqueuse vaginale et l'utérus ont bientôt raison de l'obstacle qui leur est opposé.

B. Ici, les auteurs poursuivent, les uns, le rétrécissement du vagin, les autres, en outre, veulent créer des adhérences de la paroi vaginale avec les organes voisins. Aussi a-t-on recours à différents caustiques : cautérisation au nitrate d'argent (Meding), à l'acide azotique (Philipps), au nitrate acide de mercure (Laugier), au fer rouge (Velpeau, Kennedy, Dieffenbach), à l'acide sulfurique (Selnow). A cette méthode de cautérisation, on donna le nom d'« hephestiorrhaphie ».

Desgranges (1853) emploie tantôt les caustiques, d'autres fois le pincement. C'est ainsi qu'il cautérise les plis du vagin, en les saisissant avec une pince dont les cuillers sont creusées sur leur face interne et contiennent du chlorure de zinc, ou bien, harponnant, avec de nombreuses serre-fines, les plis de la muqueuse, il laisse toute cette masse étreinte se mortifier, tomber; ultérieurement, il survenait une rétraction cicatricielle (1).

Richter, Hedrich, Rokitansky prônent vivement la ligature.

Quelques auteurs et Scanzoni, ayant remarqué une diminution notable du prolapsus, après une poussée de pelvi-péritonite engendrant des adhérences solides, voulurent se substituer à la nature et, de propos délibéré, ne craignirent pas de provoquer une pelvi-péritonite adhésive immobilisant l'utérus dans le bassin ; mais les dangers de cette méthode étaient trop graves, le succès trop aléatoire, pour qu'un chirurgien consciencieux osât l'employer de propos délibéré.

D'autres chirurgiens excisent des fragments elliptiques plus ou moins étendus, sur les parois antérieure, postérieure ou latérale du vagin, suturent ensuite les bords de la surface avivée. Hall semble avoir, le premier, vulgarisé cette méthode. Velpeau, Ireland, Hemming, Dieffenbach, Baker-Brown y ont aussi recours. N'oublions pas que, dès 1828, Gérardin proposa d'aviver sur une certaine étendue, dans la portion inférieure du canal vaginal les deux parois du vagin et de suturer, l'une avec l'autre, les deux surfaces cruentées. Sims et Emmet ont remis, de nouveau, ces procédés en honneur.

(1) Cette méthode, très douloureuse, n'obtint aucun succès et fut aussitôt abandonnée.

Bellini, surtout, préoccupé par la *fixation* de l'organe prolabé dans sa position normale, fit plus que rétrécir le vagin, il chercha surtout à ménager des adhérences avec les organes limitrophes.

C'est dans ce but qu'il place des sutures semi-lunaires *très serrées*, en passant les fils sous la muqueuse. Ce procédé a été adopté par Blasius.

Citons, pour mémoire, l'idée tout au moins originale de Chipendale ; ce chirurgien proposa d'inoculer, sur la muqueuse, le virus blennorrhagique. Plus récemment, M. Simon combina l'*élytrorrhaphie avec l'épisiorrhaphie*. Hégar opéra suivant ces principes. Spiegelberg combine la *périnéorrhaphie* avec l'*élytrorrhaphie* (*colpo-périnéorrhaphie*).

M. le professeur Le Fort imagine un nouveau procédé encadré sous le nom de « cloisonnement du vagin ». Neugebauer se déclare partisan de l'opération de M. Le Fort. Signalons encore Bischoff et Malin ; les modifications apportées par ces auteurs ne sont que des variantes des procédés de M. Simon et d'Hégar.

C. Les interventions par le vagin ont donné lieu à une technique très variable, l'énumération serait insuffisante, nous les décrirons en détail dans un instant.

D. La laparotomie, grâce aux immenses progrès de la chirurgie antiseptique, a fait entrer le traitement du prolapsus dans une voie nouvelle. L'impuissance des autoplasties sur le vagin et le périnée a fait songer aux chirurgiens, ayant foi dans l'innocuité de l'ouverture péritonéale, d'intervenir par la voie abdominale. Les premières tentatives de ce genre furent faites à l'étranger, Olshausen, Léopold, Czerny, Schuking, Kelly, Seigfert, Muller, Künh Freund, Sænger, Gaillard Thomas, John Philipps, Rubeska, Lauwers, Caneva, Candela, pour ne citer que les principaux.

En France, il nous faut venir jusqu'en 1888, pour voir M. Terrier appliquer à la cure du prolapsus l'intervention chirurgicale par la voie abdominale. En effet, le 7 août 1888, nous avons eu l'honneur de voir, de propos délibéré, exécuter la première *laparo-hystéropexie* pour prolapsus, et le succès fut complet.

A. Opérations sur la vulve. — Le petit nombre de ces opérations, le peu de crédit dont elles jouissent actuellement, nous dispensent d'y insister, nous renvoyons à l'historique où nous avons énuméré et esquissé ces procédés.

B. Opérations sur la vulve, le vagin et le périnée. — *a.* Marshall Hall a beaucoup vanté un procédé qui serait appelé à rendre de grands services dans la cure du prolapsus; il consiste à *aviver* deux bandelettes s'étendant parallèlement de chaque côté, depuis le col de l'utérus jusqu'à l'orifice vaginal, et formant ainsi un double vagin, puis à les réunir. Cette opération paraît vouée à l'*insuccès*, la paroi antérieure du vagin en prolapsus refoule graduellement la cloison en arrière; et il se produit à nouveau un espace suffisant pour l'issue de l'utérus.

b. Sims a modifié cette idée : il commençait la dénudation sur la paroi antérieure du vagin près du col de la vessie, et partant d'un point commun il avivait les surfaces en divergeant, et en se portant de chaque côté du col utérin, il formait ainsi les deux côtés d'un triangle. Il réunissait ces sur-

faces et les fixait sur la ligne médiane au moyen de sutures entrecoupées. De cette façon, le col de l'utérus se trouvait refoulé vers le cul-de-sac postérieur, et le pli vaginal ainsi formé en avant du col empêchait efficacement tout prolapsus de la matrice.

c. Emmet a adopté une méthode dont il se félicite. Il commence par placer avec le doigt l'utérus en antéversion, refoule le museau de tanche dans le cul-de-sac postérieur à l'aide d'une éponge confiée aux mains d'un assistant. Il recherche deux points à environ 1 millimètre et demi du col de chaque côté, et un peu en arrière de la ligne de sa lèvre antérieure, points qu'on peut réunir en avant de l'utérus au moyen d'un tenaculum tenu dans chaque main. Si les deux points peuvent être réunis sans tension, ils forment des plis de forme triangulaire, on peut alors aviver les surfaces.

d. M. le professeur Le Fort, dès 1877 (1), a imaginé un procédé que l'on peut rapprocher de celui de Marshall Hall, seulement au lieu de faire l'avivement sur les parois latérales, il le fait porter sur les parois antérieure et postérieure du vagin et sur une certaine étendue, espérant ainsi se prémunir contre l'invagination de ce conduit.

Le procédé de M. Le Fort comprend deux temps :

1° Avivement rectangulaire successivement sur chacune des parois antérieure et postérieure du vagin ;

2° Les sutures rapprochant les bords correspondants des deux avivements, ces sutures sont pratiquées d'arrière en avant. On obtient ainsi une véritable cloison antéro-postérieure divisant la cavité vaginale en deux compartiments latéraux. Cette cloison, qui s'oppose à l'inversion des parois du vagin, met un obstacle à la procidence de l'utérus.

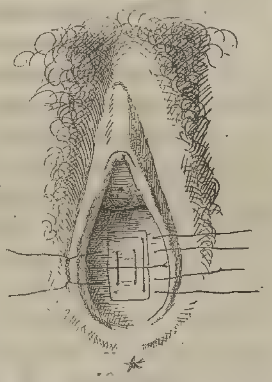


Fig. 1.
Aspect du vagin cloisonné (*procédé de M. Le Fort*).

Le reproche que l'on peut adresser à ce procédé, c'est de voir la chute se reproduire par un des côtés, récidive assurée si l'avivement est insuffisant ou si le vagin est très large.

En outre, la verticalité de la cloison ne permet d'opposer qu'une arête à l'organe prolabé au lieu d'un plan résistant, ce qui est le *desideratum*. Reste également la question complexe du coït, des menstrues et de la grossesse. M. Eustache (de Lille) relate un cas où sa malade pouvait parfaitement accomplir le coït par le conduit vaginal gauche. Hicguet (de Liège) cite le cas d'une fille de mœurs faciles, chez laquelle le coït s'effectuait avec la plus grande aisance.

N'en restent pas moins de sérieux inconvénients chez les femmes jeunes. Admettons que la femme puisse devenir enceinte, comment va s'effectuer l'accouchement? Rien de plus simple, les expériences ont appris qu'il était alors facile de détruire le pont de substance cicatricielle, nous le concédons. Mais alors en supprimant cette cloison, en enlevant l'effet nous pouvons voir réapparaître la cause, le prolapsus va se reproduire au moment des premiers efforts? Aussi cette méthode doit-elle, selon nous, s'adresser à des femmes à l'abri des péripéties de l'activité de la vie génitale. Sans la rayer absolument du cadre de la thérapeutique chirurgicale, nous la réservons pour des cas où d'autres procédés auraient échoué.

(1) Le Fort. Nouveau procédé pour la cure du prolapsus utérin, *Bulletin général de thérapeutique*, 30 avril 1877.

M. le professeur Lanelongue (1) [de Bordeaux] a modifié quelque peu ce procédé. Il pense qu'il est préférable de ne pas prolonger l'avivement et la suture aussi bas, de façon à laisser quelques centimètres de vagin. La difformité cesserait d'être apparente et l'entrave au coït n'existerait plus. En outre, au lieu d'enlever en bas et en arrière une bande uniforme de muqueuse, pour faire la surface cruentée, M. Lanelongue enlève *deux vastes triangles dont la base se trouve rapprochée du col quand la tumeur est maintenue au dehors*. Il obtient ainsi une cicatrice à base supérieure, qui permet à l'utérus de reposer facilement sur elle et l'empêche de dévier de chaque côté vers l'espace laissé libre.

Colporrhaphie. — Pour diminuer le calibre du vagin, on dispose de plusieurs opérations désignées sous le nom de « colporrhaphie ou élytrorrhaphie ». Les divers procédés d'élytrorrhaphie sont basés sur l'excision de la muqueuse vaginale de lambeaux plus ou moins étendus, de formes variées, à grand diamètre parallèle à l'axe du vagin et la suture ultérieure des surfaces avivées. Très variable est la forme du lambeau, tantôt elliptique, d'autres fois rectangulaire, le plus souvent triangulaire à sommet supérieur (méthode de Hegar).

Suivant que l'on voudra rétrécir la paroi antérieure ou postérieure du vagin, l'élytrorrhaphie sera dite antérieure ou postérieure. La prédominance de la rectocèle ou de la cystocèle fait opter en faveur de l'une ou de l'autre ; mais en raison de la fréquence de ces deux lésions on est le plus souvent contraint d'associer ces deux opérations. Quelle étendue à donner à l'avivement dans l'élytrorrhaphie antérieure? Elle sera subordonnée au degré de la cystocèle.

Dans le sens vertical, il s'avancera plus ou moins vers le méat urinaire. En largeur, il faut enlever au moins un tiers au point le plus élargi, et M. Trélat recommande avec raison d'être large dans l'excision des deux extrémités antérieure et postérieure du losange. Point de règle absolue pour le nombre des points de suture, variable avec les cas.

On dénude, avec une paire de ciseaux, une surface de 1 centimètre 1/2 carré, et on enlève ensuite une bandelette de la surface vaginale, en avant de l'utérus, de 3 centimètres de long sur 1 centimètre 1/2 de large. Après avoir passé une aiguille armée de soie au-dessous de chacune de ces surfaces, on attache un fil d'argent à la soie et on le fixe en le tordant ; on réunit ainsi ces trois points en avant du col en formant un pli semblable à celui que l'on forme par la méthode de Sims. Par cette méthode on obtient un soutien latéral direct constitué par l'aponévrose pelvienne et indépendant de la colonne qui doit être formée ensuite par retournement des tissus le long de la paroi antérieure.

Colpo-périnéorrhaphie. — Par cette opération, le chirurgien se propose de créer un nouvel appareil de contention vaginale, et il y arrive en restaurant le plancher périnéal et en rétrécissant en même temps la paroi postérieure. Très variée aussi, est la technique de la colpo-périnéorrhaphie. Nous voyons, en effet, Hegar, Emmet, Simon, Martin, Werth, Bischoff, adopter des procédés différents, se servir d'instruments spéciaux, employer, comme fils de suture, les uns le catgut, les autres le fil d'argent, ceux-ci le crin de

(1) Lanelongue. *Leçons de clinique chirurgicale*, 1888, p. 496.

Florence. Chacun de ces procédés peut revendiquer des succès. Quelle que soit la méthode employée, il ne faut pas craindre de prolonger la partie supérieure de l'avivement aussi haut qu'il est nécessaire sur la paroi postérieure du vagin.

Une fois l'avivement largement assuré, on arrive à la suture. Les uns commencent par les points vaginaux (1), d'autres placent d'abord les points périnéaux, et ce temps opératoire est singulièrement facilité par l'emploi de la grande aiguille courbe d'Emmet. Notons que, dans l'opération de Simon et de Hegar, *on sépare les sutures vaginales des sutures périnéales*, distinction importante à établir.

M. Doléris aurait exécuté plusieurs fois, et avec succès, un procédé qui n'a point d'analogue, et qu'il propose sous le nom de « colpopérinéoplastie par glissement ». Contrairement à la pratique de Tait, qui relâche le vagin, il réalise, au contraire, le rôle d'une sangle élytro-périnéale tendue et solide. Nous renvoyons, pour la description du procédé, au travail de M. Doléris (2).

Jusqu'ici, nous ne nous sommes occupé que des opérations dirigées contre la procidence de l'utérus, mais quelle sera la conduite à tenir en présence d'un utérus affecté de prolapsus compliqué d'hypertrophie? L'allongement peut intéresser la portion sous-vaginale ou la portion sus-vaginale du col utérin. Pour la première (hypertrophie sous-vaginale), amputation circulaire; pour la seconde (sus-vaginale), amputation conoïde; telles sont les deux opérations préconisées par Huguier, dans un mémoire justement resté célèbre.

Mais la *sus-vaginale*, de par la proximité même du péritoine et de la vessie, n'est point exempte de dangers. Hémorrhagies, suppuration, cicatrisation lente amenant parfois une atrésie du col, telles sont les trois principales objections dont est passible l'opération de Huguier. Marion Sims, soucieux avant tout de la réunion immédiate, imagina de suturer la muqueuse du col à la muqueuse vaginale : le succès couronna pleinement l'attente de l'habile gynécologue. M. Trélat, pour l'amputation circulaire, se sert de l'anse galvanique, procédé également utilisé par Spigelberg, Grunewald et Neugebaüer.

L'amputation sus-vaginale, conoïde, de Huguier, très bonne opération contre l'hypertrophie sus-vaginale, a été modifiée par Hegar. Il pratique son incision circulaire au-dessous des insertions de la paroi vaginale et, en agissant ainsi, évite l'ouverture du cul-de-sac vaginal, ne touche pas au tissu cellulaire péri-utérin. Il taille avec le bistouri un coin à sommet supérieur, puis suture la muqueuse cervicale à la muqueuse vaginale et obtient ainsi une réunion par première intention. La colpo-périnéorrhaphie peut être compromise et même échouer complètement par l'hypertrophie du col, aussi son excision, en pareil cas, serat-elle le premier temps d'opérations anaplastiques ultérieures.

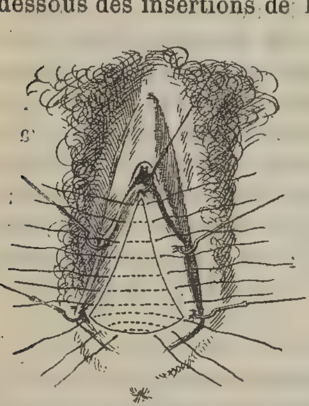


Fig. 2. — *Colporrhaphie d'après le procédé de M. Terrillon.*

Emmet, Bischoff, Simon, Winckel ont quelque peu modifié le procédé d'Hégar; M. Terrillon a adopté une technique qu'il est facile de comprendre par l'étude de la figure 2.

(1) Trélat. Loc. cit., t. XXI, janvier 1889, p. 8.

(2) Doléris. *Nouv. Arch. d'obstétr. et de gynécol.*, n° 8, 1889, p. 345.

Mentionnons, comme intermédiaire aux opérations vaginales et aux interventions par la laparotomie, l'opération d'Alquié-Alexander, le raccourcissement des ligaments ronds. Entreprise pour la cure de rétroflexion mobile, il s'agit d'une opération défendable, mais elle est mauvaise et infidèle, pour la cure du prolapsus utérin, *contre lequel elle n'agit point* [Trélat] (1). Elle est incapable de donner un résultat durable (Terrillon).

Nous n'insistons pas davantage.

Nous sommes loin d'en avoir fini avec les procédés opératoires, inventés et proposés pour guérir l'utérus prolabé, nous allons rapidement les énumérer, la plupart nous viennent de l'étranger, et ont à peine quelques ans de date.

C. Interventions (par la voie vaginale). — Les interventions par la voie vaginale comprennent : l'*hystérectomie vaginale*, la *vagino-fixation* (Péan), *hystéro-gastrorrhaphie vaginale* (Candela), *traitement par la ligature élastique* (Thomas de Tours), raccourcissement des ligaments postérieurs (Sænger), *ligature utéro-vaginale* (Schucking).

Esquissons rapidement les particularités et les principaux temps de ces différents actes opératoires.

1° *Hystérectomie vaginale.* — Inutile de nous appesantir sur la technique de cette opération. Imaginée par l'illustre Récamier, rajeunie, perfectionnée, défendue par M. Richelot, l'hystérectomie vaginale a été appliquée à la cure du prolapsus pour prolapsus.

Ici, il faut établir une distinction :

a. Pour prolapsus avec cancer (Coradi, Langenbeck).

b. Pour prolapsus simple : par erreur de diagnostic, on croyait à un cancer (Gebhart, Jurgensen).

c. Pour prolapsus simple, de propos délibéré [Richelot (2), Terrillon, Kaltenbach, Munchmeyer, Kehrer, Kaltenbach].

L'hystérectomie vaginale, à notre avis, ne doit être pratiquée que dans des circonstances exceptionnelles, elle doit être réservée aux cas de prolapsus avec atonie de tous les tissus, cas où les sutures et les avivements même ne donnent rien. C'est, en un mot, une opération d'*exception*, ne pouvant être faite que sur des femmes ayant doublé le cap de la ménopause. M. Richelot vient d'appliquer l'hystérectomie vaginale à un utérus en *procidence* et *farci de fibromes;* toutes les tentatives autoplastiques avaient échoué, vu le poids de l'organe.

2° *Vagino-fixation.* — Dans ce procédé M. Péan, après avoir saisi les cloisons recto et vésico-vaginales avec des fortes pinces qui sont portées aussi en dehors que possible, fait écarter l'une de l'autre les parois antérieure et postérieure du vagin. Ensuite sans procéder à aucun avivement, il traverse avec l'aiguille chasse-fil, et d'avant en arrière, la paroi latérale du vagin dans toute sa largeur. L'anse, conduite par le chasse-fil, comprend ainsi non seulement la muqueuse vaginale, mais une grande épaisseur de tissu cellulaire. Ces fils sont passés dans toute la hauteur du vagin à 2 millimètres l'un de l'autre. La paroi du vagin se trouve ainsi suturée à la paroi correspondante du bassin. Cette opération a été pratiquée une seule fois et de l'aveu de son auteur nécessite des anaplasties ultérieures et l'emploi d'un pessaire. Dès lors où sont ses avantages? où est sa supériorité? L'auteur ne nous dit pas ce qu'est devenue la malade opérée par ce procédé.

(1) Voir, à ce sujet, notre Thèse, p. 91 et suivantes.

(2) Voir notre Thèse, p. 66 et suivantes, et R. de Madec. *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus, etc.*, Thèse de Paris 1887, p. 110.

3° *Hystéro-gastrorrhaphie vaginale* (*Candela*). — Deux instruments spéciaux : une petite plaque en ivoire pour fixer le fil de la suture et une longue canule aiguille pour placer les fils. La canule porte un conducteur métallique à extrémité lancéolée et perforée sur la partie médiane. Grâce à un bouton situé sur le manche de l'instrument, l'opérateur peut, à volonté, faire sortir ou rentrer l'aiguille. On s'assure du contact intime de la paroi utérine et de la paroi abdominale, on introduit la canule jusqu'au fond de la matrice, on fait jouer le bouton et l'on voit le conducteur traverser, d'une façon presque simultanée, la paroi utérine et la paroi abdominale. L'aiguille est préalablement chargée du fil, on la retire à soi, en lui faisant parcourir le même chemin qu'au moment de son introduction. On place un second fil à l'autre angle utérin. On noue les chefs qui pendent à la vulve, puis on attire doucement un des chefs abdominaux pour faire passer le nœud à travers l'orifice. Puis, après s'être assuré du contact de l'utérus avec la paroi abdominale, on serre la suture en faisant passer les fils par les échancrures qui existent aux extrémités de la plaque en ivoire. L'auteur n'a, à son actif, qu'un seul cas. C'est une opération exposant à la blessure de l'intestin, et probablement destinée à un avenir précaire.

4° *Méthode de Sænger* (*action sur les ligaments postérieurs*). — Sænger pratique le raccourcissement des ligaments postérieurs. Cette méthode a surtout été appliquée à la rétroflexion (1) utérine ; nous la signalons, parce qu'elle nous paraît rationnelle dans le traitement du prolapsus, les ligaments postérieurs étant surtout cause de la procidence.

5° *Opération de Schucking* (*élytro-hystéropexie*). — Ce procédé consiste à introduire une aiguille courbe spéciale, chargée d'un fil de soie, dans l'intérieur de la cavité utérine ; la vessie a été refoulée en haut, à l'aide d'un cathéter préalablement placé dans le réservoir urinaire. Une partie de l'aiguille, mue par un ressort, traverse la paroi antérieure de l'utérus et vient ressortir dans le cul-de-sac antérieur du vagin ; pendant le trajet, l'aiguille porte toujours le fil de soie. Celui-ci est alors retiré de l'aiguille qui, elle-même, est dégagée des tissus utéro-vaginaux par un mécanisme inverse ; le fil de soie est lié. On le laisse en place pendant quinze jours. Schucking nous apprend qu'il a opéré deux cas de prolapsus par son procédé de ligature utéro-vaginale et qu'il a eu à enregistrer deux succès.

6° *Traitement par la ligature élastique.* — M. Thomas (de Tours), dès 1884, a employé la ligature élastique. Ce chirurgien, s'étant trouvé en présence d'une procidence complète, tenta la réduction sous chloroforme, mais le cul-de-sac vaginal postérieur se déchira et il y eut effraction du doigt dans la cavité péritonéale. Thomas passa alors une anse de caoutchouc, dont le plein répond au périnée et plaça les deux bouts au-dessous du col, séparant ainsi de ce dernier les trois quarts supérieurs du corps utérin. Les suites furent très simples, la réduction se fit spontanément, l'anse de caoutchouc tomba *et la malade fut guérie de son prolapsus.*

7° *Rétrofixation utérine* (*opération de Freund*). — W.-A. Freund (de Strasbourg) a fait connaître, au Congrès de gynécologie de Fribourg, un nouveau mode de traitement du prolapsus utérin. Il fait une large ouverture du cul-de-sac de Douglas, suture la face postérieure de la partie de l'utérus correspondant au col, au péritoine situé au-dessous du promontoire, dans les environs des ligaments utéro-sacrés. Il fait sa suture au-dessous des ligaments utéro-sacrés, de manière à éviter le rectum.

L'auteur, qui est revenu sur cette communication au Congrès d'Heidelberg (1) [17-23 septembre 1889], a opéré, par ce procédé, deux cas de prolapsus dont l'un très accentué (la tumeur descendait jusqu'au genou). Le professeur Freund a été guidé dans le choix de cette opération par les résultats de ses recherches sur le développement des organes génitaux de la femme pendant la vie intra-utérine. Ces expériences lui ont montré que la cavité de Douglas, jusqu'au septième mois de la vie fœtale, descend jusqu'à la partie moyenne du vagin. La persistance anomale de cette profondeur du cul-de-sac de Douglas peut engendrer d'autres troubles dans le développement des organes génitaux : le prolapsus de l'utérus ou du vagin associé à une hernie dans ce cul-de-sac.

Freund reconnaît lui-même que, dans le cas de désorganisation étendue des organes génitaux, la rétrofixation est d'une exécution difficile, et conseille la *laparo-hystéropexie.*

Opération de Nicoletis-Richelot. — M. G. Richelot vient d'exposer, tout récemment, un nouveau procédé dont la paternité remonterait à Nicoletis, et qu'il pratique ainsi : il fait une amputation sous-vaginale du col ; puis, à

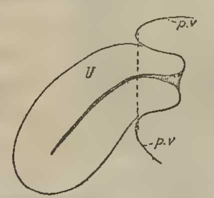


Fig. 3 (1er temps de l'opération). U. Corps de l'utérus rétrofléchi ; — le pointillé indique le point précis de l'amputation du col. — *pv.* Paroi inguinale.

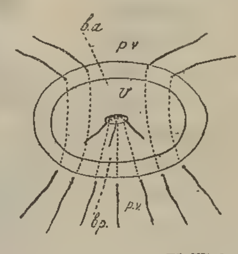


Fig. 4 (2e temps). — U. Utérus vu sur une coupe transversale). — *ba.* Bord antérieur du moignon utérin. — *bp.* Son bord postérieur. — *pv.* Parois vaginales. (Les fils sont représentés par les barres verticales.)



Fig. 5 (3e temps). — Les barres noires représentent les fils serrés et en place.

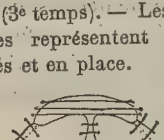


Fig. 6 (3e temps). — Les barres noires représentent les fils serrés et en place. Les fils sont ici placés transversalement (modification souvent adoptée par M. Richelot).

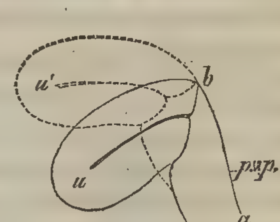


Fig. 7. — Résultat final de l'opération. — *u.* Utérus en rétroflexion. — *pvp.* Paroi vaginale postérieure faisant basculer l'utérus qui de *u* vient en *u'*. — *ab.* Ligne suivant laquelle s'opère cette traction.

la partie postérieure, il passe trois fils de catgut dans le vagin et dans le moignon utérin, de façon à les faire

(1) Seigfert a proposé de rendre adhérent l'utérus en rétroflexion, ayant remarqué avec quelle rapidité l'utérus, dont le fond porte dans le cul-de-sac de Douglas, contracte des adhérences péritonéales. Cette conception n'a pas reçu d'application.

(1) Voir *Progrès médical*, 2e série, t. X, n° 40, 5 octobre 1889, p. 300 (compte rendu par M. Marcel Baudouin).

ressortir par l'orifice de la cavité utérine. Ces trois fils sont médians ; à côté d'eux, à droite et à gauche, on en passe trois autres partant également de la paroi postérieure du vagin et traversant tout l'utérus pour sortir en avant. Quand on serre ses fils, la partie inférieure de l'utérus est attirée en arrière vers la paroi vaginale postérieure et la partie supérieure de cet organe bascule en avant. L'opération est terminée par la suture du vagin à la périphérie du segment utérin (1).

Il s'agit, en somme, d'une rétro-vagino-hystéropexie; celle-ci est même une opération complémentaire, puisqu'il faut préalablement pratiquer l'amputation sous-vaginale.

La méthode est trop nouvelle pour qu'on puisse porter un jugement quelconque.

L'impuissance de toutes ces différentes méthodes, leurs résultats passagers et souvent illusoires, ont engagé les chirurgiens à chercher d'un autre côté, et la laparotomie leur a ouvert un nouvel horizon.

Exécutée à l'étranger pour la première fois par Muller (de Berne), le 16 juin 1879, c'est à M. Terrier que revient l'honneur de l'avoir pratiquée le premier en France. A l'occasion même de cette première opération (7 août 1888), notre excellent maître fit paraître un mémoire important auquel nous avons fait de larges emprunts dans notre thèse inaugurale (1). M. Verchère (28 novembre 1888), M. Pozzi (décembre 1888) ont publié une revue critique sur la *laparo-hystéropexie*, en général. Notre excellent collègue et ami M. Baudouin de son côté signalait, dans le *Progrès médical*, cette nouveauté chirurgicale. Là s'arrête l'énumération des publications.

A. La laparo-hystéropexie peut viser d'emblée la cure du prolapsus, ou constituer le second temps d'une opération préliminaire, telle que, ovariotomie, hystérectomie abdominale.

De là, la division en :

1° Laparo-hystéropexie complémentaire fortuite ;

2° Laparo-hystéropexie de propos délibéré, *véritable laparo-hystéropexie.*

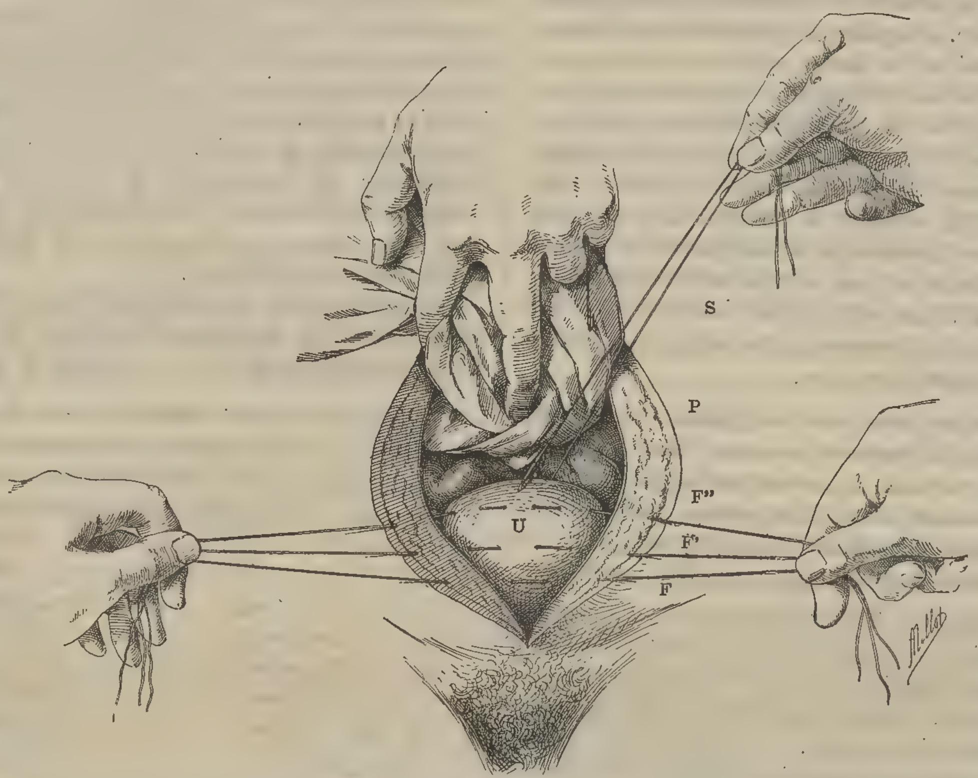


Fig. 8. — *Hystéropexie par le procédé de M. Terrier.*
U. Utérus ; — F, F', F''. Fils fixateurs ; — S. Fil suspenseur ; — P. Paroi abdominale.

D. Voie abdominale. — Sous ce titre peuvent se ranger trois opérations :

1° *L'hystérectomie abdominale*, cas de Muller, Fœuter;

2° *Opération de Kelly* (2) (raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la voie abdominale).

Celle-ci consisterait à passer une suture de chaque côté du rectum, au fond du cul-de-sac de Douglas de dedans en dehors, à suturer par-dessus les ligaments relâchés, puis à enfoncer l'aiguille profondément dans le col, au niveau de ses insertions latérales ; par les deux sutures bien exécutées, le relâchement est annulé et le col solidement maintenu en arrière.

3° La *laparo-hystéropexie.* — Celle-ci est une opération née d'hier et acclimatée depuis peu chez nous. *Elle consiste dans l'ouverture du ventre et dans la fixation de l'utérus, par des points de suture passant soit dans le corps même de l'utérus, soit dans ses annexes, à la face postérieure de la paroi abdominale.*

(1) M. Richelot a eu l'extrême obligeance, et nous ne saurions trop l'en remercier, de nous confier quelques schémas que nous avons fait dessiner, ce sont ceux qui ont servi à l'exécution des figures 4, 5, 6, 7. M. Richelot aurait fait cinq opérations de ce genre pour rétro-déviations avec suites immédiates parfaites. Une seule fois il l'a appliquée à la cure de l'*antéversion*, indication qui n'avait jamais été remplie avant lui.

(2) La conception est la même que celle de Sænger, la voie pour y arriver seul diffère : Sænger procédé vaginal, Kelly, voie sus-pubienne.

B. La laparo-hystéropexie a donné lieu à une technique assez variée. Nous allons indiquer chemin faisant les modifications adoptées par chaque opérateur.

Deux grandes méthodes :

1° Méthode extra-péritonéale ;

2° Méthode intra-péritonéale.

A la première, se rattache le nom de Caneva (2).

La seconde, la plus ordinairement adoptée, a été acceptée, en France, par M. Terrier et, après lui, par MM. Polaillon, Tuffier, en Angleterre, par John Philipps, en Allemagne, par Léopold, Olshausen, Kunh, Muller.

a. Procédé de F. Terrier (3). — Les précautions antiseptiques les plus rigoureuses ayant été prises, M. Terrier opère de la façon suivante : incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane de quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic jusqu'à trois travers de doigt du pubis.

Incision de la ligne blanche, ponction du péritoine au bistouri, maintien, à l'aide de pinces à pression, des bords de cette ouverture qui est ensuite agrandie avec des ciseaux

(1) Paul Dumoret. *Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin*, Thèse de Paris, 1889.

(2) Cette opération est restée à l'état de conception. Pour la description, voir notre Thèse, p. 22 et suivantes. — Elle vient d'être exécutée par le docteur Assaky (de Roumanie).

(3) *Revue de chirurgie*, n° 3, 10 mars 1889, p. 197.

mousses. La main droite, introduite dans la cavité abdominale, saisit l'utérus par son fond et l'attire vers la plaie pariétale. A l'aide de l'aiguille de Reverdin *un fil de soie est placé longitudinalement dans le fond de l'utérus en pénétrant* un peu *dans son tissu*, il sert à attirer l'organe en haut et à le maintenir derrière la paroi abdominale (voir fig. 8).

Les intestins sont refoulés en haut et en arrière à l'aide de compresses imbibées de solution phéniquée faible (au 40e).

Un gros catgut est alors passé obliquement, d'abord à gauche à travers des lèvres de l'ouverture de la paroi abdominale, la peau exceptée; il ressort dans le péritoine, puis est conduit de gauche à droite dans l'épaisseur même du tissu utérin au niveau environ de la réunion du col et du corps. Enfin, il est de nouveau passé dans la lèvre droite de l'ouverture abdominale, toujours la peau exceptée. Deux pinces à pression sont placées aux deux extrémités de ce fil. Un deuxième, puis un troisième fil de gros catgut sont passés de même, l'un vers le milieu du corps, l'autre, très près du fond de l'utérus, et maintenu par des pinces à pression. Tout étant bien épongé, on fait successivement trois ligatures en allant de bas en haut; puis on enlève le fil de soie placé au fond de l'utérus pour l'élever et le maintenir pendant qu'on procède à la suture. La plaie abdominale est alors refermée en haut à l'aide de trois fils d'argent, passant par le péritoine, et en bas par trois fils de crin de Florence, au niveau des sutures de l'utérus. Un petit drain est placé dans l'angle inférieur de la plaie.

Pansement antiseptique de Lister. Gaze iodoformée sur la plaie et drain. (M. Terrier tend à substituer dans ses pansements, pour les laparotomies, le salol à l'iodoforme).

b. Procédé d'Olshausen. — Olshausen, l'utérus libéré, choisit le point de la paroi abdominale où l'utérus doit être fixé : ce point se trouve à quelques centimètres de chaque

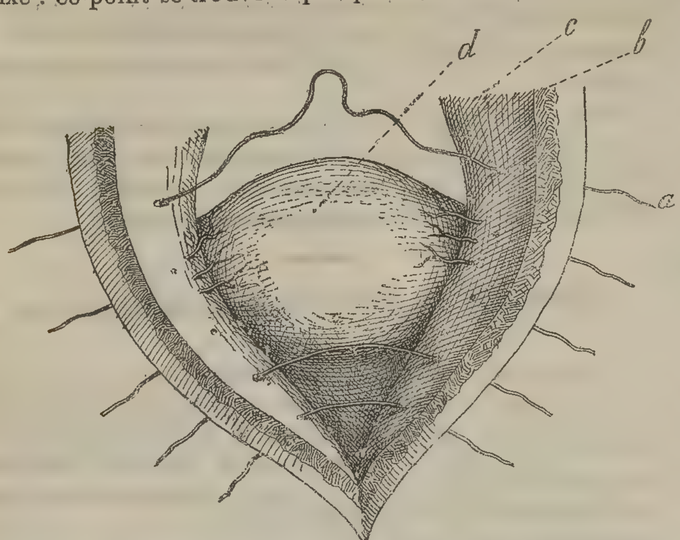


Fig. 9. — *Hystéropexie* (*d'après Sænger*) *par le procédé d'Olshausen.*
a. Point de suture de la paroi abdominale; — *b.* Muscles et aponévroses de la paroi; — *c.* Péritoine; — *d.* Utérus (fond).

côté de l'incision abdominale, mais toujours plus rapproché de la symphyse pubienne que de l'ombilic. (Voir fig. 9 et 10.)

La suture dans les cas de prolapsus doit, d'après lui, être faite dans un point beaucoup plus élevé que pour les rétrodéviations utérines, par conséquent sur une partie assez éloignée de la symphyse. La situation de l'artère épigastrique établie, on place les sutures sur chaque corne utérine qu'il s'agit de fixer à la paroi. Une aiguille courte chargée du fil à ligature est passée autour de la racine du ligament rond, puis enfoncée à travers les muscles de la paroi abdominale, et ressort par la face péritonéale de cette

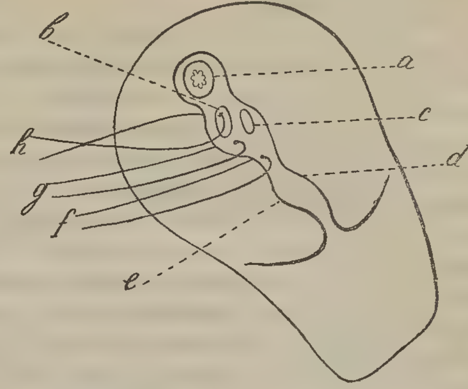


Fig. 9. — *Hystéropexie* (*d'après Sænger*) *par le procédé d'Olshausen.*
Manière de faire passer les fils fixateurs à la racine des ligaments ronds : *a.* Trompe; — *b.* Ligament rond; — *c.* Ligament de l'ovaire; — *d.* Feuillet postérieur du ligament large; — *e.* Feuillet antérieur du même ligament; — *f, g, h.* Fils fixateurs.

paroi, de telle sorte que l'artère épigastrique soit toujours en dehors de la suture.

c. Procédé de Léopold et de Czerny. — Léopold (de Dresde) fixe l'utérus par son fond, emploie trois fils de suture séparés l'un de l'autre de 1 centimètre. Chaque fil a un trajet intra-musculaire d'environ 2 centimètres. (Voir fig. 10.)

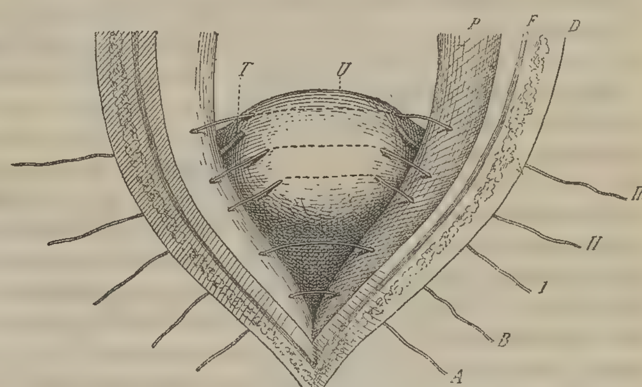


Fig. 10. — *Hystéropexie* (*pour rétroflexion*) *par le procédé Léopold.*
I, II, III. Fils suspenseurs de l'utérus; — *A, B.* Fils de suture de la paroi abdominale; — *U.* Utérus; — *T.* Trompes; — *P.* Péritoine; — *F.* Fascia sous-péritonéal; — *D.* Derme.

De plus, dans le but de faciliter les adhérences de l'utérus à la paroi, Léopold gratte la séreuse péritonéale avec le

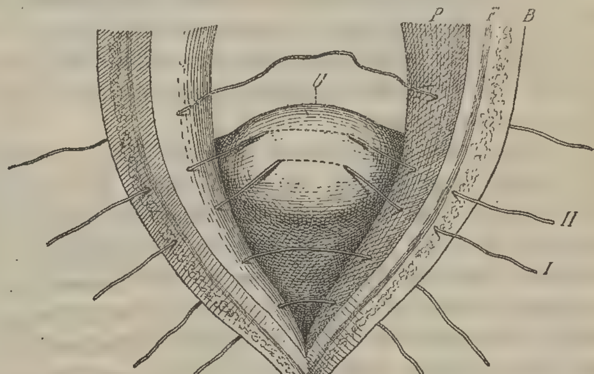


Fig. 11. — *Hystéropexie par le procédé Czerny.*

dos du bistouri au niveau du fond de l'utérus entre les points d'entrée et de sortie des fils, ce qui constitue une surface d'environ 4 centimètres.

Enfin, comme l'extrémité des fils fixateurs est au dehors, ceux-ci servent à fermer l'abdomen en bas; au-dessus il fait les sutures ordinaires.

Czerny, comme Léopold, fixe l'utérus par le fond, mais où gît la différence, c'est dans le *nombre* de fils employés, il ne met que *deux fils de suture*. (Voir fig. 11.)

d. Procédé John Philipps. — L'auteur anglais (1), ne pouvant suturer les ligaments ronds, enleva un ovaire malade et sutura le pédicule à la paroi abdominale.

e. M. Tuffier, tout en se référant complètement au procédé de M. Terrier, insiste sur deux points : 1° pour lui, *importance extrême de la soie placée au fond de l'utérus, elle est indispensable pour établir des adhérences, une fois que le catgut est résorbé*; 2° il pense qu'à la *fixation de l'utérus au péritoine, doit être associée la suture de cet organe aux muscles de l'abdomen.* Cette suture complémentaire est nécessitée par le peu d'adhérence du péritoine de cette région qui pourrait se décoller.

M. Doléris a bien aussi apporté quelques modifications au manuel opératoire de l'hystéropexie. Outre les sutures destinées, réunies à la paroi antérieure et le fond de la matrice (*procédé Terrier*), il insinue entre les lèvres de la plaie les *ligaments ronds* et les *trompes* saisis et attirés par un lien qui ressort à l'extérieur. M. Doléris compte beaucoup sur ce pédicule tubo-ligamentaire pour assurer le mode de fixation.

Nous insisterons à dessein sur ce point, c'est que *la méthode employée par M. Terrier diffère absolument de celles auxquelles ont eu recours Olshausen, Léopold, Czerny, John Philipps.*

Olshausen fixe à la paroi abdominale les ligaments ronds, Léopold et Czerny font adhérer le fond de l'utérus, John Philipps se sert d'un pédicule d'ovariotomie. M. Terrier, lui, fixe à la fois l'utérus par *son fond* et *par sa face antérieure, multiplie ses fils fixateurs, sa préoccupation* constante est d'avoir une *large surface d'adhésion* : là est la vraie indication et de ce chef on lutte efficacement contre la pesanteur de l'organe qui, en même temps que prolabé, est le plus souvent hypertrophié. M. Terrier se sert toujours de gros catgut; cette substance est encore préférée par MM. Terrillon, Pozzi, Lucas-Championnière.

On pourrait induire, de la fixation de l'utérus, qu'il va se produire des troubles de la miction; nos observations sont négatives, l'expérimentation cadavérique a répondu dans le même sens.

Cette méthode a pour elle l'appui des plus grandes autorités chirurgicales : M. Terrier la défend chaudement, M. le professeur Trélat l'admet en principe, MM. Tillaux, Pozzi ne la repoussent point, MM. Lucas-Championnière, Segond, Richelot s'en déclarent partisans, pour ne citer que des maîtres connus de tous.

La grossesse a été et reste la seule grosse objection. Nous avons rapporté un cas de grossesse de huit mois, et M. Routier vient nous faire examiner une malade *hystéropexiée*, il y a dix mois, et enceinte de huit mois. Rien d'anomal « pas de douleurs, pas de tiraillements », rien ne faisant prévoir une expulsion prématurée (2). Sans être résolue, cette question de la grossesse semble devoir triompher des critiques décochées à la méthode. Quel est le bilan de cette opération? Vingt-cinq cas (1), se décomposant ainsi : 14 *complémentaires*, 11 *de propos délibéré*, les 11 dernières ont donné 8 succès opératoires, 2 échecs (imputables à l'opérateur et non à la méthode), 1 décès. Depuis, M. Terrier a pratiqué 3 laparo-hystéropexies pour procidence de l'utérus, 3 succès complets. M. Cushier vient d'en publier un nouveau cas, ce qui porte à 17 le nombre des laparo-hystéropexies faites de propos délibéré.

(1) Voir p. 130 de notre Thèse.

(2) L'accouchement a été normal, les adhérences soudant l'utérus à la paroi abdominale se sont maintenues — renseignement dû à l'obligeance de notre collègue Rolland, interne du service.

Et ces trois nouveaux succès ne donnent que plus de poids à ce que nous écrivions sur le pronostic de cette opération : c'est une opération sérieuse mais non grave, c'est une opération efficace, à avenir assuré. Et un chirurgien antiseptique ne pourra refuser à sa malade le bénéfice d'une intervention dont l'innocuité ressort du décompte même des observations; en agissant ainsi il ne pourra encourir aucun blâme et aura atteint le but cherché par tout chirurgien : *la cure radicale de l'affection.*

IV

CONCLUSIONS

En résumé, question bien complexe que celle du traitement du prolapsus utérin; ici encore l'antisepsie aura doté d'un traitement rationnel une affection jadis réputée incurable, sorte de Protée pathologique semblant échapper à chacun de ceux qui ont essayé de la guérir. Des progrès immenses ont été réalisés dans la thérapeutique de la procidence utérine, ces progrès sont tous d'ordre chirurgical et à l'actif de la laparotomie pour la plupart. N'entravons pas cette marche en avant, ne soyons pas obstructionnistes, qu'à la routine fasse place le progrès. Et à tous ceux qui, d'un œil méfiant, voient de nouvelles méthodes s'implanter parmi nous, répétons le mot de Malgaigne : « O Cartésiens du XIX[e] siècle, jusqu'à quand perdrez-vous votre temps à expliquer, à critiquer ce qu'il serait besoin avant tout de vérifier ! »

Nous conclurons donc en accordant nos suffrages à la laparo-hystéropexie, opération qui mérite au sens propre du mot le nom d'opération radicale et en restant le défenseur et le partisan de l'opération Léopold-Terrier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 novembre 1889, ont été promus dans le corps de santé militaire, au grade de médecin aide-major de deuxième classe, les cinquante-quatre médecins stagiaires à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires dont les noms suivent. Ils ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

MM. Benoit, dit Becker, 11[e] d'artillerie; Millard, 18[e] bataillon de chasseurs à pied; Janot, 155[e] d'infanterie; Arnould, 3[e] chasseurs à cheval; Sturel, 69[e] d'infanterie; Trouillet, 14[e] bataillon de chasseurs à pied; de Langenhagen, 38[e] d'artillerie; Arnavielhe, 30[e] bataillon de chasseurs à pied; Guirlet, 153[e] d'infanterie; Berger, 22[e] bataillon de chasseurs à pied; Coste, 26[e] d'artillerie; Puech, 117[e] d'infanterie; de Viville, 54[e] d'infanterie; Michaud, 4[e] dragons; Beigneux, 130[e] d'infanterie; Rouchaud, 20[e] d'artillerie; Thérault, 3[e] dragons; Faivre, 112[e] d'infanterie; Niclot, 19[e] bataillon de chasseurs à pied; Barier, 1[er] d'artillerie.

MM. Huguet, 34[e] d'infanterie; Destrez, 2[e] cuirassiers; Legrain, 19[e] chasseurs à cheval; François, 22[e] d'infanterie; Claoué, 11[e] d'in-

(1) P. Dumoret. Loc. cit., p. 97.

fanterie; Couturier, 10e chasseurs à cheval; Rossignot, 44e d'infanterie; Chéreau, 41e d'infanterie; Benoît (A.-J.-L.-F.), 4e cuirassiers; Mignon, 1er chasseurs à cheval; de Schuttelaère, 84e d'infanterie; Ducurtil, 157e d'infanterie; Tournier, 1er dragons; Vigerie, hôpital militaire de Lille; Gontier, hôpital militaire de Marseille; Terrail, 17e d'artillerie; Lenoir, 7e chasseurs à cheval; Blanc, 6e d'infanterie; Gilliard, 2e d'infanterie; Castaing, 17e chasseurs à cheval;

MM. Claude, 146e d'infanterie; Ribierre, 19e d'infanterie; Julia, hôpital militaire de Versailles; Verdierre-Cauquil, 16e dragons; Ollier de Vergèze, 2e chasseurs à cheval; Donnadieu, 6e dragons; Sire, 123e d'infanterie; Lanusse-Troussé, 10e cuirassiers; Dormand, 23e d'infanterie; Laborderie, 71e d'infanterie; Lainé, hôpital militaire du camp de Châlons; Loustalot, 136e d'infanterie; Viguier, 48e d'infanterie; de Guénin, hôpital militaire de Briançon.

— Par décision ministérielle, du 23 novembre 1889, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins aides-majors de première classe Cardot, pour le 5e d'artillerie; Marcus, pour les hôpitaux de la division d'Oran.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Millière, pour le 27e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 novembre 1889, un concours s'ouvrira le 4 juin 1890, à l'École de médecine de Rennes, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Betbeder (de Bordeaux); L. Boutges (de Labatut); Rousseau (d'Auxerre).

— *École pratique.* — Les travaux pratiques de physique et d'histoire naturelle commenceront le lundi 2 décembre 1889. Ils auront lieu, pendant le premier semestre 1889-1890, aux jours et heures ci-après désignés, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine.

1° Physique : lundi, mercredi, vendredi, de quatre à six heures du soir;

2° Histoire naturelle : lundi, mercredi, vendredi, de neuf à onze heures du matin.

Pour les travaux pratiques d'histoire naturelle, deux séries d'exercices seront organisées : la première série à partir du 2 décembre 1889; la deuxième série, vers le 15 janvier 1890.

Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

— *École pratique des Hautes-Études.* — Les travaux du laboratoire de zoologie comparative du Muséum d'histoire naturelle, dirigés par M. le professeur Edmond Perrier, commenceront le lundi 2 décembre, à neuf heures du matin. Ils consisteront en dissections, déterminations d'animaux, exercices micrographiques, etc.

Le laboratoire des recherches est ouvert à Paris pendant toute l'année scolaire.

Le laboratoire maritime du Muséum, à Saint-Waast-la-Hougue, sera ouvert à partir du 1er mars 1890.

Les étudiants se feront inscrire au laboratoire de malacologie, 55, rue de Buffon, de onze heures du matin à quatre heures du soir.

— Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude comparative de la structure intime des tissus constitutifs des animaux, ont lieu tous les jours de midi à cinq heures, au laboratoire d'histologie zoologique du Muséum d'histoire naturelle, dirigé par M. le professeur G. Pouchet, rue de Buffon, 55. — Les élèves doivent se faire inscrire auprès du moniteur M. E. Biétrix.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 138. — MARDI 3 DÉCEMBRE 1889. 62e ANNÉE. MARDI 3 DÉCEMBRE 1889. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

I. Empoisonnements par le phosphore. — II. Affection du système nerveux d'origine bulbaire.

Un individu atteint de la manie du suicide, après avoir essayé de se pendre sans y parvenir, a tenté de s'empoisonner, mais sans plus de succès, en suçant des allumettes, c'est-à-dire en absorbant une certaine quantité de phosphore.

Cet homme, à l'air quelque peu imbécile, hanté, dit-il, par le souvenir de la mort de ses parents, tués en 1870 par les Prussiens, est un épileptique, sujet à des attaques assez fréquentes, ainsi que les renseignements que nous avons pu recueillir nous l'ont appris, ainsi que le démontrent aussi les morsures de sa langue.

D'un aspect chétif, maigre, il a le ventre ballonné dans sa totalité et souffre de douleurs assez vives à l'épigastre et dans les hypochondres gauche et droit, dans ce dernier surtout. Il est sans fièvre, sa température est au-dessous de la normale, le thermomètre placé dans la région axillaire marque 36°6 seulement; par contre, nous trouvons au creux épigastrique une surélévation de la température, soit 37°8, d'où l'on doit conclure à une gastrite compliquant les douleurs hépatiques. Nous savons, du reste, que le phosphore, introduit dans l'économie par intoxication, a pour action d'altérer le foie, de déterminer une dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques ; aussi, ne serions-nous nullement surpris, vu l'état actuel de notre malade, que son foie ne fût gravement atteint, par suite de sa tentative d'empoisonnement, et n'entraînât la mort.

II. Parmi les malades de notre service, nous vous signalerons une femme troublée par l'issue continue de la salive à travers les lèvres entr'ouvertes, de telle sorte qu'elle est forcée de maintenir constamment un mouchoir sur sa bouche. De plus, cette femme éprouve de grandes difficultés de déglutition par parésie de l'œsophage et surtout de la région postérieure du pharynx. Enfin, elle ne peut plus mouvoir sa langue de façon à la porter en haut. Sa langue ne peut plus s'incurver et se meut seulement latéralement ; de là, aussi, des troubles du côté des organes de la phonation ; de là de la difficulté à prononcer les mots.

Tous ces accidents, de nature paralytique, remontent seulement à dix jours ; jusque-là cette malade était bien portante. L'affection dont elle est atteinte est des plus graves, elle est d'origine essentiellement bulbaire, et tient à quelque lésion primitive du système nerveux ; il s'agit d'une paralysie labio-glosso-laryngée incomplète, par atrophie du grand hypoglosse, du spinal, du pneumogastrique et du facial, ainsi que du noyau d'origine de ces nerfs dans le bulbe.

A un moment donné, ces malades sont en proie à une dyspnée plus ou moins considérable, en rapport avec la paralysie de leur pneumogastrique, dyspnée progressive qui peut aller jusqu'à la suffocation et la mort. D'autre part, s'ils avalent encore, ils avalent mal, de sorte que le bol alimentaire peut, dans un effort de déglutition, pénétrer dans les voies aériennes au lieu de l'œsophage, et tuer brusquement et subitement l'individu. Enfin, ces mêmes malades sont sujets à des palpitations, à une très grande fréquence et aussi, de temps en temps, à une irrégularité plus ou moins prononcée du pouls, en raison de ce que le plexus cardiaque est touché également, de même que le plexus pulmonaire, par suite de la lésion du pneumogastrique, et les malades succombent par arrêt du cœur. Mais, par contre, ces malades conservent l'intégrité parfaite de leur intelligence. Bref, ils terminent généralement leur existence par une *parésie* générale.

Je vous citerai, à ce propos, le cas suivant d'un malade que j'ai eu l'occasion d'observer, il y a deux ans, avec un de mes anciens internes, M. Martin de Gimard.

Cet homme se plaignait d'une salivation incessante résultant de ce qu'il ne pouvait avaler sa salive, celle-ci s'écoulant à travers ses lèvres plus ou moins paralysées et restées entr'ouvertes. Il avait eu des accidents cérébraux simulant une encéphalite. Viveur sous toutes les formes, — je puis le dire, je le suis depuis quatre ans — sa maladie a débuté par des palpitations résultant d'une artério-sclérose, puis il a eu des accidents cérébraux.

Un jour, entre autres, je fus mandé auprès de lui ; il était en proie aux accidents les plus graves ; il était presque inconscient ; il ne pouvait plus ni parler ni surtout avaler. La paralysie de l'œsophage était si bien complète que je dus, pour l'alimenter, recourir à l'emploi de la sonde œsophagienne pendant quinze ou dix-huit jours, lui ingurgitant ainsi bouillon, viandes et vin. En même temps, j'avais

recours à l'électrisation de la région de la nuque et de l'épigastre. Depuis lors, et sous l'influence du traitement prolongé, la paralysie a disparu ; le malade avale maintenant d'une façon convenable, sauf sa salive dont il laisse encore écouler une petite quantité. Cependant il marche encore avec quelque difficulté.

Mais le point important, c'est qu'il continue à vivre sans être trop infirme, et cela grâce à ce que depuis deux ans il porte, sur mes conseils, à la nuque un séton, lequel, fonctionnant continuellement, a empêché la maladie de s'aggraver.

Quand un malade de la catégorie de cet homme ou de la femme dont je vous ai parlé un peu avant lui vient à succomber et qu'on en peut faire l'autopsie, on trouve des lésions caractérisées par la disparition des tubes nerveux et du cylindre-axe des nerfs et par une hypertrophie du névrilème. Dans le bulbe aussi on constate la disparition des cellules nerveuses, lesquelles sont remplacées alors par des granulations pigmentaires ; la névroglie est intacte et même un peu proliférée. Ce qui survit, c'est le tissu conjonctif et, en somme, il y a une véritable phlegmasie chronique. De là l'utilité, je dirai plus, la nécessité de recourir aux révulsifs et aussi à l'iodure de potassium pour combattre l'hyperplasie.

CURES RADICALES DE HERNIES

Par L. Defontaine,

Membre correspondant de la Société de chirurgie, médecin en chef des Usines du Creusot.

I

La cure opératoire des hernies trouve encore un grand nombre d'opposants. En présence d'un hernieux, bien des médecins ne songent même pas à l'opération de la cure radicale, et, s'ils sont amenés à en parler, présentant l'intervention chirurgicale comme difficile et redoutable, en détournent les malades. De fait, elle est restée le monopole de quelques opérateurs.

L'analyse des cas de hernies inguinales dont j'ai opéré la cure, est bien faite pour montrer quels services l'intervention peut rendre, surtout chez les travailleurs pour qui les hernies sont particulièrement pénibles. De grosses statistiques ont été déjà publiées relativement à cette opération, et, si les faits que je rapporte sont relativement peu nombreux, leur intérêt consiste à montrer que la cure des hernies peut, avec avantage, devenir une opération courante pour qui veut se donner la peine que nécessite toujours l'antisepsie.

Aucun de mes opérés n'a présenté d'accident pouvant donner quelque inquiétude, et si je n'ai pas eu d'opération véritablement compliquée, bon nombre d'entre elles ont été importantes, comme on peut le voir en parcourant les observations. On y trouvera deux cas dans lesquels la cure radicale a été faite à la suite d'étranglement (Obs. I et IV). Je n'ai pas cru devoir les séparer des autres, parce que les sujets n'en sont pas moins guéris de leur hernie. Ce qu'on appelait autrefois opérer une hernie, était opérer l'étranglement, ce qu'on doit aujourd'hui appeler opération de hernie, est l'opération qui a pour but de guérir la hernie, qu'on ait dû ou non lever préalablement un étranglement. Si on n'a pas fait cette opération de la hernie, que l'on appelle, par usage, cure radicale ou cure opératoire, on n'a fait que l'opération de l'étranglement herniaire.

Toutes les hernies descendaient au fond du scrotum, excepté dans les deux cas qui étaient compliqués d'ectopie testiculaire, avec atrophie de l'organe, et pour lesquels la castration inguinale a dû être faite simultanément (Obs. IV et VI). Mes opérés avaient de quinze à soixante et un ans. La recherche et l'isolement du sac se sont toujours faits sans dommage pour les vaisseaux du cordon et pour le canal déférent. Il est moins facile de trouver le sac, lorsque les viscères sont réduits spontanément au moment de l'opération, ce que j'ai rencontré cinq fois (Obs. III, V, VII, VIII, XII), mais il n'y a pas de difficulté réelle.

L'isolement total du sac est quelquefois un peu pénible. De mauvaises conditions matérielles peuvent augmenter ces difficultés (Obs. I) ; une fois j'ai dû laisser (Obs. IX) une petite surface du sac qui adhérait intimement à la vaginale ; deux fois (Obs. IX et XIII), cette séreuse a été ouverte pendant les manœuvres d'isolement du sac, incident sans gravité qui nécessite simplement une petite suture au catgut.

L'isolement de la partie supérieure du sac dans le canal inguinal, au niveau et au-dessus du collet, mérite une attention toute particulière, car il doit remonter très haut, afin que la ligature qui ferme le péritoine, portée le plus haut possible, ne laisse pas un trajet séreux non oblitéré qui serait ouvert pour une nouvelle descente des viscères. J'ai toujours eu soin de porter très haut la ligature faite au sac et cette ligature a toujours été faite en deux parties, formant deux anses enchevêtrées l'une dans l'autre comme les anneaux d'une chaîne. Une fois j'ai lié en trois parties (Obs. IV). Ces ligatures sur le sac ont été faites trois fois au catgut (Obs, III, VII, VIII) ; chez les autres opérés, j'ai employé la soie qui me semble préférable comme plus solide, plus facile à nouer, serrant mieux et ne se desserrant pas. Lorsque la soie est aseptique, elle est parfaitement tolérée et jamais mes ligatures n'ont été éliminées.

Six fois j'ai trouvé de l'épiploon dans le sac et j'en ai extirpé ce que j'ai pu attirer par tractions douces : soit 310 grammes avec quatre ligatures (Obs. II) ; 350 grammes avec trois ligatures (Obs. VI) ; 380 grammes avec quatre ligatures (Obs. IX) ; 89 grammes avec deux ligatures (Obs. X) ; 120 grammes avec trois ligatures (Obs. XI) ; 35 grammes avec deux ligatures (Obs. XIII). Toutes ces ligatures de l'épiploon ont été faites au catgut. Une fois (Obs. IX), j'ai trouvé de très fortes adhérences épiploïques au collet du sac et j'ai dû les détacher pour exciser l'épiploon et lier le péritoine au-dessus du collet du sac.

Quatre hernies étaient congénitales et deux d'entre elles (Obs. IV et VI) compliquées d'ectopie inguinale du testicule ; elles ont nécessité la castration inguinale, car la descente opératoire du testicule eût été impossible. Dans ces cas, il faut attacher un soin particulier aux ligatures portées au-dessus du collet du sac, car ces ligatures ont à oblitérer les vaisseaux qui se rendaient au testicule et pourraient saigner. A part ces précautions, les cas de ce genre sont favorables à la cure radicale. S'ils nécessitent une opération plus étendue, soit pour découvrir le sac, s'il est très profond et situé derrière la paroi abdominale (Obs. IV), soit par suite du volume de la hernie (Obs. VI), ils soulagent les malades d'une infirmité véritablement grave.

Les deux hernies congénitales dans lesquelles le testicule était descendu au fond du scrotum (Obs. VII et XII) ont été facilement guéries sans dommage pour le testicule, la

partie inférieure du sac étant sectionnée au-dessus de cet organe et refermée par une suture perdue au catgut qui reconstitue une tunique vaginale.

Le drainage de la plaie a été fait quatre fois (Obs. I, II, III, V), mais je le considère maintenant comme inutile, sauf pour des cas exceptionnels, et je n'y ai plus recours. Les drains tiennent mal et fonctionnent souvent très imparfaitement; enfin ils obligent à des pansements au moins inutiles. Si la plaie est dans des conditions très bonnes pour la réunion, on peut la fermer complètement (Obs. VI, X, XI, XII, XIII), ou même, par prudence, on peut la laisser béante à sa partie supérieure, dans l'étendue de quelques centimètres; on laisse ainsi une voie ouverte aux liquides qui pourraient être exsudés dans la plaie, et on peut la laisser d'autant plus large qu'on craint davantage la rétention. Ce mode de réunion incomplète donne toute la sécurité que le drainage peut fournir, sans en présenter les inconvénients. Je l'ai appliqué avec avantage aux opérations les plus diverses et il a été utilisé dans quatre des observations ci-jointes (IV, VII, VIII, IX).

La suture cutanée a été faite souvent au catgut qui, se résorbant, permet, lorsqu'il n'y a pas de drainage, d'obtenir la guérison sous le pansement opératoire (Obs. IV, VII, X, XI, XIII). Quelquefois, dans le but de maintenir le testicule qui tend à remonter, j'ai passé un fil de suture profonde n'embrassant pas les vaisseaux du cordon, et placé au niveau de la partie inférieure de l'incision (Obs. VII, VIII, XIII).

Il n'y a eu de suppuration que chez deux opérés. L'un (Obs. I) avait été opéré dans des conditions où l'asepsie était complètement impossible ; l'autre (Obs. XII) n'a eu un petit abcès que parce que le pansement avait été défait accidentellement et que j'avais eu l'imprudence de ne pas le remplacer croyant la guérison assurée. Enfin si j'avais attaché quelque importance à guérir sous le pansement opératoire, ce résultat obtenu chez cinq opérés eût pu l'être facilement chez les quatre autres qui n'avaient pas de tube à drainage.

Le pansement sec, sans enveloppe imperméable, a été employé sauf chez les trois premiers malades, opérés à l'époque où je faisais encore usage de makintosch ou de gutta-percha laminée.

Deux opérés ont dû être sondés une ou deux fois, enfin chez quatre (Obs. VIII, IX, X, XI), j'ai dû recourir à un purgatif, qu'il est bon de ne pas omettre avant l'opération, car la constipation peut être une cause d'élévation de la température, sans qu'il existe le moindre accident dans la région opérée (Obs. VIII).

En dehors de cet incident, la température de mes opérés a toujours eu une marche bien faite pour montrer qu'il n'y avait aucune complication et si la température maximum a atteint une fois, chez quelques opérés, un chiffre un peu élevé dans l'un des trois premiers jours, elle est immédiatement après descendue définitivement à 38 degrés ou au-dessous.

Mes opérés n'ont pas porté de bandage ; la plupart d'entre eux ne pouvaient s'en procurer de convenables et se souciaient peu d'en renouveler les ennuis. Enfin l'utilité et même l'innocuité des bandages n'est pas démontrée. M. Lucas-Championnière, qui a opéré un grand nombre de hernieux, en conseille l'usage, mais Socin (de Bâle), qui a le premier publié les plus fortes statistiques de cures radicales, les repousse comme nuisibles. J'ai conseillé un appareil de soutien à l'un de mes opérés (Obs. XI), dont la paroi abdominale m'a paru faible. Les autres s'en sont passés avec avantage. Tous ont cependant des professions pénibles, plusieurs même sont obligés à des efforts qui sont susceptibles de développer toute tendance à la récidive. Or, mes opérés sont en parfait état jusqu'à présent, et leur opération date de quatre ans et demi à trois mois, et M. Lucas-Championnière considère ce dernier délai comme « parfaitement suffisant pour voir si la cicatrice est solide ». Enfin, celui de mes opérés qui a passé le conseil de revision a été jugé apte au service militaire.

II

Observation I. — *Hernie inguino-scrotale volumineuse récente. Cure radicale.* — B..., dix-neuf ans, s'est fait, douze heures auparavant, une hernie inguinale volumineuse étranglée. Opération le 9 mars 1885 le soir, à la lumière artificielle et à son domicile, par conséquent dans des conditions déplorables au point de vue de l'antisepsie. Le sac renferme 30 centimètres d'intestin qui, après levée de l'étranglement, sont réduits dans l'abdomen. Le sac est ensuite disséqué et isolé des éléments du cordon. Ce temps de l'opération a été rendu difficile par la mauvaise installation opératoire. Le collet du sac étant lié à sa partie supérieure en deux parties avec de la soie, le sac est réséqué en totalité. Drainage. Suppuration consécutive dans le scrotum. Le malade n'a jamais porté de bandage et n'a aucune trace de récidive de sa hernie.

Obs. II. — *Hernie incoercible volumineuse. Résection de 310 grammes d'épiploon.* — J. S..., soixante et un ans, porte depuis longtemps une hernie inguino-scrotale droite volumineuse, ne pouvant être maintenue par les bandages. Opération le 29 juin 1887. Pas d'intestin, 310 grammes d'épiploon enlevés après quatre ligatures au catgut. Ligature du sac à la soie. Le sac excisé pèse 30 grammes. Deux drains. Pansement humide au sublimé, renouvelé tous les deux jours. Température maximum 38°2. Se lève le onzième jour, sort le quinzième jour. Aucun bandage. Il a continué son métier d'ouvrier d'usine et n'a pas trace de récidive.

Obs. III. — *Hernie inguino-scrotale droite. Guérison.* — E. B..., vingt ans. Opération le 16 juin 1888. Au moment de l'opération, les viscères se réduisent spontanément dans l'abdomen. Ligature du sac au catgut. Excision du sac. Pansement humide au sublimé. Température maximum 38°4. Se lève le vingt et unième jour, continue ses travaux pénibles et n'a pas trace de récidive.

Obs. IV. — *Hernie inguinale profonde avec ectopie testiculaire. Cure radicale et castration inguinale. Guérison sous le pansement opératoire.* — J... (Eugène), quinze ans, est atteint d'accidents aigus d'étranglement depuis soixante heures. Opération le 10 octobre 1888. Le testicule gauche est seul présent dans le scrotum. Derrière la paroi abdominale, au niveau de l'orifice profond du canal inguinal droit, existe une tumeur oblongue. Incision cutanée étendue de cette tumeur à l'orifice cutané du canal inguinal. La sonde cannelée, introduite par cet orifice, charge la paroi antérieure du canal inguinal, qui est incisée dans toute son étendue. On arrive ainsi sur un sac du volume d'une orange. Une petite ouverture faite au sac laisse écouler un peu de liquide sanguinolent, puis laisse apercevoir l'intestin. Le sac étant largement ouvert, puis lavé, le petit doigt pénètre jusqu'au collet et en fait la divulsion.

L'intestin, rouge, dépoli, légèrement ecchymosé, est réduit. En un point de la paroi du sac, se trouve le testicule notablement atrophié. Deux pinces hémostatiques opposées par les mors saisissent, le plus haut possible, le collet du sac, à la façon d'un clamp au-dessus duquel il est lié en trois parties avec des fils de soie passés à l'aide de l'aiguille de de Noy. Tout le sac est réséqué au-dessous de ces ligatures et les pinces clamp sont enlevées. Une petite artère béante sur ce pédicule (probablement

l'artère du testicule) est liée isolément. Réunion incomplète sans drainage, par quelques sutures à la partie inféro-interne de la plaie. Le dix-septième jour, à la levée du pansement opératoire, la guérison est complète. Elle s'est maintenue depuis sans aucun bandage, ni appareil de soutien.

Obs. V. — *Hernie inguino-scrotale droite. Guérison.* — L. D..., vingt ans. Opération le 27 octobre 1888. Les viscères ont évacué spontanément le sac qui est extirpé après ligature à la soie. La partie extirpée du sac mesure 10 centimètres. Sutures perdues au catgut à la partie inférieure, pour maintenir le testicule qui tend à remonter. Drain. Sutures à la soie. Pansement sec. Température maximum 38°8 le quatrième jour. Sort le vingt-troisième jour. En 1889, il a passé le conseil de revision et a été pris pour l'armée active.

Obs. VI. — *Énorme hernie congénitale. Cure radicale avec excision de 350 grammes d'épiploon et castration inguinale.* — F. M..., cinquante-sept ans. Opération le 27 novembre 1888. Hernie inguinale gauche congénitale, incoercible, remplissant le scrotum et faisant disparaître la verge, s'étendant en dehors jusqu'à l'épine iliaque. Cette hernie a donné des accidents d'engouement. Une albuminurie légère a été constatée. Le sac renferme du liquide séro-sanguinolent et 350 grammes d'épiploon qui sont enlevés après trois ligatures au catgut. Ligature du sac à la soie en deux parties. Le sac excisé comprenant le testicule atrophié pèse 65 grammes. Fermeture complète de la plaie, par suture en surjet au catgut, sans drainage. Pansement sec. Température maximum 37°9. Pansement le neuvième jour. La réunion par première intention est complète, mais un épanchement sanguin s'est fait dans cette vaste poche sous-cutanée. Parfaitement aseptique, cet épanchement se serait résorbé, mais, pour gagner du temps, je lui donne issue. Si une partie de la plaie eût été laissée non suturée, ce liquide ne se serait pas collecté, mais si le sac avait été lié en plus de deux parties, il ne se serait pas produit, car il était dû vraisemblablement aux vaisseaux du testicule qui se trouvaient dans la paroi du sac. Dans les cas qui nécessitent la castration inguinale, il y a lieu de porter une attention toute particulière sur la ligature du sac, et, au besoin, de placer une ligature spéciale sur les vaisseaux qui peuvent se trouver sur sa surface de section, comme cela a été fait dans l'observation IV. La guérison s'est parfaitement maintenue sans aucun bandage, l'opéré continue à travailler.

Obs. VII. — *Hernie congénitale gauche sans ectopie testiculaire. Reconstitution de la vaginale.* — P. M..., vingt-deux ans. Opération le 25 décembre 1888. Les viscères sont rentrés dans l'abdomen, ce qui rend la recherche du sac plus délicate. Il est lié très haut, au catgut, puis excisé. Sa partie inférieure est fermée par une suture perdue en surjet, au catgut, pour reconstituer la vaginale. Un fil de soie, passant en avant des vaisseaux testiculaires, est passé profondément au-dessous de l'extrémité inférieure de l'incision et noué après avoir été modérément serré ; il empêche l'ascension du testicule. Suture cutanée incomplète au catgut. Pas de drain. Pansement sec. Température maximum 38°5 le deuxième jour, ensuite elle n'a plus atteint 38 degrés. Guérison sous le pansement opératoire. Le fil de soie est encore laissé quatre jours après la suppression du pansement. Se lève le vingt et unième jour, sort le 30 janvier 1889. Il n'a porté aucun bandage, a continué son métier d'ajusteur et n'a pas trace de récidive.

Obs. VIII. — *Hernie inguino-scrotale gauche.* — J. B..., vingt et un ans. Opération le 6 février 1889. Les viscères sont rentrés dans l'abdomen. Ligature du sac au catgut. Un fil de catgut, passant en avant des vaisseaux testiculaires et profondément, empêche le testicule de remonter. Suture cutanée incomplète au catgut, sans drainage. Pansement sec. Le sixième jour, la température s'élève de 38 à 40 degrés. Un pansement montre que la plaie est en parfait état de réunion. L'opéré n'ayant pas été purgé avant, un purgatif est administré. Sous son influence, la température tombe le lendemain matin à 37°7 et le soir à 37°3. Se lève guéri le vingt et unième jour, n'a porté aucun bandage et n'a aucune trace de récidive.

Obs. IX. — *Hernie volumineuse, incoercible et irréductible. Extirpation de 380 grammes d'épiploon.* — J. B..., quarante ans. Opération le 14 février 1889. Hernie inguinale gauche, volumineuse, incoercible et, en grande partie, irréductible. Des veines volumineuses sillonnent la région, elles doivent être liées et divisées. L'épiploon adhérent au collet du sac est détaché. Après quatre ligatures au catgut, on en résèque 380 grammes. Ligature du sac à la soie. Quatre centimètres carrés du fond du sac, intimement adhérents à la vaginale, sont laissés en place et un point de catgut ferme la petite déchirure faite à cette séreuse, pendant la dissection. Suture cutanée incomplète au catgut. Pansement sec. Température maximum 38°8 le troisième jour, chute régulièrement progressive ensuite ; à partir du sixième jour, la température de 38 degrés n'est plus atteinte. Eau de Sedlitz le cinquième jour. Se lève guéri le vingt et unième jour et sort le trente et unième. N'a porté aucun bandage et a continué son métier de forgeron, sans aucune menace de récidive.

Obs. X. — *Hernie inguino-scrotale incoercible. Excision de 89 grammes d'épiploon.* — P. M..., vingt ans. Opération le 6 mars 1889. La hernie inguino-scrotale gauche sort malgré le bandage. Le sac renferme de l'épiploon. On résèque 89 grammes après deux ligatures au catgut. Ligature du sac à la soie. Suture totale au catgut, sans drainage. Pansement sec. Température maximum 38°4. Huile de ricin le sixième et le quinzième jour. Guérison sous le pansement opératoire. Se lève le vingt et unième jour. Aucune menace de récidive.

Obs. XI. — *Hernie inguino-scrotale droite incoercible. Excision de 120 grammes d'épiploon.* — C. B..., vingt-six ans. Opération le 13 mars 1889. Il n'a jamais pu supporter l'usage d'aucun bandage. Excision de 120 grammes d'épiploon, après trois ligatures au catgut. Sac lié à la soie. Il existe une petite hydrocèle concomitante, qui est ponctionnée au bistouri ; cet orifice de ponction est fermé au catgut. Suture totale au catgut, sans drainage. Pansement sec. Température maximum 38°3. Le quinzième jour, le pansement opératoire est enlevé et n'est pas remplacé. Purgatif. Se lève le vingt et unième jour, sort le vingt-neuvième. La paroi abdominale paraît faible et, par précaution, je lui fais porter un suspensoir, à large ceinture élastique, maintenant devant la région inguinale un petit matelas qui la soutient. Pas de récidive. Il continue son métier de chauffeur.

Obs. XII. — *Hernie inguinale congénitale. Reconstitution de la vaginale.* — E. L..., vingt-deux ans. Opération le 30 juin 1889. Le sac ne renfermé pas de viscères au moment de l'opération. Ligature du sac à la soie. La partie inférieure du sac est suturée au catgut pour reconstituer la séreuse testiculaire. Suture cutanée au catgut, sans drainage. Pansement sec. Température maximum 38°5 le soir de l'opération, est restée ensuite au-dessous de 38 degrés. Le dixième jour, le pansement s'étant défait, n'est pas remplacé, la réunion étant faite ; mais la guérison était trop récente et un petit abcès sous-cutané se forma et guérit spontanément. Le malade sort guéri le vingt et unième jour. Il ne porte pas de bandage.

Obs. XIII. — *Hernie inguino-scrotale droite. Excision de 35 grammes d'épiploon.* — P. R..., dix-huit ans. Opération le 23 juillet 1889. La hernie date de la naissance et paraît congénitale, mais, en réalité, elle ne communiquait pas avec la tunique vaginale, celle-ci remontait plus haut que normalement ; elle a été ouverte pendant l'opération. Cette ouverture est suturée en surjet au catgut. Excision de 35 grammes d'épiploon après deux ligatures au catgut. Ligature du sac à la soie. Suture cutanée totale en surjet au catgut, sans drainage. Un point profond au catgut, vers

la partie inférieure de l'incision, retient le testicule en bas. Pansement sec. Température maximum 38°4 le deuxième jour, n'a plus atteint 38 degrés à partir du troisième jour. Guérison sous le pansement opératoire qui est enlevé le quatorzième jour.

Il sort le vingtième jour, mais il est malade depuis trois jours et a de la fièvre. Il a eu chez lui une fièvre typhoïde bénigne, dont il est guéri. L'état de sa hernie est resté parfait.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 novembre 1889. — Présidence de M. LE DENTU.

COMMUNICATIONS

De la laparotomie dans les plaies de l'intestin. — M. BERGER. L'observation si intéressante que M. Jalaguier a communiquée à la Société de chirurgie dans la dernière séance, l'engage à parler des insuccès de la laparotomie dans la cure des plaies de l'intestin. Sauf un fait de M. Vallin, toutes les laparotomies ont été suivies de mort.

M. Berger n'a pas été plus heureux que la plupart de ses collègues.

Il a eu à donner des soins à un homme âgé de cinquante ans et qui avait reçu, à droite de l'ombilic, un coup de revolver. Le malade était déjà dans un certain degré de collapsus et présentait du refroidissement. M. Berger pratiqua la laparotomie malgré les conditions déplorables dans lesquelles se trouvait cet homme, blessé une heure et demie auparavant.

A l'ouverture du ventre, il constate une perforation de l'épiploon et un épanchement de sang assez abondant. La coloration de l'épanchement est grisâtre, lie de vin. On est obligé de dévider tout l'intestin qui présentait quatre perforations. L'intestin est très soigneusement suturé. Mais la balle ne peut être retrouvée. Dans le cours de l'opération, qui dure seulement trois quarts d'heure, on pose quelques ligatures sur les vaisseaux mésentériques qui donnaient du sang. La mort survint quelques heures après l'intervention. Cette terminaison funeste était prévue.

M. Berger a voulu donner une dernière chance de guérison à un homme dont la situation était désespérée.

C'est ainsi que les choses se passent dans la pratique. Les laparotomies se font dans de déplorables conditions.

Tous les chirurgiens français, sauf un seul, dans un cas resté unique, n'ont récolté que des insuccès.

M. Jalaguier n'a pas eu affaire à une plaie pénétrante de l'intestin mais à une perforation de l'estomac. Il ne faut pas comparer, au point de vue de la gravité, les plaies multiples de l'intestin qui obligent à faire de longues manipulations et de nombreuses sutures et une blessure de l'estomac avec ouverture d'un gros vaisseau.

Ce cas heureux, rapporté par M. Jalaguier, justifie les opérations abdominales, pratiquées dans le but de suturer les solutions de continuité qui siègent sur le tube gastro-intestinal. La laparotomie permet de trouver la cause des accidents et, par suite, d'y remédier, dans des circonstances spéciales. Mais l'observation de M. Jalaguier ne doit pas faire oublier les désastres qui sont la règle, à la suite des interventions dans les cas de plaies pénétrantes multiples de l'intestin.

M. LE FORT. Dans la grande majorité des cas publiés, les plaies de l'estomac ont guéri sans intervention chirurgicale. M. Le Fort a eu l'occasion d'observer un jeune boucher qui avait reçu un coup de couteau dans l'estomac. La guérison est survenue sans qu'il fût nécessaire de faire la laparotomie.

M. MARC SÉE. M. Berger est intervenu dans un cas absolument désespéré. Le blessé était déjà dans le collapsus. La laparotomie ne pouvait pas réchauffer ce malade. On aurait dû le sortir de cet état de dépression, avant de pratiquer une opération sur l'abdomen. Agir ainsi, c'était courir au-devant d'un insuccès et risquer de mettre la théorie en échec.

M. BERGER. Il est évident que, s'il avait attendu, le blessé ne s'en serait pas plus mal trouvé, puisque l'intervention n'a pas empêché la mort de survenir rapidement. Mais s'il fallait n'opérer que les cas favorables, on laisserait échapper l'occasion d'obtenir une guérison chez des hommes dont la mort est imminente.

Dans l'observation que M. Berger a lue devant la Société de chirurgie, il y avait les signes d'une plaie pénétrante de l'intestin. L'indication était de faire l'hémostase dans le plus bref délai possible, c'est ce qu'il a essayé de faire.

Quand on est en présence d'une plaie pénétrante de l'intestin, il faut se déterminer ou bien à ne pas intervenir chirurgicalement ou à prendre l'instrument tranchant. Si l'opération est décidée, il faut qu'elle soit immédiate pour avoir quelques chances de réussite.

Thérapeutique du prolapsus du rectum. — M. NÉLATON. Les auteurs modernes vantent les bons résultats obtenus par l'excision de la portion prolabée, dans les cas du prolapsus rectal. Oui, les résultats immédiats sont excellents, mais il n'en est pas de même des résultats éloignés. Les deux observations suivantes démontrent l'infidélité du nouveau procédé.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de quarante-quatre ans, dont le périnée était entièrement relâché à la suite de plusieurs accouchements. Cette malade avait un prolapsus rectal, dont la longueur peut être estimée à 11 centimètres. Plusieurs opérations avaient été vainement tentées sur le périnée et sur le rectum, pour obtenir la guérison de ce prolapsus. Mais rien n'avait réussi à le faire disparaître.

Le 8 octobre 1887, M. Nélaton se décide à intervenir.

Sur la partie antérieure de la partie prolabée, il pose deux pinces et pratique une section médiane antérieure remontant assez haut, un peu au-dessus de l'anus. Il pratique une section médiane postérieure de la même façon. Grâce aux pinces préalablement posées, les sections ne donnent presque pas de sang. M. Nélaton obtient ainsi deux lambeaux, un droit et un gauche. L'excision séparée des deux lambeaux de la partie prolabée se fait très aisément.

L'opération donna un résultat très beau. Le succès était complet. Trois mois après l'intervention, tout était pour le mieux. Mais six mois après, le prolapsus commençait à se reproduire et, au bout de quatorze mois, on pouvait constater que le rectum était prolabé dans une étendue de 6 centimètres.

Donc, le résultat heureux obtenu tout d'abord est devenu mauvais.

La deuxième observation a trait à une femme ayant eu huit accouchements, et qui présentait, avec un périnée très lâche, un prolapsus rectal de 12 centimètres. M. Perier pratiqua la même opération que celle décrite par M. Nélaton. Les suites immédiates furent excellentes. Cette opérée quitta le service le vingtième jour après l'opération, dans un état excellent. Mais, peu de temps après, à l'occasion d'un effort violent, cette femme éprouva, au niveau de son périnée, une sensation de déchirure.

On la conduit à l'hôpital dans un état très grave : collapsus, facies péritonéal, etc. M. Nélaton constate la sortie de 25 centimètres de gros intestin, facilement reconnaissable à ses franges épiploïques. Il était en présence de la partie externe du gros intestin. Mais comment le prolapsus s'était-il produit, et quels étaient sa disposition et son siège précis ?

L'anus était libre et c'était en arrière de lui que le prolapsus s'était produit. Le gros intestin avait fait irruption par la plaie périnéale faite par M. Perier. Sous l'influence de l'effort et par suite de l'excès de pression abdominale, l'intestin avait ouvert la plaie faite par le chirurgien.

La disposition de ce prolapsus était difficile à reconnaître. En introduisant le doigt dans l'anus, on pouvait franchir une étendue de 3 centimètres environ. A ce niveau, il existait une perforation du rectum. Le doigt, en se recourbant et en se dirigeant par en bas, suivait le gros intestin dans sa portion prolabée.

Que faire dans ces circonstances ? La réduction totale de l'in-

testin était difficile et dangereuse. La perforation qui existait menaçait de donner lieu à une péritonite.

M. Nélaton se décida à faire un anus artificiel, dans la région périnéale, en réséquant toute la portion d'intestin prolabée. Il suffit de dire que cette femme est guérie depuis cette dernière opération qui date de juillet 1888.

On remarquera que cette femme avait déjà subi une excision portant sur 15 centimètres de gros intestin et que, néanmoins, lors de l'accident, il existait encore un prolapsus de 25 centimètres.

On peut donc dire qu'au dessus de la portion prolabée du rectum, il reste encore une certaine étendue de gros intestin qui ne demande qu'à tomber. Il faut savoir qu'en coupant un bout, même considérable, de rectum prolabé, il en reste encore dans l'abdomen une longue portion qui ne tardera pas à sortir.

Comme conclusion pratique, il faudrait, en cas de prolapsus rectal très marqué et invétéré, exercer des tractions sur le rectum, de façon à accentuer le prolapsus et à enlever 25, 30 centimètres de gros intestin. Mais c'est là une intervention qu'il est bien difficile de conseiller.

M. VERNEUIL. La question des prolapsus rectaux invétérés est assez importante pour qu'elle soit portée devant la Société de chirurgie.

Dans le premier fascicule des *Archives de Langenbeck* de l'année dernière, on trouve un bon mémoire de Mikulicz, sur le traitement du prolapsus du rectum. Le principal reproche que l'on peut adresser à l'auteur de ce travail, c'est de n'avoir pas suivi assez longtemps ses opérés.

Quelques observations se rapportent à des invaginations du gros intestin, qui doivent être différenciées du prolapsus du rectum.

La principale cause de la chute du rectum est la perte de ses moyens de fixité. L'indication est de rétablir les moyens de fixité du rectum. Il s'agit donc de fixer le gros intestin dans l'intérieur de la cavité abdominale.

Le rectum est fixé par en haut et soutenu par en bas. Si on se contente de fermer l'anus, d'augmenter la résistance du périnée. le prolapsus se reproduira.

Dans deux cas, M. Verneuil a pratiqué une opération qui avait pour but de réduire l'intestin et de le fixer dans le bassin. Cette *rectopexie* inférieure lui a donné un succès relatif et un insuccès absolu.

Il faudra désormais tenir compte de la deuxième observation de M. Nélaton.

Il est inutile de dire que l'ablation de tout le rectum est une mesure sérieuse. La cure d'un prolapsus, qui ne menace nullement la vie, ne nécessite pas une intervention aussi dangereuse.

MM. Jeannel et Verneuil ont proposé de refouler dans l'abdomen tout le gros intestin hernié, et de pratiquer la *colopexie*.

La colopexie simple, c'est-à-dire la fixation du colon dans la fosse iliaque, sans ouverture du péritoine, peut être tentée ou bien il faut avoir recours à la *colopexotomie*, c'est-à-dire à la fixation du colon et ouverture de la cavité intestinale.

M. SEGOND était tout disposé à adopter l'opération qui consiste à enlever toute la portion prolabée du rectum.

Dans un cas, il n'a pas eu lieu de se plaindre d'avoir fait cette opération.

Un jeune homme, de vingt-cinq à vingt-huit ans, était porteur d'un prolapsus rectal très ancien, et avait été déjà traité par différents chirurgiens (cautérisations, etc.). Il existait une chute du rectum de la longueur de la main. A la partie terminale de ce prolapsus, existait un rétrécissement qui pouvait bien être la cause de la chute du rectum.

M. Segond pratique une double section sur la portion prolabée. Il obtient ainsi une valve antérieure et une valve postérieure. Il coupe les deux valves un peu plus haut que l'anus. Il fait une suture à collerette à petite distance de cet orifice. La guérison a été parfaite. Le malade n'est pas revenu. On a tout lieu de croire que la guérison s'est maintenue.

M. TRÉLAT. Dans le cas de M. Segond, le résultat que j'ai vu est très bon. S'il n'avait pas été persistant, le malade serait revenu à l'hôpital, ainsi que M. Trélat le lui avait recommandé.

Ces prolapsus, accompagnant les rétrécissements du rectum, ont été l'objet d'un mémoire de notre compatriote, M. J. Bœckel.

M. ROUTIER a eu à donner des soins à un jeune homme qui présentait une chute du rectum de 21 centimètres. Ce prolapsus datait de l'enfance. Le rectum était induré sur toute la portion prolabée. La réduction était difficile. M. Routier s'est décidé à faire à ce malade, tous les dix ou douze jours, sur une très grande longueur du rectum et parallèlement à l'anse de l'intestin, des sillons profonds au thermocautère.

Cette petite opération a été pratiquée douze fois environ en quatre ou cinq mois. Grâce à ce traitement, le prolapsus était moindre. Les douches froides, patiemment administrées sur le périnée, ont fini par amener une guérison.

M. LE DENTU s'est servi plusieurs fois du galvanocautère pour produire des sillons sur la paroi rectale. Il a obtenu une amélioration notable. Dans un cas, il a ajouté à ce traitement des injections sous-cutanées d'ergotine au niveau du rectum. Ces moyens améliorent les prolapsus moyens, mais les chutes du rectum très volumineuses résistent à cette médication.

M. Le Dentu a obtenu une amélioration chez un malade traité par des scarifications longitudinales de la muqueuse rectale. Mais cet homme a été perdu de vue. Un second malade a été guéri. M. Le Dentu avait pratiqué, dans ce cas, l'excision totale de la partie prolabée. Il ne connaît pas le résultat éloigné de cette intervention, et ne sait pas ce qu'est devenu cet opéré.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le banquet offert à M. le professeur Trélat, à l'occasion de sa promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur, aura lieu le jeudi 12 décembre, à l'hôtel Continental.

Les lettres d'adhésion devront être adressées à M. Walther, 3, rue d'Aumale.

— Par décision ministérielle, en date du 27 novembre 1889, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin principal de première classe Cros, pour les fonctions de directeur du service de santé de la division d'Alger.

M. le médecin principal de première classe Nogier, pour les fonctions d'adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

M. le médecin principal de deuxième classe Duchemin, pour les fonctions de directeur du service de santé de la division d'Oran.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 novembre 1889, la chaire de chimie appliquée aux corps organiques du Muséum est déclarée vacante.

— A la suite d'un brillant concours, MM. Barbier et Frécon ont été nommés médecins des hôpitaux de Vienne.

— Un concours pour la place de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 15 mai 1890, devant la Faculté de médecine de Bordeaux. Les candidats se font inscrire au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 avril inclusivement.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Hutinel, agrégé, est chargé d'un cours de clinique des maladies des enfants, pendant le congé accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. le professeur Grancher.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Villar, agrégé, est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Planteau, appelé à d'autres fonctions.

M. Chevastelon, licencié ès sciences physiques et naturelles,

est nommé chef des travaux chimiques, en remplacement de M. Momont, démissionnaire.

M. le docteur Lande est nommé chef du laboratoire de médecine légale (emploi nouveau).

M. Daraignez (Bernard-Joseph-Ernest) est nommé prosecteur, en remplacement de M. Hédon, appelé à d'autres fonctions.

MM. Barret de Nazaris et Régnier sont nommés aides d'anatomie, en remplacement de MM. Labougle et Daraignez, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Pollosson (Auguste) est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Imbert, dont le temps d'exercice est expiré.

M. le docteur Condamin, prosecteur, est institué chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Blanc (Émile), dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le professeur Lenoël est maintenu dans les fonctions de directeur de ladite école.

M. le docteur Decamps (Marie-Amédée-Joseph-Félix-Hector) est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Morin, licencié ès sciences physiques, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

— *École préparatoire de médecine de Grenoble.* — M. le docteur Deschamps (Albert-Antoine-Marie) est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Gascard, suppléant, est chargé du cours de chimie.

M. Renard est chargé d'un cours complémentaire de chimie.

— M. le professeur Peter a commencé, comme nous l'avons dit, son cours de clinique médicale. Il le continue les vendredis et mercredis, à dix heures. — La visite des malades aura lieu à neuf heures du matin. — Leçons de séméiologie par M. Marfan, chef de clinique, les mardis à dix heures. — Démonstrations d'anatomie pathologique, par M. Richardière, chef de laboratoire, les samedis à dix heures.

— *Collège de France.* — M. le professeur Mascart commencera le cours de physique générale et expérimentale, le mardi 3 décembre 1889, à dix heures et demie, dans la salle n° 9, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. — Objet du cours : Optique.

M. le professeur Bertrand commencera le cours de physique générale et mathématique, le mardi 3 décembre 1889, à neuf heures, dans la salle n° 4, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Il traitera de la thermo-dynamie.

M. le professeur P. Schützenberger commencera le cours de chimie minérale, le mercredi 4 décembre 1889, à une heure et demie, dans la salle n° 1, et le continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera de diverses questions de chimie générale et d'analyse chimique.

M. le docteur d'Arsonval, suppléant M. le professeur Brown-Séquard, commencera le cours de médecine, le mercredi 4 décembre 1889, à quatre heures et demie, dans la salle n° 6, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera des applications physiologiques et médicales de l'électricité.

M. François-Franck, remplaçant M. le professeur Marey, commencera le cours d'histoire naturelle des corps organisés, le mercredi 4 décembre 1889, à trois heures et demie, dans la salle n° 7, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera de la pression du sang dans les vaisseaux et de ses variations normales et pathologiques.

M. Henneguy, remplaçant M. le professeur Balbiani, commencera le cours d'embryogénie comparée, le mercredi 4 décembre 1889, à une heure et demie, dans la salle n° 5, et le continuera les samedis et mercredis suivants à la même heure. — Il étudiera les différents types de développement des animaux.

M. le professeur Ranvier commencera le cours d'anatomie générale, le mercredi 4 décembre 1889, à cinq heures, dans la salle n° 2, et le continuera les vendredis et mercredis suivants à la même heure. — Il traitera des membranes séreuses, du tissu conjonctif diffus et de l'origine des sympathiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

75

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

S^t dép. dét. à Paris, Ph^ie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

40

POUDRES ET PASTILLES DE PATERSON

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES.

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

DETHAN, ph^en à Paris, et toutes les ph^ies de France et de l'étranger.

62

PANSEMENT ANTISEPTIQUE MÉTHODE LISTER

M. DESNOIX, pharmacien, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, prépare toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode de Lister.

1° La gaze antiseptique **0** fr. **50** le mètre; 2° le catgut n^os **1, 2, 3, 4, 1** fr. **25** le flacon; 3° le taffetas dit *protective*, **1** fr. **25** le mètre; 4° le macintosh, **5** fr.

Tous ces produits, préparés d'après les formules et les indications du docteur LISTER, offrent toutes les garanties aux chirurgiens.

Sparadrap chirurgical des hôpitaux de Paris, Toile vésicante (action prompte et sûre), Sparadrap révulsif au thapsia, Bandes dextrinées pour bandages inamovibles, Coton hydrophile, Coton hydrophile phéniqué, Coton à l'acide salicylique, Lint à l'acide borique, etc., etc.

42

LES BONBONS DE FER DIASTASÉ

du **Dr V. BAUD**

CONTIENNENT 1 CENTIGR. 1/2 DE CITRATE DE FER

Le nouveau mode de préparation que nous appliquons au **Fer,** accroît beaucoup son efficacité curative et fait disparaître les actions locales irritantes de sa forme chimique, en lui substituant une loi de la nature, qui le rend plus apte à exercer sans troubles son action digestive et d'assimilation.

Notre méthode consiste à provoquer un mouvement de germination dans la graine de cresson; à obtenir qu'elle absorbe et assimile une solution médicamenteuse titrée. Pendant ce travail vital, elle développe une abondante diastase, principe de la salive et de la digestion.

Reste à dragéifier ces graines en évitant de compromettre les principes diastasiques, et, selon l'expression du savant **Bouchardat,** le malade peut avaler son médicament dans son laboratoire. (*Voir la brochure*).

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

Dr V. Baud

184

VINS TITRÉS D'OSSIAN HENRY

Membre de l'Académie de médecine, etc.

Vin de quinquina titré simple : Tonique, fortifiant. — **Vin de quinquina ferrugineux :** Chlorose, anémie, longues convalescences, etc.

Ph^ie, 56, rue d'Anjou, et toutes pharmacies.

96

PASTILLES DE COCAÏNE HOUDÉ

Lauréat de l'Académie de médecine de Paris

(PRIX ORFILA)

Le **chlorhydrate de cocaïne** agit à la périphérie des nerfs en abolissant momentanément la sensibilité des muqueuses.

Les **Pastilles Houdé à la cocaïne,** d'un titrage exact, sont très efficaces pour supprimer la douleur dans les affections de la **bouche,** de la **gorge** et du **larynx,** tels que **stomatites, amygdalites, angines, enrouements, aphonie, quintes de toux, coqueluche, laryngites, picotements, chatouillements** et **maux de gorge.**

2 milligrammes *de cocaïne* par pastille.

A. HOUDÉ, 42, rue faubourg Saint-Denis, Paris.

Exiger les véritables *Pastilles Houdé à la cocaïne*

77

LE SERVICE VACCINAL DE LA SEINE

envoie c^tre mandat : *Vaccin de Génisse*, le tube, **1** fr. *Pulpe vaccinale*, le tube **2** fr. — On trouve le Vaccin tous les jours au DÉPOT : *4, rue de Sèvres.*

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

43

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

DRAGÉES DE GÉLIS & CONTÉ

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

55

VIN DE SECRETAN

au quinquina, à l'extrait fluide de malt, et aux écorces d'oranges amères.

Le **Vin de Secretan** présente, réunis sous la même forme pharmaceutique, les principes adoucissants, rafraîchissants et digestifs de l'Extrait fluide de malt combinés à ceux du quinquina. C'est grâce à cette association rationnelle que le quinquina perd complètement ses propriétés irritantes pour ne garder que son action tonique et fortifiante.

Le **Vin de Secretan** est donc naturellement indiqué dans tous les cas où il importe d'éviter l'intolérance organique, l'irritation intestinale, la constipation, qui sont si souvent consécutives à l'usage un peu prolongé de tous les vins de quinquina généralement usités.

Dépôt central : SECRETAN, 52, r. Decamps, Paris.

Même dépôt : **Globules tænifuges de Secretan** *à l'extrait vert éthéré de fougère mâle.*

22

CACHETS DIGESTIFS H. MOURRUT

PEPSINE ET DIASTASE

Les cachets Mourrut sont la préparation la plus convenable pour administration de la Pepsine et de la Diastase. Ces deux ferments digestifs sont insolubles dans l'alcool, qui les précipite de leur dissolution dans l'eau; on ne doit donc pas les administrer dans un liquide alcoolique (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138).

Ph^ie CHAMPIGNY, 57, r. Clichy; 10, r. Port-Mahon.

30

VICHY, EAU MINÉRALE NATURELLE

SOURCES : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES.

Paris, 35 fr.; Vichy, 30 fr. (Emballage franco.)

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 8, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

42

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — **Prix : 6 fr.**

Ph^ie LIMOUSIN ❋, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

22

PEPTONE PHOSPHATÉE BAYARD

VIN DE BAYARD

Phthisie, Cachexie, Rachitisme, Consomption.

Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge. (Éch. f^o.)

33

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**^g.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

4

PEPSINE BOUDAULT

Seule admise dans les hôpitaux de Paris.

Médailles aux Expositions internationales de 1867, 1868, 1872, 1873 et Philadelphie, 1876, première médaille pour *excellence* et *supériorité.*

Dyspepsies, gastrites et gastralgies et autres troubles de la digestion.

Sous forme de :

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 30 grammes. — Dose de 0^g,50 à 1 gramme à chaque repas.

Pepsine Boudault en poudre, par flacon de 10 prises de 1 gramme.

Elixir et **Vin de Pepsine Boudault.** — Dose : une cuillerée à bouche.

Pastilles, Dragées, Pilules de Pepsine Boudault. — Dose de 3 à 4.

Exiger le cachet Boudault.

Pharmacie COLLAS, 8, rue Dauphine, Paris.

67

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

N° 139. — JEUDI 5 DÉCEMBRE 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 5 DÉCEMBRE 1889. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE . 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Adressons d'abord toutes nos félicitations à M. Le Dentu, élu, par 63 voix sur 71 votants, membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

Quelques observations de MM. Vidal, Hervieux et Besnier, sur l'épidémie ulcéreuse de la Mothe-aux-Bois, montrent l'incertitude qui règne encore sur la nature de cette épidémie. Il ne sera pas sans intérêt, pour nos lecteurs, de leur signaler, à ce sujet, un intéressant travail de M. le docteur Commenge sur les anomalies vaccinales. Ils y verront que des manifestations, suspectées de syphilis, étaient des accidents de nature inflammatoire, conséquence de l'inoculation d'un vaccin altéré par le pus, et qu'il est facile de confondre des manifestations de vaccine anomale avec des accidents syphilitiques.

Après un rapport de M. Charpentier sur une rétention fœtale chez une femme à terme, la discussion sur la prophylaxie de la tuberculose a été continuée par MM. Le Roy de Méricourt, Trasbot, Cornil, Nocard et Ollivier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TRÉLAT.

Des salpingites et de leurs traitements.

Les hasards de la clinique m'ont permis d'observer, dans ces derniers temps, cinq malades, jeunes, atteintes d'affections diverses, et relativement récentes, du côté des trompes, des ovaires et du péritoine.

La première malade est une femme de vingt-cinq ans, bien constituée et n'ayant aucun antécédent morbide. Sa santé a été toujours excellente jusqu'au moment de son accouchement, qui a eu lieu il y a trente-deux mois. Les suites de couches ne furent pas pénibles, et cette femme se plaça comme nourrice.

Mais les règles qui avaient été toujours régulières, non douloureuses et de courte durée, devinrent prolongées et déterminèrent des souffrances marquées. Des pertes blanches abondantes apparurent à la même époque.

J'ai examiné cette malade au mois d'octobre, et j'ai constaté chez elle de l'endométrite. Le col est modérément volumineux, ulcéré sur quelques points et laisse s'écouler des glaires. En arrière du col, dans le cul-de-sac postérieur, et un peu à droite, j'ai trouvé une masse pâteuse et douloureuse à la pression. Le diagnostic posé fut le suivant : endométrite et pelvi-péritonite postérieure.

La malade resta au lit et fut soumise à des injections chaudes. Le repos au lit amena une amélioration qui fut sensible au bout de quinze jours à trois semaines. La tumeur postérieure cessa d'être douloureuse à la pression et diminua de volume. Enfin cette tuméfaction a fini par disparaître.

Il y a peu de temps, j'ai examiné de nouveau cette femme et, par le toucher, j'ai constaté une tuméfaction dirigée transversalement. C'était la trompe gauche augmentée de volume. Il y a cinq jours, la pelvi-péritonite postérieure n'existait pour ainsi dire plus, mais la trompe gauche était douloureuse et de nouveau tuméfiée, plus grosse même qu'auparavant.

Je puis donc dire que cette jeune femme a été atteinte d'endométrite puerpérale, qui a évolué insidieusement. Puis, il y a eu pelvi-péritonite postérieure et salpingite du côté gauche.

Ma deuxième malade a vingt et un ans. Elle a été réglée à dix-sept ans, mais sa menstruation a présenté, dès le début, des irrégularités. Les règles étaient douloureuses, parfois en retard, parfois en avance.

Il y a un an, elle accoucha à terme et faillit être enlevée par des attaques d'éclampsie. L'enfant mourut, peu après, de méningite. Mais si l'éclampsie de la mère fut bien soignée, on négligea peut-être trop les troubles qui existaient du côté de l'utérus. Pendant trois mois, cette femme eut des pertes de sang et présenta des douleurs dans le bas ventre, qui ne pouvaient être calmées que par le repos au lit.

Au toucher, le col est petit, entr'ouvert ; antéflexion de l'utérus. Dans le cul-de-sac droit, on trouve une masse molle ou plutôt rénitente, transversalement dirigée et très douloureuse. Le cul-de-sac gauche est souple, mais, dans un point fixe, il présente un point douloureux.

Cette malade a donc une antéflexion, de l'endométrite, un foyer de salpingite à droite, et probablement un autre à gauche.

La métrite existait avant l'accouchement, mais celui-ci a exagéré l'inflammation utérine qui a marché insidieusement, en déterminant des complications du côté des trompes.

Les trois autres malades, dont j'ai à vous parler, ont été examinées à la consultation. Leur histoire est donc forcément incomplète, mais elle est instructive.

L'une, âgée de vingt-cinq ans, souffre depuis six ans, à la suite d'un accouchement qui a déterminé l'éclosion d'une endométrite. Cette jeune femme accuse des douleurs constantes, avec des exacerbations très marquées.

J'ai pu constater, dans un des culs-de-sac latéraux, une tuméfaction très nette, un peu diffuse, et, dans l'autre, un cordon induré. Cette malade a donc des lésions du côté des ovaires et des trompes.

La seconde malade de la consultation a eu, à la suite d'une grossesse, de la métrite, et présente au toucher une tumeur qui occupe le cul-de-sac latéral droit.

La troisième femme a une pelvi-péritonite caractérisée. Il existait auparavant une ovaro-salpingite qui a produit la pelvi-péritonite. On trouve des adhérences, des poches, des tuméfactions, autour de l'utérus.

Nous avons donc eu cinq malades atteints d'endométrite, avec complications.

Quelle que soit l'origine d'une endométrite (puerpéralité, fausses couches, blennorrhagie), il faudra donc s'occuper, avec le plus grand soin, de cette affection. Les conséquences les plus graves peuvent se produire quand la muqueuse utérine est atteinte d'inflammation. Ces conséquences ne sont pas fatales, inéluctables, mais elles sont fréquentes.

Dès que la trompe est envahie, l'endométrite se perpétue, malgré tous les soins que l'on prend pour traiter la muqueuse de l'utérus. Le muco-pus de la trompe tombe, en effet, dans la cavité utérine et entretient les accidents du côté de cet organe. Il faudrait donc pouvoir agir sur les trompes, mais nous sommes à peu près désarmés, ou bien il faut avoir recours à une intervention vraiment excessive. Il faudra néanmoins s'occuper, dès le début, de la salpingite, car si vous n'arrêtez pas son évolution, elle déterminera, par propagation inflammatoire, une pelvi-péritonite postérieure.

Lorsque celle-ci sera bien et dûment établie, si on se décide à l'intervention chirurgicale, l'opérateur aura la plus grande peine à enlever les annexes. Les adhérences, les poches multiples rendent difficile l'ablation des annexes et compromettent trop souvent la vie des malades.

Contre ces complications de l'endométrite (ovarite, salpingite, pelvi-péritonite), que peut-on faire ?

Le repos, les révulsifs ne peuvent qu'atténuer les symptômes, mais les lésions persistent et, à la moindre occasion, elles donnent lieu à des explosions.

Doit-on donc enlever les annexes ? Grave question.

Beaucoup de femmes ont des complications du côté des trompes et des ovaires, faut-il leur proposer l'extirpation des trompes et des ovaires ? On a dit que cette ablation était une atteinte définitive et irrémédiable portée à la maternité de la femme. C'est vrai. Mais, quand une malade jeune a passé un an, deux ans et davantage, dans des souffrances intolérables, quand elle ne voit pas la fin de cet état lamentable, n'a-t-on pas le droit de lui faire courir les risques d'une grave opération ?

Les indications et les contre-indications n'ont pas encore été nettement posées, mais de bons esprits ont pu dire, avec raison, que le chirurgien devait s'inspirer plus de l'état des malades que de la constatation de lésions plus ou moins avancées.

On a dit que, dans l'avenir, on pourrait ouvrir l'abdomen, enlever les kystes, faire des ponctions dans des foyers, enfin nettoyer complètement les organes du petit bassin, sans les enlever. Ces espérances ne sont peut-être pas absolument chimériques, la chirurgie moderne a causé bien d'autres surprises, mais je puis dire, qu'à l'heure actuelle, une seule opération est possible, c'est l'ablation des trompes et des ovaires.

Mieux vaut la suppression de ces organes, avec tous ses dangers, que la pérennité de souffrances qui rendent la vie intolérable.

Il faut ajouter qu'en laissant les femmes avec des trompes et des ovaires enflammés, suppurés, on expose ces malheureuses à une mort rapide, par péritonite suraiguë, comme cela a lieu, par exemple, quand une poche purulente se rompt.

La conclusion pratique, que je vous prie de retenir, est la suivante : on ne doit jamais négliger une endométrite. Il faudra soigner l'affection dès son apparition, et rechercher, avec soin, dans quel état se trouve l'utérus après l'accouchement. Vous avez vu que l'endométrite peut s'établir et évoluer sourdement, jusqu'au jour où apparaissent les complications du côté des annexes. C'est vous dire que la possibilité d'une endométrite doit être présente à votre esprit, dès que vous serez appelé auprès d'une femme récemment accouchée.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. Tison.

Hémiplégie gauche avec aphasie, insuffisance de la valvule mitrale avec rétrécissement de l'orifice; sarcome lipomateux de l'ovaire droit.

J'ai présenté dernièrement, à la Société anatomique, les pièces anatomiques d'une malade dont l'histoire pathologique est doublement intéressante, si on compare les symptômes observés pendant la vie aux altérations trouvées après la mort. Voici les faits ;

B... (Rose-Suzanne), âgée de soixante-sept ans, ménagère, est amenée, le 4 mai 1889, à l'hôpital Saint-Joseph, salle Sainte-Mathilde, lit nº 4. Il est impossible d'avoir le moindre renseignement sur ses antécédents, car elle ne parle pas. C'est longtemps après qu'il a été possible de savoir qu'elle avait fait un séjour d'environ un mois, à l'hôpital Lariboisière, pour une tumeur abdominale qu'on avait ponctionnée sans résultat. Elle avait quitté l'hôpital pour éviter l'opération qu'on lui proposait.

Trois semaines après, elle fut jetée à la renverse par l'individu avec lequel elle vivait depuis longtemps, et, quand on la releva, on s'aperçut qu'elle avait perdu l'usage de la parole et qu'elle était paralysée de tout le côté gauche. Il a été possible d'établir nettement que cette malade était à la fois droitière et gauchère, c'est-à-dire qu'elle se servait indifféremment et facilement des deux mains. Ce fait a une très grande importance en présence d'une hémiplégie gauche compliquée d'aphasie.

A l'examen, on constate donc une hémiplégie complète de tout le côté gauche y compris la face. Cette paralysie est flasque et sans contracture. Il n'y a pas de trouble de la sensibilité. Les doigts de la main gauche sont fléchis et les parties paralysées présentent un peu d'œdème, et la peau qui les recouvre a une teinte rouge et violacée qui indique une vitalité affaiblie. Ses réflexes rotuliens sont abolis et il n'y a pas d'épilepsie spinale. Il

y a une eschare au sacrum. La malade est complètement aphasique; elle ne répond à toutes les questions que par le monosyllabe « gar, gar ». Elle a toutefois l'intelligence conservée, car elle comprend assez ce qu'on lui dit pour y répondre, suivant le cas, par un signe de tête affirmatif ou négatif. Elle ne sait ni lire ni écrire. Il s'agit donc, dans ce cas, d'aphasie motrice ou de transmission, puisque la malade comprend bien la question posée, mais qu'elle ne peut y répondre ni la répéter.

L'appétit est conservé, mais il faut faire manger la malade à cause de l'impossibilité où elle se trouve de pouvoir s'aider.

Les artères radiales sont dures et athéromateuses, il y a du râle trachéal qui empêche de bien entendre la respiration, à cause de sa propagation dans toute la poitrine. Toutefois on perçoit très nettement un souffle rapeux au premier temps et à la pointe du cœur.

Aussitôt qu'on approche du lit, la malade lève le bras droit, le rejette au dehors, puis soulève sa chemise en montrant son ventre, comme pour faire voir sa tumeur. A l'examen de l'abdomen, on constate, en effet, une tumeur assez grosse dépassant l'ombilic et présentant tous les caractères d'un kyste de l'ovaire. Cette tumeur occupe la plus grande partie de l'abdomen et elle est plus développée à droite qu'à gauche. Vu l'état général de la malade, à la fois hémiplégique et cardiaque, on rejette toute idée d'opération et on ne pousse pas plus loin l'examen de cette tumeur qu'on regarde comme un kyste de l'ovaire droit. On ignorait alors que la tumeur avait été ponctionnée sans succès à l'hôpital Lariboisière.

Le séjour de l'hôpital devient favorable à la malade qui se met à manger avec plus d'appétit. On veille surtout à ce qu'elle aille régulièrement à la garde-robe. L'eschare sacrée diminue et finit par guérir, si bien que, vers le 12 juin, on observe une amélioration notable. La malade se rend mieux compte de ce qui se passe autour d'elle, elle n'a plus l'incontinence d'urine et des matières fécales qu'elle avait au moment de son admission. Mais la paralysie et l'aphasie restent dans le même état. De ce côté l'amélioration reste nulle. Cependant une fois elle a pu me dire, au moment de la visite : « Bonjour monsieur »; la sœur est parvenue à lui faire réciter quelques phrases du *Pater*.

Cette amélioration peu importante se maintint pendant les mois de juin, juillet, août et septembre, sauf que, par moments, la malade faisait entendre des plaintes et des gémissements comme si elle souffrait beaucoup. Elle se sert facilement de la main droite pour s'asseoir, tenir sa cuiller ou sa fourchette et manger.

Le 7 octobre, à la visite du matin, on constate que la malade est anhélante ; elle se plaint davantage, ses crachats sont visqueux, épais, purulents. L'examen de la poitrine révèle une perte d'élasticité aux deux sommets en avant. En arrière, il y a matité absolue dans les deux tiers inférieurs du poumon droit et dans le tiers inférieur du poumon gauche. En ces deux points, le murmure vésiculaire est absent, tandis qu'au-dessus on entend du souffle entremêlé de râles sonores et humides. On prescrit une potion stibiée et des ventouses sèches, que l'état de maigreur empêche d'appliquer.

Le 10 octobre, la respiration s'entend mieux, quoique la dyspnée n'ait pas diminué. Le pouls est irrégulier, rapide et les crachats forment une vraie purée. Les jours suivants, la respiration est moins pénible, mais on constate du muguet sur toute la muqueuse buccale. Il semble même que la dyspnée diminue au fur à mesure que la malade s'affaisse insensiblement. Depuis plusieurs jours déjà, on avait constaté un œdème qui, peu à peu, avait envahi les pieds, les jambes, les cuisses et même la paroi abdominale. La mort arrive le 24 octobre à neuf heures du matin ; la tumeur abdominale avait à peine augmenté d'un tiers pendant les cent soixante-treize jours passés à l'hôpital.

L'autopsie a été pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Le cadavre est infiltré et, en dehors de l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale, on trouve de la sérosité épanchée dans le péritoine, les plèvres, l'abdomen et les méninges.

Les poumons sont plus ou moins ratatinés par l'hydropisie pleurale qui se trouve dans la cage thoracique. Le poumon droit présente quelques adhérences, mais les organes ne contiennent ni tubercules, ni lésions cancéreuses.

Le cœur a les parois du ventricule gauche hypertrophiées. Vide de tous les caillots qu'il contient, il pèse 380 grammes. L'aorte est athéromateuse, enfin, la valvule mitrale est à la fois rétrécie et épaissie. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche laisse à peine pénétrer l'extrémité du petit doigt introduit du côté de l'oreillette.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule 3 à 4 litres de liquide ascitique et citrin. Il faut refouler vers le haut les intestins qui recouvrent et cachent la tumeur, pour bien la voir en place. Cette tumeur occupe une grande partie de l'abdomen, de l'ovaire droit à la vésicule biliaire, avec extension moins prononcée à gauche qu'à droite. Elle est comme divisée en deux lobes inégaux par la dernière portion de l'intestin grêle qui passe au-devant d'elle, en lui adhérant fortement, au fond d'un sillon, avant de se jeter dans le cæcum. Ces adhérences sont tellement fortes, qu'il est impossible d'en avoir raison avec les doigts et qu'il est nécessaire de les trancher avec le couteau. Ce sillon forme la séparation entre les deux lobes, dont le supérieur est plus petit.

Le cæcum, avec l'appendice vermiforme, ainsi que le colon ascendant adhèrent de la même façon à la tumeur. Outre sa continuité avec l'ovaire droit, celle-ci adhère encore, au voisinage de la vésicule biliaire, par des attaches munies de vaisseaux assez gros. La partie postérieure adhère également à l'enveloppe du muscle psoas-iliaque. Sa forme est irrégulière et bosselée. Au palper, on la trouve composée de parties diverses, dont la consistance est inégale.

Elle a l'apparence d'un kyste multiloculaire ou multilobé. Certaines de ces bosselures sont tellement molles, qu'elles paraissent fluctuantes, et on est étonné, en les coupant, de voir qu'elles sont composées d'un tissu grisâtre, mou, colloïde ou gélatineux. Les parties plus consistantes présentent à la coupe un peu de suc quand on racle la surface avec un scalpel. En somme, malgré sa mollesse en de nombreux points, et malgré son apparence fluctuante, cette tumeur est entièrement solide. Son aspect général est celui d'un sarcome dégénéré et devenu lipomateux. Un gros lobe situé à la partie supérieure de la tumeur est formé d'un tissu ayant un aspect analogue à celui du pancréas. D'après M. Chaput, qui a bien voulu en faire l'examen histologique, cette tumeur se composait d'un tissu très riche en cellules graisseuses, séparées par des cellules conjonctives jeunes, comme dans le lipome enflammé. Dans certains points, on rencontrait des travées très riches en tissu conjonctif fasciculé, en fibres élastiques, avec de nombreuses cellules embryonnaires, se colorant mal, et absence presque complète de cellules adipeuses. Histologiquement, il s'agit de lipome enflammé, mais, d'après la clinique, on doit admettre qu'il s'agit d'un sarcome en dégénérescence lipomateuse.

En dehors de la continuité de l'ovaire droit avec la tumeur, l'utérus ne présente rien d'anomal.

L'estomac n'a pas été examiné.

Le foie est petit, un peu ratatiné, il pèse seulement 1 100 grammes. A la coupe, il présente l'aspect du foie muscade, on n'y voit rien qui rappelle la cirrhose, soit à l'œil nu, soit à la loupe.

La rate est très petite, elle ne pèse que 45 grammes.

Les reins sont également petits et légèrement ratatinés. En plusieurs endroits, la capule adhère à la surface du parenchyme. Ils ont le même poids, qui est de 105 grammes pour chacun d'eux.

Il était plus particulièrement intéressant de voir quelles étaient les lésions du cerveau chez cette femme atteinte d'aphasie complète avec hémiplégie gauche. Dans ce but, le cerveau avait été apporté entier à la Société anatomique, pour l'examen en être fait en présence de tous les membres. Disons seulement qu'à l'ouverture du crâne, on voit les méninges fortement œdématiées. Il s'écoule une certaine quantité de sérosité. A l'examen, devant la Société, on constate que l'artère sylvienne droite est athéromateuse, ainsi que ses branches. Les deux circonvolutions

cérébrales, qui bordent le sillon de Rolando de ce même côté droit, présentent un ramollissement très manifesté, sur une longueur de 4 à 5 centimètres. Ce ramollissement siège surtout à la surface où il est très visible, sans qu'on soit obligé d'entamer les circonvolutions. Du côté gauche, on ne trouve aucune altération. La troisième circonvolution frontale, dite circonvolution de Broca, est intacte. On n'y peut constater la moindre altération.

Ce fait est intéressant, car à cause de l'habileté et de la facilité du sujet à se servir également de la main droite et de la main gauche, on ne peut pas dire qu'il constate une exception vraie à la loi posée par Broca, loi d'après laquelle l'aphasie reconnaîtrait pour cause une lésion du pied de la troisième circonvolution frontale gauche. Pour ce motif, il méritait d'être signalé car il pourrait, au besoin, rendre compte des rares exceptions qu'on a trouvées à cette loi, c'est, en quelque sorte, un cas intermédiaire, un passage.

Une autre remarque s'impose également au sujet de la nature de la tumeur abdominale, tumeur sarcomateuse devenue lipomateuse, et qui, par son siège unilatéral, son volume, sa consistance et sa connexion avec l'ovaire, ressemblait tellement à un kyste de l'ovaire, qu'elle a donné lieu à une erreur de diagnostic qui eût pu être fort grave pour un chirurgien qui, dans des circonstances tout autres, eût pu être tenté d'en pratiquer l'extirpation.

Les adhérences que nous avons signalées auraient rendu l'opération impossible. Heureusement, ces sortes de tumeurs sont assez rares.

Quant à la pathogénie de la maladie, on n'a pu savoir la cause de l'affection cardiaque, car les conditions particulières dans lesquelles vivait le malade, n'ont pas permis d'avoir de renseignements à cet égard. La violence exercée et la chute qui s'en est suivie, ont produit, chez cette malade artério-sclérosée, l'embolie cérébrale qui a amené le ramollissement dans les dépendances de l'artère sylvienne droite, ce qui a déterminé tout à la fois l'hémiplégie gauche à l'aphasie.

THÉRAPEUTIQUE

Comment il faut administrer le bromure de potassium.

Par M. le docteur W. Petit.

Il n'est pas sans utilité de rappeler, aux jeunes praticiens, comment nos maîtres administraient le bromure de potassium. A ce mode d'administration ont, en effet, répondu les succès qu'ils ont obtenus dans le traitement des névroses et, particulièrement, de l'épilepsie. Nous avons vu à l'œuvre M. Voisin et Legrand du Saulle. Ces maîtres ont introduit le bromure de potassium dans la thérapeutique française. Ils l'ont étudié avec soin ; ils en ont montré les avantages ; ils n'en ont pas dissimulé les inconvénients ; mais, de leur enseignement, résultait qu'on pouvait éviter ces inconvénients. Il nous a été si souvent donné de voir des malades que des confrères, très instruits cependant, avaient conduits au bromisme, qu'il nous semble bon de rappeler les règles qui doivent présider à l'administration du bromure.

Et, avant toutes choses, n'oublions pas qu'il ne faut jamais arriver, par une progression trop rapide, à fatiguer le malade et à déterminer chez lui des troubles gastriques, de l'hébétude et de l'adynamie.

Il faut débuter par *un* gramme *cinquante* centigrammes ou par *deux* grammes. On ne doit jamais, d'emblée, dépasser cette dose. Tous les quinze jours ou tous les mois, suivant la susceptibilité du malade, on augmente de *cinquante* centigrammes ou de *un* gramme. On peut arriver ainsi, chez les hommes, à une moyenne de *six* à *neuf* grammes. Mais il faut bien savoir que cette dose ne doit être atteinte qu'en trois ou six mois, c'est la dose *maximum* habituelle. Legrand du Saulle a cité un de ses malades qui avait pris jusqu'à *quatorze* grammes *cinquante* centigrammes de bromure, mais au bout de vingt-six mois de traitement. Ce malade tombait jadis plusieurs fois par jour, et, sous cette énorme quantité de bromure, il ne tombait plus. C'est là un cas intéressant, cependant il ne doit pas servir d'exemple.

La dose de *quatre* ou *cinq* grammes n'est pour les hommes que la dose d'entraînement ; elle ne suffit pas à enrayer les accidents ; mais une dose de *trois* à *quatre* grammes et *demi* est celle qui convient aux femmes et aux jeunes filles.

Est-il besoin d'ajouter que le médecin seul peut, sans danger, manier le bromure de potassium. A lui de surveiller les effets produits, d'augmenter ou de diminuer les doses suivant chaque individu. Mais, lui seul peut utilement faire comprendre au malade que ce traitement est un traitement qui exige de la persévérance. Avec son langage imagé, Legrand du Saulle appelait le bromure de potassium le « pain quotidien de l'épileptique ». Il est, en effet, de la plus haute importance d'être bien pénétré de cette idée, que le traitement de l'épilepsie est un traitement long, très long ; on ne gagne rien à vouloir aller vite ; il faut aller lentement, pour aller sûrement.

Les accidents signalés sont dus soit à cette précipitation dans l'administration du médicament, soit à l'impureté du produit. C'est pour cela que les praticiens éclairés ont toujours recours à un produit dont on connaît la parfaite préparation. Il n'en est pas, selon nous, de préférable au sirop de Henry Mure. Le parfait dosage du bromure, 2 grammes par cuillerée, sa pureté absolue et son association avec le sirop d'écorces d'oranges amères en font un excellent médicament. Depuis vingt-cinq ans, au moins, sa supériorité est établie et nous ne le nommons que parce que c'est lui que nous employons avec le plus grand succès.

En respectant la dose *maximum* que nous rappelons, on n'a pas à craindre d'altérer la santé du malade ; loin de déterminer l'amaigrissement, le bromure favorise l'embonpoint. Mais il ne faut pas être surpris que, même avec le sel le plus pur, dès que l'on s'approche de la dose de *quatre* grammes par jour, la sensibilité réflexe de l'arrière-gorge, de la base de la langue et de l'épiglotte est considérablement diminuée ou abolie, et que le sens génital s'amortit sensiblement.

En résumé, sage lenteur ; administration persévérante qui se chiffre par des années et non par des mois ; doses modérées et méthodiquement graduées, pureté absolue du bromure et préparation parfaite du médicament : telles sont les conditions du succès. Tout traitement de l'épilepsie repose aujourd'hui sur l'emploi du bromure seul ou mélangé à d'autres ; c'est affaire de préparation pharmaceutique.

Nous avons voulu nous rendre compte de ces mélanges divers, nous n'avons rien obtenu de plus avantageux, et c'est pour cela que nous nous en tenons à la préparation à laquelle nous devons tant de succès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 décembre 1889. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des travaux de MM. Paul Aubry, Bodart, Delamare, Gresset, Luton et Moura.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

Le nombre des votants étant 71, majorité 36 ;

Au premier tour de scrutin, M. Le Dentu obtient 63 suffrages ;

M. Chauvel, 4 ; M. Terrier, 2 ; M. Perier, 1 ; M. Lucas-Championnière, 1. — En conséquence, M. Le Dentu est proclamé élu.

COMMUNICATION

Vaccine ulcéreuse. — **M. VIDAL** rapprochant l'épidémie de la Mothe-aux-Bois des anomalies vaccinales, observées par M. Commenge, fait remarquer que la lymphe vaccinale a été recueillie tardivement. A cette époque tardive, la lymphe vaccinale n'était-elle pas déjà purulente ou au moins trouble ? Elle contiendrait alors, suivant M. Pourquier, des microbes spéciaux qui, cultivés, donnent des microcoques, dont l'inoculation produira sur la génisse des accidents analogues à ceux observés dans l'épidémie de la Mothe-aux-Bois.

Des faits semblables ont été observés en Allemagne, à la suite de l'emploi du vaccin de génisse altéré. Le simple contact des enfants anomalement vaccinés a donné lieu à des pustules d'ecthyma.

Enfin, suivant l'observation de M. Pourquier, il y a lieu de revacciner les sujets ainsi atteints.

M. HERVIEUX fait remarquer que le vaccin de M. Pourquier était animal, celui de la Mothe-aux-Bois était jennérien. L'aspect des pustules n'était pas le même dans les épidémies rapportées par M. Vidal. En Allemagne, les pustules d'ecthyma débutaient autour de la piqûre vaccinale et de là s'étendaient de proche en proche. A la Mothe-aux-Bois, l'ecthyma se produisait au niveau de la pustule et simulait, à s'y méprendre, l'accident primitif de la syphilis.

En Allemagne, les accidents ont été produits par une lymphe mêlée à différentes substances destinées à la conserver.

M. BESNIER trouve toutes ces explications insuffisantes. Un enfant a servi de vaccinifère, sa lymphe vaccinale a été recueillie sur un instrument, cet instrument a produit l'épidémie ; voilà tout ce que l'on sait et rien au delà.

Si ce fait se reproduisait, l'Académie devrait envoyer une Commission sur les lieux ; emporter les instruments de laboratoire et faire les expériences suffisantes pour arriver à une solution. Cela n'a pas été fait, il est donc inutile de continuer une discussion dont la solution est impossible.

RAPPORT

Rétention fœtale. — **M. CHARPENTIER** lit un rapport sur un cas de rétention fœtale, chez une femme arrivée à terme, observé par M. Hergott (de Nancy).

Une femme de trente-trois ans, enceinte pour la seconde fois, présentait, lors de son admission à l'hôpital, une grossesse arrivée au commencement du neuvième mois. Le fœtus avait succombé depuis quelques jours ; de plus, on constatait une tumeur fibreuse développée dans la partie inférieure gauche de l'utérus. Le travail ne se déclarant pas et des accidents graves d'infection étant survenus, M. Hergott pratiqua la laparotomie.

L'incision de la paroi abdominale met à découvert une tumeur lisse, rougeâtre, à parois minces, qui paraissait être l'utérus. M. Hergott sutura cette tumeur à la paroi abdominale avant de l'inciser. La poche fœtale ouverte, un fœtus macéré fut extrait par les pieds. Le cordon fut sectionné et la poche fœtale lavée avec une solution saturée de naphtol β jusqu'à ce que le liquide revînt clair.

L'examen de la structure des parois de la cavité ouverte montra que l'on avait affaire à l'utérus et non à un kyste fœtal. La rétention du fœtus mort était due à l'obstacle représenté par la tumeur fibreuse.

Le placenta était adhérent à la poche fœtale, M. Hergott le laissa en place, attendant qu'il se décollât spontanément. Après avoir lavé le péritoine avec de l'eau distillée et réuni, avec six fils d'argent, 10 centimètres cubes de la partie supérieure de l'incision abdominale, le reste de la plaie fut suturé aux parois utérines à l'aide de quinze points de suture avec des fils d'argent, de façon à bien isoler la cavité utérine de la cavité péritonéale.

Trois drains de caoutchouc, de la grosseur du petit doigt et longs de 5 centimètres, furent placés dans la cavité et sortaient par la plaie en même temps que le cordon. Des irrigations de naphtol furent faites tous les jours ; le vagin restait sec, rien ne s'écoulait par l'orifice du col ; M. Hergott eut soin de maintenir dans l'utérus une certaine quantité de liquide.

Douze jours après l'opération, le placenta commença à se détacher et on parvint à en extraire un premier fragment. Pendant onze jours, M. Hergott continua ce qu'il appelle cette pêche placentaire. Ce n'est qu'à ce moment que l'utérus fut complètement débarrassé. On continua cependant les irrigations pendant seize jours encore.

Un mois après, la cicatrisation était complète ; la malade se leva. Parallèlement à l'utérus le fibrome avait subi une involution remarquable.

DISCUSSION SUR LA TUBERCULOSE

M. LE ROY DE MÉRICOURT. La phthisie n'est pas, dans le sens ordinaire du mot, une maladie infectieuse. Tandis que les conditions favorables à la contagion sont très nombreuses, les exemples de transmission par contagion sont très rares. Il faut, pour que cette contagion se produise, qu'elle trouve un terrain préparé par des causes de déchéance organique. C'était l'opinion que M. Leudet défendait devant l'Académie en 1885 et elle est encore vraie aujourd'hui.

Les instructions proposées effrayeront les familles : elles ne sont pas applicables. Elles seront nuisibles : quand il s'agit de la viande, dont on détruit la saveur, sous prétexte de contagiosité possible, et du lait, auquel on enlèvera souvent sa digestibilité en le faisant bouillir, et cela alors que, jusqu'ici, il n'existe aucun cas authentique où l'on ait trouvé le bacille dans le lait.

Ce ne sont pas des prescriptions banales qu'il faut dans cette importante question ; il faut des mesures générales d'ensemble. Il faut favoriser la moralisation et l'aisance des masses ; cela seul peut véritablement rendre service et combattre l'extension de la tuberculose.

M. TRASBOT pense que l'origine bovine de la tuberculose est beaucoup plus rare qu'on ne l'a dit. Jusqu'ici, il n'existe pas un seul fait avéré de transmission de la tuberculose du bœuf à l'homme. De même, la transmission par la viande, le sang, le lait, peut encore être considérée comme une hypothèse par ceux qui n'acceptent rien sans preuve. Quand la viande des animaux tuberculeux, quand leur lait entraient pour une part considérable dans l'alimentation, la tuberculose était plus rare qu'aujourd'hui où ces sources de contagion ont diminué.

La transmission de la tuberculose est difficile d'animal à animal de même espèce, dans les cas de santé parfaite des animaux. Chez l'homme en est-il de même ?

Le Congrès de la tuberculose, en exagérant la crainte que doit inspirer la contagion par la viande et par le lait, a répandu une véritable terreur dans le public. Il convient que l'Académie s'abstienne d'émettre un vote à propos de conclusions qui ne sont, jusqu'à ce jour, que l'expression d'une opinion scientifique.

M. CORNIL. La conviction de la contagiosité de la tuberculose s'impose absolument depuis que l'expérimentation sur les animaux nous a montré son inoculabilité, sa transmission par les voies lymphatiques sous-cutanées, par l'inhalation, par l'ingestion d'une quantité de bacilles, même très minimes. Ces bacilles existent dans les crachats des phthisiques ; ils se multiplient avec une grande puissance, ils pullulent dans les cavernes du poumon. Le pus sécrété par ces cavités ulcéreuses est plein de bacilles ; ces bacilles conservent pendant des mois leur vitalité, leur virulence, après dessiccation complète ou même après putréfaction des crachats.

Là est le danger pour le malade, pour l'entourage. Pour combattre ce péril, il suffit que les malades ne crachent jamais que dans un crachoir de faïence ou de porcelaine, qu'on puisse vider sur le feu et passer à l'eau bouillante : il faut, de même, que les mouchoirs dont les phthisiques se servent soient passés à l'eau bouillante, avant d'être donnés au blanchissage.

Sur ces deux points : danger des bactéries des expectorations, et facilité de leur destruction, la conviction est faite.

Quant à la viande, il est rare de constater qu'un homme soit devenu tuberculeux après avoir mangé de la viande, telle qu'elle est mise en vente actuellement, après avoir passé par l'inspection.

Mais M. Le Roy de Méricourt se trompe quand il affirme qu'on n'a jamais trouvé dans le lait des microbes de la phthisie. Cette présence constatée, il y a sept ans, par Bang (de Copenhague), est certaine; c'est par centaines de milliers qu'on les trouve dans une goutte de lait.

Quant aux dangers de la publicité, M. Cornil fait observer que celle-ci a eu lieu; il affirme que le devoir de l'Académie est de renseigner exactement le public et l'État sur les précautions à prendre contre l'extension de la phthisie. La société tout entière y est intéressée; elle a le droit de se défendre, l'État a le devoir d'arrêter cette cause d'abâtardissement et de décroissance de la population.

M. NOCARD. La tuberculose du bœuf est-elle la même que celle de l'homme? Si les faits expérimentaux manquent pour répondre à cette question, il y a des faits cliniques absolument probants.

M. TRASBOT ne conteste pas que la maladie soit la même; il a voulu seulement dire que les faits de contamination tuberculeuse, par l'ingestion des viandes de boucherie, ne sont pas absolument probants.

M. OLLIVIER. L'instruction du Conseil d'hygiène et de salubrité, de 1884, a été publiée sans effrayer les populations. Le public a intérêt à être éclairé : et l'Académie peut voter la rédaction proposée.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité complet d'ophthalmologie (1), par L. DE WECKER et Ed. LANDOLT.

Le grand traité d'ophthalmologie de MM. de Wecker et Landolt est trop connu du public médical, pour que nous en tentions une analyse quelconque. Depuis dix ans la publication en est commencée et les fascicules ont successivement paru. Aujourd'hui le troisième et dernier fascicule du tome IV termine l'ouvrage.

Il traite des maladies de l'orbite et des voies lacrymales dues à la plume de M. de Wecker, et de l'anatomie des voies lacrymales due au professeur Merkel.

L'éloge de cette œuvre magistrale, aujourd'hui complète, n'est plus à faire : c'est ce que nous possédons de mieux comme traité d'ophthalmologie. C'est une œuvre remarquable à tous les points de vue, où l'ophthalmologiste de profession trouvera un exposé intégral de la science ophthalmologique contemporaine. Mais, par le fait même de sa haute valeur scientifique, ce traité s'adresse plutôt à l'homme spécial qu'au médecin et à l'étudiant. C'est ce qu'a compris M. de Wecker. Aussi, avec la collaboration de M. Masselon, son chef de clinique, dont la compétence est si connue, il a publié un autre livre, plus modeste d'allure, mais destiné surtout à l'usage du médecin praticien et de l'étudiant (2). Le titre de manuel n'est d'ailleurs que relatif; comparé au traité complet, c'est certainement un manuel, mais envisagé en lui-même c'est un véritable traité d'ophthalmologie; les auteurs y négligent un peu plus les questions purement théoriques, pour s'adonner surtout à celles qui intéressent la pratique. Néanmoins MM. de Wecker et Masselon ont pensé, avec juste raison, que s'il convenait de se débarrasser d'un luxe inutile de discussions théoriques, il importait de donner un exposé très étendu de l'anatomie normale et pathologique de l'œil, qu'ils ont d'ailleurs mise en lumière par des centaines de figures.

(1) Gr. in-8°, quatre volumes. Prix de chaque volume : 20 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

(2) L. DE WECKER et J. MASSELON. *Manuel d'ophthalmologie.* Guide pratique à l'usage des étudiants et des médecins. Gr. in-8° de 992 pages. Prix : 20 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

C'est, en effet, appuyés sur ces bases solides, que les auteurs ont pu se dégager de la théorie pure, pour ne relater que les enseignements acquis dans leur longue carrière de clinicien, plaçant au premier rang les faits pratiques de l'enseignement journalier de la clinique, ainsi que les grandes ressources actuelles de la chirurgie oculaire.

Ce *Manuel* est d'ailleurs calqué sur le grand traité, il en est, en quelque sorte, la table analytique que le lecteur pourra feuilleter et parcourir plus rapidement, quitte à recourir au *Traité*, toutes les fois qu'il voudra pénétrer dans des développements plus complets. Le succès qui l'attend ne fera que confirmer le succès de son aîné.

Manuel de pathologie chirurgicale de Jamain et Terrier (1) par F. TERRIER, A. BROCA et H. HARTMANN.

Ce fascicule est dû tout entier à la plume de MM. Broca et Hartmann. Il continue le plan, jusqu'à présent, rigoureusement suivi : beaucoup de faits et de documents, dans un style net et concis, index bibliographique fort riche et qui paraît scrupuleusement vérifié.

Cette première partie du tome IV renferme neuf chapitres qui traitent des maladies des gencives, des maxillaires, de l'articulation temporo-maxillaire, de la langue, du plancher buccal et de la glande sous-maxillaire, de la région parotidienne, de la voûte palatine et du voile du palais, du pharynx, des amygdales et de l'œsophage.

Ce livre ne se prête pas à l'analyse, mais le meilleur éloge qu'on puisse en faire, c'est de dire qu'il continue dignement l'œuvre commencée par Jamain et reprise par Terrier, et que les deux nouveaux auteurs, qui, pourtant, se chargeaient d'une lourde responsabilité, ont été à la hauteur de leur tâche.

A. RICARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — Anatomie : onzième séance (mardi 26 novembre) : « Articulation tibio-tarsienne. »

Douzième séance (jeudi 28) : « Articulation scapulo-humérale. »

Treizième séance (samedi 30) : « Artères de l'avant-bras. »

Quatorzième séance (lundi 2 décembre) : « Maxillaire inférieur. »

Quinzième séance (mardi 3) : « Décrire le calcanéum et l'astragale. »

Le jury porte à la connaissance de MM. les candidats qu'il ne doit plus y avoir que quelques séances d'anatomie et, qu'en conséquence, les élèves qui ne répondraient pas à l'appel de leur nom seront considérés comme renonçant définitivement au concours.

A partir de la seizième séance (jeudi 5 décembre), les externes de troisième année, qui concourent de nouveau pour l'externat, seront appelés à subir l'épreuve d'anatomie.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Mouret (Jules-Paulin) est nommé prosecteur, en remplacement de M. Lapeyre, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Arrivat (Joseph-Marius-Victor-Joachim) est nommé aide de clinique des maladies des enfants (emploi nouveau).

M. Paulet (Étienne-Marius) est nommé aide de clinique des maladies des vieillards, en remplacement de M. Castan, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Guilloz (Théodore), licencié ès sciences physiques, est nommé chef des travaux du laboratoire de physique, en remplacement de M. Bagnéris, démissionnaire.

(1) In-12, t. IV, 1er fascicule. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Réby (Paul-Edmond) est nommé préparateur des cours de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Tripot, dont la délégation est expirée.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Dutartre, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie et botanique, pendant la durée du congé accordé à M. Magon.

— *École pratique des Hautes-Études.* — Le laboratoire d'enseignement de la botanique (organographie et physiologie) sera ouvert tous les jours, de onze heures à quatre heures, à partir du lundi 9 décembre. Pendant la durée du cours, qui commencera le samedi 7 décembre, des leçons pratiques auront lieu le jeudi matin. — Le laboratoire de recherches est ouvert tous les jours, de huit heures du matin à sept heures du soir, et toute l'année. — Les élèves qui désirent prendre part à ces travaux sont priés de se faire inscrire à l'avance au laboratoire, 61, rue de Buffon.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Ph. Van Thiegem commencera le cours de botanique (organographie et physiologie végétale) le samedi 7 décembre 1889, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Le professeur exposera la morphologie, la physiologie et la classification des algues. Il insistera sur les espèces vulgaires, utiles ou nuisibles, et notamment sur les bactériacées. Les leçons du jeudi seront des leçons pratiques, et auront lieu au laboratoire de botanique, rue de Buffon, 61.

M. le professeur Léon Vaillant commencera le cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons), le jeudi 5 décembre 1889, à une heure, dans l'amphithéâtre des galeries de zoologie, et le continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure. — Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des poissons de l'époque actuelle et fossiles. Il étudiera plus particulièrement les poissons osseux acanthoptérygiens (perches, scombres, etc.), en faisant surtout connaître la répartition géographique et bathymétrique des espèces, leur utilité dans l'économie domestique, dans l'industrie, les procédés de pêche, de pisciculture. — Le cours sera complété par des conférences pratiques au laboratoire et à la ménagerie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 140. — SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1889. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — Revue générale. De la syringomyélie, par M. le docteur Paul Blocq, chef des travaux anatomo-pathologiques de la clinique des maladies nerveuses de la Faculté. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

De la syringomyélie.

Par M. le docteur Paul Blocq, chef des travaux anatomo-pathologiques de la clinique des maladies nerveuses de la Faculté.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer qu'à mesure que progresse la *neuro-pathologie*, l'observation clinique assidue, assistée sans doute de l'appui que lui prête l'anatomie pathologique, et, non moins aidée parfois des données de la physiologie expérimentale, l'observation clinique, dis-je, en arrive à dégager, d'un groupe en apparence homogène, un certain nombre de types nosographiques spéciaux et nettement différenciés, au point, qu'après cette série de ségrégations, ce groupe primitif se trouve réduit presque au néant.

Cette évolution, dont l'étude de l'ancienne *paraplégie* offre déjà un remarquable exemple, est non moins évidente en ce qui concerne l'histoire de l'atrophie musculaire progressive.

Le type morbide, créé par Duchenne-Aran, engloba, dès le début, toutes les atrophies musculaires progressives lui connues. Peu de temps après, Duchenne (de Boulogne) lui-même en détacha la paralysie pseudo-hypertrophique, qu'il reconnut être d'origine musculaire, et dont il fit une espèce à part. Plus tard, M. Charcot, à son tour, en différencia la sclérose latérale amyotrophique, dont il proclama l'autonomie. MM. Landouzy et Dejerine démontrent bientôt la nature myopathique de l'atrophie musculaire héréditaire et l'en séparent également. Puis, avec Erb, Leyden, Von Eichorst, on en distrait successivement les diverses variétés de myopathies progressives primitives. Enfin, et tout récemment, on vient d'en dégager la syringomyélie qui, au point de vue clinique à coup sûr, était le plus souvent confondue avec elle, jusqu'en ces dernières années (1).

I

Historique. — Que si les considérations qui précèdent résument, en quelque sorte, l'historique clinique de l'affection qui nous occupe, il n'en est pas, à beaucoup près, de même en ce qui concerne son histoire anatomique, car, à cet égard, la lésion capitale de la syringomyélie est connue depuis longtemps.

Aussi bien pourrait-on, en se basant sur ces vues, diviser cette histoire en deux phases : 1° une période *anatomique*, pendant laquelle la maladie n'est guère étudiée qu'après les autopsies ; 2° une période *clinique*, où l'on a trouvé les signes correspondant aux lésions.

1. — Le mot de syringomyélie (συριγγωδης, creusé en forme de tuyau, μυελος, moelle) a été employé, pour la première fois, par Ollivier [d'Angers] (1). Cet auteur n'admettait pas l'existence du canal central de la moelle, et il pensait que les divers faits rapportés à l'appui par Brüner (2), Santorini (3) et Racchetti (4) devaient être attribués à un arrêt de développement. On ne peut donc reconnaître à Ollivier (d'Angers), que la paternité du terme nouveau, mais on ne lui doit, en réalité, aucune notion de la maladie que ce mot a servi à désigner, et dont il ne fait pas mention.

Lorsque les recherches anatomiques ultérieures eurent établi, sans conteste, l'existence normale du canal épendymaire, on oublia vite la syringomyélie.

Cependant, on ne tarda pas à relater des observations de dilatation anomale de ce canal ; la plupart furent considérées alors comme des vices de développement et on leur imposa communément le nom d'*hydromyélie*.

Toutefois, certaines relations mentionnaient des lésions qu'il était difficile d'attribuer à une anomalie congénitale.

(1) Le passage suivant, qui se trouve dans la description de la symptomatologie de l' « atrophie musculaire de l'adulte » (*De l'électrisation localisée*, p. 493), semble indiquer que Duchenne a fait cette confusion : « Cette anesthésie, écrit-il, est quelquefois si grande que les malades ne perçoivent ni les excitations faradiques les plus fortes, ni l'*action du feu. J'en ai vu qui s'étaient laissé brûler profondément les parties anesthésiées parce qu'ils n'avaient pas perçu l'action des corps incandescents et qu'ils n'avaient pas été prévenus par la vue que ces parties se trouvaient en contact avec eux.* » De plus, nous avons vu dernièrement, à la Clinique, un ancien *atrophique de Duchenne*, chez lequel M. Charcot a diagnostiqué la syringomyélie. C'est catégorisées ainsi comme *atrophiques*, qu'étaient disséminées, dans les salles de l'hospice de la Salpêtrière, diverses malades sur lesquelles un nouvel examen, et chez l'une d'elles une nécropsie récente, ont permis de reconnaître la syringomyélie.

(1) Ollivier. *Traité de la moelle épinière et de ses maladies*, 1827, t. I, p. 178.

(2) Bruner. Vide Morgagni. *De sed. et caus. morb.*, ep. XII, sect. ii.

(3) Santorini. *Advers. anat.*, VI, Obs. XIV, p. 17 et 18.

(4) Racchetti. *Della struttura della medole spinale*, Milano 1816.

Tels, entre autres, les faits de Güll (1), de Mayer (2) et de Schüppel (3).

M. Hallopeau (4) crut devoir les distraire de l'hydromyélie et les rapprocher de l'affection qu'il décrivait sous le nom de « sclérose diffuse péri-épendymaire ». Cette variété de myélite était, en effet, caractérisée par la présence dans la moelle de cavités cloisonnées, à la formation desquelles présidait une inflammation scléreuse de la névroglie, dont ces cavités représentaient un des modes d'évolution.

A la même époque, MM. Charcot et Joffroy (5) publiaient une observation du même genre, mais attribuaient une origine un peu différente, la désintégration granuleuse (*granular desintegration* de Clarke), aux cavités pathologiques de la moelle.

Vient après toute une série de travaux anatomiques, dont le premier dû à Grimm (6), dans lesquels on tend à démontrer que l'ancienne syringomyélie, devenue hydromyélie, puis myélite péri-épendymaire, est, en réalité, une lésion néoplasique.

L'opinion de Grimm, d'après laquelle il s'agirait d'une tumeur gliomateuse, développée aux dépens des éléments du canal épendymaire, est successivement adoptée par Simon (7), par Westphal (8) et par Leyden (9).

2. — La maladie n'a pris vraiment place dans les cadres nosographiques, qu'avec les travaux « de Schültze (10), professeur à Dorpatt, et Kahler (11) [de Prague], à qui on doit d'avoir établi — ainsi que l'a proclamé M. le professeur Charcot (12) dans l'une de ses leçons — qu'un certain nombre de symptômes particuliers pouvaient faire remonter à cette lésion organique et permettre de déterminer même les principales particularités relatives au siège et à l'étendue de l'altération syringomyélique ».

Il importe, cependant, de remarquer que M. Charcot (13) avait déjà signalé la syringomyélie comme une des causes possibles de l'atrophie musculaire spinale, dès 1874.

D'autres travaux cliniques et anatomo-cliniques très importants ont paru dans ces dernières années : les mémoires de Fürstner et Zacher (14), de Bernhardt (15), d'Oppenheim (16) et la thèse de Mlle A. Baümler (17).

(1) Gull. Cases of Paraplegia, *Med. Chir. Transact.*, 1856.

(2) Mayer. *Die electricitæt in ihrer Anweudung auf Pratic. Med.*, Berlin 1861.

(3) Schuppel. Ueber Hydromyelus, *Arch. der Heilkund*, Leipzig 1865.

(4) Hallopeau. Contribution à l'étude de la myélite diffuse péri-épendymaire, *Gazette médicale de Paris*, 1870.

(5) Charcot et Joffroy. Deux cas d'atrophie musculaire progressive avec lésions de la substance grise et des faisceaux antéro-latéraux de la moelle épinière, *Archives de physiologie*, 1869.

(6) Grimm. Ein Fall von progressiver Müskelatrophie, *Virchows Archiv*, 1869, Bd. 48, p. 445.

(7) Simon. *Arch. f. Psychiatrie*, t. V, 1874.

(8) Westphal. *Idem.*

(9) Leyden. *Arch. de Virchow*, 1876.

(10) Schultze. *Idem*, 1882.

(11) Kahler. *Prag. med. Wochens.* 1888.

(12) Charcot. De la syringomyélie (leçon recueillie par M. le docteur Paul Blocq), *Bulletin médical*, juin 1889, et leçons du mardi à la Salpêtrière.

(13) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, p. 216.

(14) Furstner et Zacher. *Arch. f. Psychiatrie*, 1883.

(15) Bernhardt. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1884, et *Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1889.

(16) Oppenheim. *Charité Annal.*, XI, 1886.

(17) Mlle Baumler. Thèse de Zurich, 1887.

MM. Joffroy et Achard (1) ont publié aussi, sur cette question, une étude anatomique et pathogénique qui nous occupera ultérieurement. Enfin, une communication de W. Roth (de Moscou), insérée dans les *Archives de neurologie* (2), constitue à ce sujet un document des plus intéressants et des plus complets.

C'est, à proprement parler, MM. Debove et Dejerine (3) qui ont mis les premiers, en France, la question clinique de la syringomyélie à l'ordre du jour, en présentant, l'un et l'autre, des malades atteints de cette affection, à la même séance de la Société médicale des hôpitaux.

Depuis, nous avons à citer la leçon de M. Charcot (4), dont nous avons déjà fait mention, et qui dévoile un point clinique nouveau de la gliomatose médullaire, une leçon de M. Dejerine (5), et enfin une revue d'ensemble, constituant une remarquable mise au point de la question, faite par notre collègue et ami, M. Brühl (6), sous l'inspiration de son maître, M. Debove (7).

II

Division. Définition. — La syringomyélie comporte, étymologiquement du moins, l'étude de toutes les affections dans lesquelles on observe des cavités de la moelle.

Mais on a vu que l'on était d'accord pour en distraire, sous le nom d'*hydromyélie*, les cas où les cavités sont d'origine congénitale. Il resterait donc à considérer la syringomyélie par myélite et la syringomyélie par gliome.

Certains auteurs ont prétendu que les cas de la première catégorie devaient sans doute rentrer dans la seconde. M. Charcot, invoquant l'autorité des observateurs qui ont décrit la myélite cavitaire, pense qu'on ne peut admettre cette confusion, et, remarquant que la seule syringomyélie par gliome a été, jusqu'à présent, diagnostiquée pendant la vie, la décrit exclusivement dans sa leçon clinique.

Estimant qu'il pourrait bien s'agir, en cette discussion, d'une divergence portant sur l'interprétation seule d'une lésion qui est, en même temps, néoplasique et inflammatoire, et craignant de préjuger, nous adopterons la définition suivante :

La syringomyélie est une affection chronique de la moelle épinière, caractérisée, au point de vue anatomique, par des cavités pathologiquement formées dans cet organe, et, au point de vue clinique, par des altérations particulières de la sensibilité, associées à des troubles trophiques.

III

Anatomie pathologique. — La syringomyélie comporte une lésion spéciale principale et des lésions communes secondaires. Celle-là atteint l'axe spinal, celles-ci s'obser-

(1) Joffroy et Achard. *Archives de physiologie*, 1887.

(2) W. Roth. *Archives de neurologie*, 1887, 1888 et 1889.

(3) Dejerine. Société médicale des hôpitaux, février 1889.

(4) Charcot. Loc. cit.

(5) Dejerine. *Semaine médicale*, juin 1889.

(6) Bruhl. *Archives générales de médecine*, juillet 1889.

(7) Ce travail était déjà à l'impression quand nous avons reçu l'intéressant mémoire de M. le professeur Grasset, *Leçons sur le syndrome bulbo-médullaire constitué par la thermanesthésie, l'analgésie et les troubles sudoraux ou vaso-moteurs*, dans lequel ce sujet est traité magistralement. Nous devons aussi signaler le livre récent de M. Raymond, *Maladies du système nerveux*; la thèse de Mme Dejerine-Klumpke, *Des Polynévrites*; et enfin les dernières leçons de M. Charcot (15-22 novembre 1889).

vent sur les différents tissus. Elles consistent, en effet, en ces troubles trophiques qui frappent les muscles, les os, le tissu cellulaire, la peau, etc. ; elles n'ont rien ici de particulier : aussi les altérations de la moelle épinière nous occuperont-elles seules.

1. — *Macroscopique.* — Après l'ouverture du canal rachidien et l'incision de la dure-mère, la moelle offre déjà, dans la plupart des cas, un aspect anomal, qu'on étudie mieux lorsque l'organe est extrait de sa gaine osseuse. On constate, ordinairement, l'intégrité des méninges, car il est relativement rare de noter un peu de méningite postérieure consistant en épaississements de la pie-mère.

Si les lésions de la moelle sont extrêmement prononcées, l'axe spinal offre, dans les parties les plus atteintes, *l'apparence* d'un gros vaisseau sanguin vide et affaissé sur lui-même. Cette comparaison était tout à fait justifiée dans un cas que nous venons d'avoir l'occasion d'examiner. Cet étalement de la moelle existait là, depuis le renflement cervical jusqu'au niveau de la portion lombaire, où l'organe reprenait sa forme de cordon plein. Mais dans les cas moyens, la moelle est seulement irrégulièrement augmentée de volume, et déformée par endroits.

Si l'on vient à y pratiquer des sections transversales, on constate aussitôt la présence de *une ou plusieurs* cavités centrales caractéristiques. Généralement il n'en existe qu'une, mais, d'autres fois, il en est deux ou trois indépendantes du canal épendymaire. Ces lacunes *siègent* toujours dans la substance grise — c'est là un point important à retenir — où elles occupent, par ordre de fréquence, d'après Mlle A. Baumler (1) : les deux cornes postérieures, les deux cornes antérieures, ou encore indifféremment l'une quelconque des quatre cornes. La lésion est, en somme, plus souvent bilatérale.

La *capacité* de la cavité est variable ; tantôt elle est réduite à une simple fente, tantôt elle occupe presque toute l'étendue de la moelle qui n'est plus représentée que par la mince paroi qu'elle lui forme. Entre ces limites extrêmes, on observe tous les intermédiaires.

Son étendue *en hauteur* n'est également pas constante. Elle peut occuper la moelle tout entière (Schültze). D'autres fois, elle gagne jusqu'au bulbe : ce sont, alors, la racine ascendante du trijumeau, l'olive, le noyau de l'hypoglosse qui sont envahis. Enfin, elle se prolonge aussi jusqu'au *filum terminale*. C'est, de préférence, le renflement cervical qu'elle atteint, et alors elle s'étend à quelques centimètres de moelle au-dessus de cette région, et à toute la partie dorsale au-dessous, respectant la portion lombaire.

La *direction* du canal pathologique n'est pas absolument rectiligne ; il s'infléchit plus ou moins, et envoie des prolongements sinueux. Il en résulte, qu'à la coupe, la *forme* de la cavité est irrégulière. Le plus souvent elle est allongée dans le sens transversal, d'autres fois la partie centrale est rétrécie et de chaque côté la cavité s'élargit selon l'aspect d'un sablier. Parfois elle revêt l'apparence cordiforme, pyriforme, ou rectangulaire à angles arrondis. Enfin, sa figure peut défier toute description.

Le *contenu* de la lacune est ordinairement constitué par un liquide assez analogue au liquide céphalo-rachidien, mais qui varie quelquefois de coloration et de consistance.

La *paroi* limitante est marquée par une sorte de cuticule membraneuse jaunâtre, lisse, très nettement différenciable à l'œil nu, sur la structure de laquelle nous aurons à revenir.

Les *parties adjacentes* de la moelle sont nécessairement atteintes par le processus à des degrés divers, et selon son siège et son étendue. C'est ainsi qu'on peut observer la compression ou la destruction de la substance grise et des cordons blancs. Quant au canal épendymaire, il est respecté le plus souvent, et on le reconnaît déjeté en avant de la cavité, étalé, plus ou moins déformé, et quelquefois dédoublé. Parfois on l'a vu communiquer avec la cavité pathologique sur une certaine étendue.

2. — *Histologique.* — Les lésions histologiques consistent pour la majorité des auteurs en l'hyperplasie néoplasique de la névroglie de la substance grise ou *gliomatose*, pour d'autres en l'hyperplasie inflammatoire ou *myélite*.

Le siège primitif du processus est la substance grise, où il se limite d'habitude, et, en particulier, la région périépendymaire, et la substance gélatineuse de Rolando, qui sont, du reste, de structure analogue. La néoplasie qui le constitue — nous n'en discutons pas ici la nature — est formée d'un tissu jaune-brun, d'une consistance assez ferme, et qui, en raison de ces caractères, tranche nettement sur le reste de la moelle, dont elle se laisserait presque énucléer. Sa masse résulte principalement de l'agglomération de grandes cellules à prolongements — cellules araignées — qui, plus ou moins tassées les unes contre les autres, émettent des fibrilles, lesquelles, en s'anastomosant entre elles, délimitent de petites aréoles.

Les cellules elles-mêmes consistent en de petits blocs de protoplasma grenu offrant un ou deux noyaux situés au centre ou à la périphérie et se colorant bien par les réactifs ordinaires. Les trabécules qui en partent sont minces, assez longues, et présentent parfois de légers renflements au niveau des points où elles s'unissent entre elles. Le réseau anastomotique, qui est ainsi fait, est assez dense, mais il n'en limite pas moins, comme nous l'avons dit, de petits espaces. Ces intervalles renferment des éléments granuleux mal distincts, des noyaux libres et quelques fibrilles très ténues. Il existe enfin, dans la masse hyperplasique, d'abondantes granulations pigmentaires, et de petits éléments mal définis, arrondis, jaunâtres, réfringents, isolés ou associés. C'est à eux que ce tissu est redevable de sa coloration.

La paroi limitante, que nous avons vue apparaître à l'œil nu, sous forme d'une membranule jaunâtre, se continue par sa partie externe avec le tissu que nous venons de décrire. Sa surface interne, le plus souvent lisse, présente d'autres fois des prolongements, qui s'en détachent sous forme de bourgeons qui cloisonnent plus ou moins la cavité.

Cette membrane est formée essentiellement d'un feutrage fibrillaire compact, qui n'est pas sans analogie avec un lacis conjonctif. Il en diffère, cependant, car il paraît constitué par une dépendance des prolongements trabéculaires des cellules propres du gliome, dont il représenterait un épaississement. Il ne s'agissait donc nullement, malgré l'apparence, d'un tissu de sclérose.

Pour beaucoup d'auteurs, cette membrane ne serait revêtue de l'épithélium cylindrique, qui a été décrit dans quelques relations, que lorsque la cavité communiquerait avec le canal épendymaire. Ajoutons que ce tissu réti-

(1) Mlle Baumler. Loc. cit.

culaire contient un réseau de capillaires assez abondants.

On conçoit que les parties de la moelle qui avoisinent l'hyperplasie gliomateuse en soient plus ou moins affectées. De fait, les divers éléments de l'organe sont variablement atteints. Ils sont, ou comprimés par le développement de la lésion, ou dissociés par l'infiltration de la névroglie, et alors ils se déplacent ou s'altèrent. Dans ce dernier cas, on constate des hémorrhagies, de l'inflammation, des dégénérescences.

Les deux premiers de ces modes caractérisent les réactions ordinaires de la substance grise, le dernier est plus propre à la substance blanche. Il en résulte de la sclérose des faisceaux blancs, et des dégénérescences ascendantes ou descendantes, suivant ceux de ces cordons qui en sont atteints. Ces lésions secondaires offrent, comme on le verra, un très grand intérêt au point de vue clinique.

IV

Pathogénie. — Quelle est la nature de ce processus, et comment évolue-t-il pour déterminer les lésions cavitaires? Les interprétations pathogéniques différentes, qu'ont proposées les auteurs à ce sujet, correspondent à l'idée qu'ils se sont faite de la nature de l'altération, en sorte que ces deux questions se confondent bien en une seule.

M. Brühl (1) a très précisément indiqué les diverses théories, sans oser en adopter aucune. Nous les résumerons d'après son excellent travail.

Pour un certain nombre, Langhans (2), Stadelmann (3), Steudener (4), l'origine de la cavité serait vasculaire. Il s'agirait alors, soit d'œdème péri-épendymaire, soit d'hémorrhagie avec résorption consécutive, ou de dégénérescence colloïde des vaisseaux.

D'autres, Eickholt (5), M. Hallopeau (6), Silcock (7), MM. Joffroy et Achard (8), y voient une inflammation, une myélite. La lacune provient alors de la rétraction du tissu péri-épendymaire sclérosé, de la tendance destructive de l'hyperplasie, ou de la fonte du ramollissement consécutif à la thrombose des vaisseaux enflammés.

Pour la plupart, enfin, MM. Simon (9), Westphal (10), Roth (11), Mlle Baumler (12), la dégénérescence des éléments d'un néoplasme, le gliome, en serait la cause unique.

Or, quel est-il, ce tissu de nouvelle formation? Est-ce le produit d'une hyperplasie inflammatoire, comme le prétendent les partisans de la doctrine de la myélite, ou d'une hyperplasie néoplasique, comme l'affirment les défenseurs de la théorie du gliome?

Nous sommes assez disposé à admettre, à cet égard, l'hypothèse suivante de Schültze (13), qui, ainsi que nous le montrerons, concilierait ces opinions, en apparence si dissemblables. Le nouveau tissu serait, en réalité, à la fois néoplasique et inflammatoire. Si, d'une part, l'inflammation simple qui porte sur un tissu commun, sur le *tissu conjonctif*, revêt les caractères connus de la *prolifération nucléaire*, et se termine par la *sclérose* — comme il arrive dans la moelle, en particulier pour les cordons blancs, dont l'inflammation sclérosique a, le plus souvent, pour point de départ, le tissu conjonctif des vaisseaux — d'autre part, l'inflammation qui se localise sur un tissu spécial, sur la *névroglie*, offre les caractères particuliers de la *prolifération gliomateuse* et aboutit à la *désintégration* lacunigène.

Schültze appellerait volontiers ce mode inflammatoire, gliose ou gliomatose. Il existerait donc, dans la moelle syringomyélique, une inflammation *néoplasiforme*, non par sa spécificité propre, mais grâce à celle du tissu sur lequel elle évolue. C'est pour cela, à notre avis, que les auteurs ont interprété les lésions dans le sens d'une myélite ou d'un néoplasme, selon qu'ils ont considéré plutôt les caractères d'inflammation ou plutôt ceux de néoplasie.

Cette conception éclectique et originale trouve, du reste, une base solide dans les derniers travaux d'embryologie médullaire, desquels il résulte que, si le tissu conjonctif est d'origine mésodermique, la névroglie, elle, est d'origine ectodermique, et que, par suite, ses réactions pathologiques doivent être différentes.

Il s'agirait donc, en la circonstance, d'une prolifération lente de la névroglie ayant pour résultat, la production d'un tissu dit gliomateux. Celui-ci, ainsi qu'il arrive pour nombre de tissus d'origine pathologique, ne tarderait pas à présenter des phénomènes de désintégration, soit sous l'influence de troubles circulatoires, soit par le fait seul de ses tendances évolutives, et la cavité apparaîtrait.

En somme, ces données étant admises, si le nom de gliomatose convient à la lésion, celui de myélite cavitaire, récemment proposé par MM. Joffroy et Achard, si l'on y ajoute la qualification de *névroglique*, ne serait pas non plus déplacé.

V

Étiologie. — On sait peu de choses concernant les causes de la syringomyélie. Elle serait certainement moins exceptionnelle qu'on ne serait tenté de le supposer, et sa rareté provient sans doute de ce qu'elle a été peu diagnostiquée jusqu'à ces derniers temps. Nous avons eu occasion d'en voir six cas, en cette seule année, à la Salpêtrière. L'âge auquel elle se développe varie entre quinze et trente-cinq ans. Les statistiques mentionnent à peu près trois fois plus d'hommes que de femmes. Nous avons recueilli peu de documents concernant l'hérédité nerveuse.

On peut ranger, au nombre des causes déterminantes, la plupart des affections débilitantes qui président d'habitude au développement des autres maladies nerveuses : le traumatisme, le surmenage, les refroidissements, les maladies infectieuses, les intoxications. Il arrive de même qu'on ne peut découvrir, dans les antécédents des malades, aucune de ces influences.

Aussi, n'est-on pas éloigné de penser que la raison d'être de l'affection doit résider dans un vice embryologique. Il s'agirait d'une maladie d'évolution, sur laquelle les causes banales que nous avons signalées n'auraient qu'un effet accidentel, en diminuant la nutrition des éléments nerveux et, par suite, leur résistance à la tendance hyperplasique innée de la névroglie.

(1) Bruhl. Loc. cit.
(2) Langhans. *Arch. de Virchow*, 1881.
(3) Stadelmann. *Arch. f. Klin. Med.*, 1883.
(4) Steudener. *Hirsch's Jahresbericht*, 1867.
(5) Eickholt. *Arch. f. Psychiatrie*, 1880.
(6) Hallopeau. Loc. cit.
(7) Silcock. *Brit. Med. Journ.*, 1888.
(8) Joffroy et Achard. Loc. cit.
(9) Simon. Loc. cit.
(10) Wetsphal. Loc. cit.
(11) Roth. Loc. cit.
(12) Mlle Baumler. Loc. cit.
(13) Schulzte. Loc. cit.

VI

SYMPTOMATOLOGIE. — Bien qu'il y ait de nombreuses variétés dans l'expression symptomatique de la syringomyélie, il est permis néanmoins d'en décrire un type moyen, propre à donner une idée générale du tableau nosographique de la maladie.

C'est par là que nous commencerons, nous réservant ensuite d'étudier les principaux signes en particulier, et l'interprétation qu'en autorise l'anatomie pathologique, puis d'établir, en dernier lieu, les quelques formes sous lesquelles on pourrait, selon nous, grouper les observations.

1. — Le début de l'affection a lieu insidieusement, d'habitude par une faiblesse croissante des membres supérieurs. Rarement il existe des douleurs, à proprement parler, quelquefois on note des sensations d'engourdissement dans les mêmes membres.

Bientôt l'atrophie des muscles se joint à l'impotence fonctionnelle. Des troubles de la sensibilité, qui peuvent avoir existé souvent en premier lieu, apparaissent. Puis la colonne vertébrale s'infléchit en scoliose. Enfin, divers troubles de la motilité gagnent les membres inférieurs.

L'examen du malade, à sa période d'état, révèle les particularités suivantes. Tout d'abord, on remarque son attitude spéciale en rapport avec la déviation de l'axe vertébral, et l'on est frappé de la déformation en griffe de ses mains, souvent analogue à celle que l'on rencontre dans l'atrophie musculaire progressive du type Aran-Duchenne. Les mains, outre qu'elles sont amaigries, offrent de la cyanose, et divers troubles trophiques, portant sur la peau ou les ongles; les doigts ont été le siège d'érosions spontanées, de panaris non douloureux. Enfin, l'impuissance musculaire des membres est notable, et les réflexes tendineux y sont diminués ou abolis. Si l'on vient à rechercher l'état de la sensibilité, on observe cette particularité presque pathognomonique : alors que la sensibilité au tact est parfaitement conservée, la sensibilité à la piqûre, ainsi que la sensibilité à la chaleur et au froid sont complètement abolies, non seulement aux membres supérieurs, mais en des régions plus ou moins étendues, et parfois sur tout le corps. Les divers appareils, pulmonaire, cardiaque, gastro-intestinal, fonctionnent régulièrement. Seule l'excrétion urinaire est plus ou moins affectée.

Sans grandes modifications, si l'on en excepte l'apparition de troubles trophiques variés; arthropathies, hypersudations, etc., et après quelques oscillations en mieux et en pis, l'affection progresse lentement, et le malade succombe, souvent à un âge avancé. Ce dénouement est la plupart du temps le fait d'un accident intercurrent ou secondaire.

2. — Revenons maintenant sur les symptômes les plus saillants que nous n'avons fait qu'énumérer.

Sensibilité. — La constatation clinique la plus importante, celle qui a permis de faire le diagnostic au lit du malade, est la dissociation pathologique des diverses espèces de sensibilité.

Trois modes de sensibilité sont affectés : la sensibilité à la douleur, à la chaleur, au froid. Trois modes de sensibilité sont indemnes : la sensibilité au tact, le sens musculaire, la sensibilité sensorielle. Cette loi ainsi formulée n'a rien d'absolu ; il existerait, en effet, des cas où la sensibilité au tact n'aurait pas été respectée. C'est là l'exception.

La *thermo-anesthésie* est très fréquemment ignorée du malade, mais le médecin peut la soupçonner s'il existe, et c'est l'ordinaire, des traces multiples de brûlures anciennes sur les membres. Il faudrait distinguer la sensibilité au chaud de la sensibilité au froid, car les zones d'anesthésie pour l'un et l'autre mode sont loin de se correspondre toujours régulièrement. Il a été donné de noter que cette altération de la sensibilité était un des premiers symptômes, en date. L'intensité du trouble, qu'on ne saurait évaluer exactement qu'à l'aide d'un thermomètre spécial, est variable, non seulement selon les divers malades, mais encore suivant les différentes régions du même sujet. Certains commencent à éprouver une sensation de chaud à partir de 60 degrés centigrades, d'autres ne sentent pas même une température de 80 degrés; enfin, toute notion de température peut être abolie. On recherchera l'altération de la sensibilité au froid en se servant d'eau, de glace, ou de mélanges réfrigérants. Dans une des observations de Schültze et dans celle de M. le docteur Debove, il aurait existé en quelques points une véritable hyperesthésie thermique.

La thermo-anesthésie se distribue très irrégulière sur la surface du corps ; parfois elle siège en toutes ses parties, n'épargnant pas même les muqueuses orificielles : paupières, nez, bouche, urèthre, rectum. Le plus souvent elle occupe des zones assez considérables; ce sont, sur le tronc, de vastes plaques au milieu desquelles subsiste en certains cas une partie sensible; aux membres, ceux-ci sont pris tout entiers ou par segments assez analogues à ceux des anesthésies hystériques, décrits par M. Charcot. La tête peut être également envahie par la thermo-anesthésie.

Elle progresse en étendue et en intensité, d'habitude selon l'ancienneté de la maladie.

L'*analgésie* s'observe de même avec une égale fréquence, et revêt des formes analogues, quant à l'intensité et à la distribution. Ainsi peut-elle être absolue, ou plus ou moins atténuée, générale et étendue à la peau et aux muqueuses, ou occuper exclusivement certaines zones. Non seulement les piqûres et les pincements ne sont pas perçus, mais encore les lésions diverses, d'ordre inflammatoire, panaris, ulcérations, ne provoquent pas de douleur.

La *sensibilité au tact* persiste, comme nous l'avons dit, et c'est là une des raisons pour lesquelles la maladie a sans doute échappé si longtemps à l'observation clinique. Toutes les sensations de température, de piqûre, de même que les plus légers frôlements, sont perçus comme sensations tactiles et localisés sans retard.

Il en est ainsi du *sens musculaire*. Le malade apprécie les sensations de poids, se rend parfaitement compte des diverses directions qu'on imprime à ses membres, et des plus petits mouvements qu'on y détermine.

Les sensibilités *spéciales* : vue, ouïe, goût, odorat, persistent également, malgré l'analgésie des muqueuses de leurs divers organes. Ce sont là des caractères négatifs, dont M. Charcot a bien montré l'importance.

Ressortissent encore, des troubles de la sensibilité, certains *phénomènes douloureux*. Quelquefois il ne s'agit que de sensations de chaud ou de froid, mais d'autres fois les malades se plaignent de véritables douleurs. Celles-ci sont souvent peu intenses consistant en céphalalgie, rachialgie, arthralgie, mais il arrive aussi qu'elles revêtent nettement

le caractère fulgurant et deviennent semblables aux crises tabétiques.

Motilité. — Sauf en ce qui concerne la parésie habituelle des membres supérieurs, les désordres moteurs ne sont que secondaires. Ils consistent alors en paraplégie rarement complète de la forme spasmodique, ou en incoordination des membres inférieurs. Suivant l'une ou l'autre de ces éventualités, les *réflexes* rotuliens sont exagérés ou abolis.

Scoliose. — La scoliose, qui est presque constante dans la syringomyélie, trouve sa place ici, entre l'étude des troubles moteurs, et celle qui va suivre des troubles trophiques ; car, suivant les différents auteurs, elle serait sous la dépendance des uns ou des autres. Elle apparaît de bonne heure relativement, siège dans la région dorso-lombaire, et présente une convexité gauche, caractères qui la différencient de la scoliose commune, qui, elle, occupe la région cervico-dorsale et offre une convexité droite. Elle entraîne nécessairement les déformations secondaires qui lui sont inhérentes mécaniquement.

Troubles trophiques. — Les plus constants sont ceux des *muscles*, sous la forme d'atrophie musculaire. Celle-ci débute aux mains, où elle frappe soit les muscles innervés par le radial, soit ceux auxquels se distribuent le médian et le cubital, d'où dès l'abord des griffes spéciales. Elle gagne ensuite, lentement et symétriquement, les avant-bras, les bras et le tronc ; et il en résulte des déformations semblables à celles que déterminent les autres myopathies progressives (1). Les muscles présentent généralement des secousses fibrillaires propres aux atrophies musculaires myélopathiques, et, dans quelques cas, ils offriraient à l'exploration électrique la réaction de dégénérescence.

La *peau* est souvent affectée de « l'état lisse » ; diverses éruptions, des bulles, de l'eczéma, de l'herpès y sont communes ; l'épiderme subit l'hyperkératinisation.

Les *ongles* sont fendillés, striés, épaissis, ou tombent. La sécrétion *sudorale* peut être abolie dans certaines régions, ou encore être exagérée.

Le *tissu cellulaire* sous-cutané s'œdématie dans certains cas ; dans d'autres, il existe des phlegmons ou des panaris. Cette dernière inflammation a été notée dans plusieurs observations au début de l'affection et a permis de soutenir l'identité de la maladie de Morvan. A l'occasion du diagnostic, nous aurons l'occasion de discuter la valeur de cette opinion.

Les désordres *vasculaires* sont aussi fréquents. Les extrémités sont communément cyanosées, froides ; les frottements les plus légers y font apparaître des rougeurs persistantes.

Les *articulations* sont parfois atteintes d'arthropathies analogues à celles du tabes. C'était le cas d'un des malades observé à la Salpêtrière, et qui présentait une arthropathie du coude caractéristique.

Les *os* eux-mêmes sont souvent épaissis ; ils deviennent fragiles, et sont le siège d'hyperostoses (Dejerine).

(1) Toutefois, la distribution de l'atrophie musculaire est ici, du moins au début, essentiellement différente de celle qu'on observe dans les myopathies primitives. Dans ce dernier cas, ce seraient des territoires musculaires *embryologiques* (Babinski-Onanoff), tandis que, dans la syringomyélie, ce seraient des territoires *nerveux* qui seraient pris. — P. B.

Divers appareils. — Les lésions de la syringomyélie peuvent se propager au bulbe et déterminer, de ce fait, des désordres de la déglutition, de la circulation et de la respiration. Il s'agit alors d'une éventualité relativement rare ; d'habitude les systèmes digestif et cardio-pulmonaire, sont épargnés.

Quant à la partie cérébrale du système nerveux, elle ne participe pas à l'ensemble symptomatique que nous avons décrit. On aurait signalé cependant de l'inégalité pupillaire dans certains cas, et, dans d'autres, un degré appréciable de débilité mentale. Mais la neurasthénie ou l'hystérie qui surviendraient, dans ce cas comme en d'autres neuropathies, ne figureraient qu'en qualité d'associées, et ne pourraient être comptées à l'actif de la maladie syringomyélique elle-même.

Le sens génital reste ordinairement indemne. Il en serait différemment, selon nos observations, de la fonction urinaire.

A l'encontre de M. Brühl, qui note expressément l'absence d'incontinence et de rétention urinaire, nous avons vu des troubles vésicaux chez deux de nos malades. L'un de ceux-ci a même succombé à une perforation spontanée de la vessie (1).

Plusieurs observations de M. Roth mentionnent aussi des troubles de la miction.

3. — L'interprétation des symptômes, basée sur l'anatomie pathologique, est encore à l'étude, du moins en ce qui concerne quelques-uns d'entre eux.

Pour ce qui est de l'*atrophie musculaire*, on sait bien qu'elle dépend des lésions de la substance grise des cornes antérieures.

Quant aux *troubles de la sensibilité*, s'autorisant des expériences de Schiff, qui ont démontré que les cordons postérieurs étaient la voie suivie par les sensations de tact, on s'expliquait, par leur intégrité, la conservation du toucher. On était alors fondé à supposer que les autres modes de sensibilité, à la douleur, à la température, cheminaient par les cornes postérieures, d'où l'abolition de ces perceptions par les altérations de celles-ci.

Toutefois, M. Roth ayant remarqué qu'en de certains cas l'altération fonctionnelle ne correspond pas à la lésion, que, d'autre part, il est presque impossible « que le processus pathologique, longeant toute la moelle épinière, se localise seulement dans les voies thermesthésiques isolées », propose l'hypothèse suivante. Il admet que les voies conductrices ne sont pas différenciées anatomiquement par leurs localisations, mais physiologiquement par leurs réactions ; c'est-à-dire qu'étant envahies par la néoplasie, les fibres nerveuses ne se comportent pas également sous l'influence de l'agent nocif. Ce seraient, dans ce cas, l'intensité et la qualité de l'altération qui, par leur degré, détermineraient la dissociation de la sensibilité. Par exemple : un agent *peu intense* n'agirait que sur la sensibilité thermique, respectant les sensations de tact et de douleur ; ou encore, la dégénérescence serait cause *chimique* de l'abolition de la sensibilité thermique, et la compression exercée par la néoplasie, cause *mécanique* de la disparition de la conductibilité de la douleur. La dissociation dépendrait, en somme, de la résistance variable des diverses conductibilités du même nerf

(1) P. Blocq. Un cas de syringomyélie, *Bulletin de la Société anatomique*, février 1887.

ou du même groupe de nerfs; selon que l'on suppose qu'un seul nerf sert aux passages des voies thermiques et tactiles, ou que chaque nerf est différencié fonctionnellement.

Les *troubles trophiques*, eux, seraient sous la dépendance de l'altération de la partie centrale de la substance grise de la moelle épinière.

Quant aux *phénomènes spasmodiques ou tabétiques*, observés du côté des membres inférieurs, ils s'expliquent très aisément par le retentissement de la lésion principale, soit sur les faisceaux latéraux dans le premier cas, soit sur les faisceaux postérieurs dans le second, où se développent, comme on l'a vu, des scléroses secondaires.

La *scoliose*, si communément observée dans la syringomyélie, est plus difficile à interpréter. Est-elle due à l'altération trophique de la substance osseuse des vertèbres, ou, selon M. Roth, à des atrophies partielles des muscles vertébraux? La question est loin d'être résolue, et l'on ne peut que rapprocher cette déformation de celle toute semblable qui appartient à cette autre affection d'évolution, la maladie de Friedreich.

4. — Les formes de la syringomyélie sont extrêmement variées, ainsi que j'ai eu soin d'en faire la réserve, en décrivant au début un type moyen, et je ne puis avoir la prétention de les exposer toutes. Toutefois, les quelques cas que j'ai examinés, et les observations que j'ai parcourues, m'ont semblé autoriser la création de deux variétés principales à côté de ce type.

Mais je dois auparavant signaler les cas où l'autopsie a permis de constater des lésions caractéristiques, alors qu'aucun symptôme ne s'était révélé pendant la vie. M. Brühl explique ces formes *latentes*, en remarquant qu'il s'agissait de sujets jeunes, chez lesquels l'expression symptomatique n'avait sans doute pas eu le temps de se manifester.

Quant aux variétés que nous pensons qu'il est permis de différencier, elles répondraient à des localisations correspondantes de la néoplasie. Dans l'une, le début se fait par une atrophie portant sur les muscles innervés par le nerf cubital, l'autre commence par l'atrophie des muscles de la sphère radiale. La première s'accompagne de phénomènes spasmodiques du côté des membres inférieurs, la seconde de signes tabétiques des mêmes extrémités.

Or, dans le renflement cervical, qui, on l'a vu, est le siège ordinairement primitif de la gliomatose, le centre de la flexion des membres supérieurs serait périphérique par rapport à celui de l'extension. Dès lors, si la zone spinale cubitale est envahie, la lésion retentira sur les faisceaux blancs les plus proches, c'est-à-dire sur les cordons latéraux; de même que si, au contraire, la région spinale radiale est prise, la substance blanche voisine, cordons postérieurs, sera sclérosée secondairement. Ainsi, pourrait-il exister trois types principaux, du moins au début : le premier, que nous avons décrit, caractérisé par l'envahissement indistinct des muscles de la main — *griffe Aran-Duchenne* — et des troubles variables des membres inférieurs, quelquefois exagération des réflexes rotuliens d'un côté, et diminution de l'autre; le second, *cubito-spasmodique*, caractérisé par l'atrophie des muscles de l'éminence hypothénar — *griffe d'extension* — et comportant l'exagération des réflexes rotuliens; le troisième, *radio-tabétique*, caractérisé par l'atrophie des muscles de la zone radiale — *griffe de flexion* — et s'accompagnant de la diminution ou de la perte des réflexes patellaires.

Les troubles spéciaux de la sensibilité restent le fonds commun de ces trois formes.

Cette distinction ne laisse pas que d'être relative, car la diffusion de la lésion ne tarde pas, en général, à se traduire cliniquement par les aspects les plus divers.

VII

Marche. Durée. Terminaison. — La syringomyélie débute toujours insidieusement, et ce n'est souvent qu'à une période déjà avancée qu'il est donné au médecin d'en constater les signes.

Tantôt ce sont des *troubles trophiques*, consistant en panaris répétés, en érosions et en ulcérations indolores, et ne tendant pas à la cicatrisation, qui ouvrent la scène, sans attirer outre mesure l'attention du malade. Tantôt ce sont les *altérations de la sensibilité* qui donnent lieu à d'étranges constatations; mais comme le malade s'en rend rarement compte, ce n'est qu'à la suite des interrogatoires ultérieurs qu'on apprend la précocité de ces accidents. Ordinairement alors, le sujet, questionné sur l'origine du nombre anomal de cicatrices dont il est porteur, se rappelle diverses circonstances dans lesquelles il s'est brûlé, et n'en a été averti que par la présence des phlyctènes. Les *troubles moteurs*, enfin, seraient les premiers en date dans beaucoup de cas; il est juste de reconnaître, qu'en raison de l'impotence fonctionnelle qu'ils provoquent, c'est leur apparition qui donne le plus souvent l'éveil au malade.

L'affection évolue ensuite avec une lenteur remarquable, et, à ce point de vue, elle aurait la suprématie sur les autres myélopathies chroniques. Dans son cours interviennent, cependant, des oscillations qui en troublent la régularité. Il arrive ainsi, parfois, que brusquement les signes subissent une aggravation considérable; il se produit une sorte d'ictus, avec paraplégie cervicale complète, qui se dissipe ensuite en quelques jours en s'atténuant, mais en laissant cependant des traces. Cet incident dépendrait de la complication possible d'infiltrations hémorrhagiques qu'on a notées au cours de l'évolution de la lésion. Il faut savoir, à cette occasion, que le sujet peut n'être prévenu que par une de ces attaques de l'existence de sa maladie, si celle-ci était tout à fait insidieuse auparavant, et pour cela ignorée. Le malade accuse alors un début brusque qui pourrait égarer le diagnostic, si l'on n'était au fait de cette éventualité. D'autres fois, ce sont des rémissions de plus ou moins longue durée qui interviennent.

La terminaison de la maladie serait le plus souvent fatale. La mort est due, tantôt à des accidents relevant secondairement de l'affection : phlegmon gangreneux, cystite, perforation de la vessie; tantôt à l'évolution naturelle de la maladie : soit qu'il survienne des complications bulbaires, soit que la seule cachexie nerveuse se produise, cas auquel le malade gâte, présente des escharres, et succombe à l'épuisement; tantôt enfin, et le plus souvent, à des infections accidentelles.

L'état de déchéance nutritive du malade le prédispose à l'invasion et, en même temps, infirme sa résistance à l'égard des agents infectieux, d'où la fréquence et l'extrême nocivité de ceux-ci. C'est donc, la plupart du temps, la variole, la fièvre typhoïde, la tuberculose, qui emportent le malade.

VIII

Pronostic. — Considérant les remarques qui ont été signalées sur la latence possible de la syringomyélie, sachant que, d'après M. Roth, on pourrait même espérer la guérison, n'ignorant pas, enfin, qu'en tout état de cause la maladie est compatible avec une très longue survie, il est permis d'atténuer le pronostic. Sans qu'il soit moins grave, il n'est pas aussi fatal qu'en nombre d'autres myélopathies.

IX

Diagnostic. — Le diagnostic de la syringomyélie est possible, et devient plus facile à mesure que la maladie est mieux connue. Aucun signe cependant n'en est pathognomonique ; aussi est-ce par l'appréciation de l'ensemble symptomatique qu'on devra juger la question. S'il y a prédominance de l'une des manifestations, la confusion sera possible ; aussi classerons-nous le diagnostic différentiel de la façon suivante :

Cas où dominent :		
	1° *Les troubles trophiques* . . .	Sclérodermie. Lèpre. Maladie de Morvan. Névrites.
	2° *Les atrophies musculaires*. . .	Pachyméningite cervicale hypertrophique. Sclérose latérale amyotrophique. Myopathies primitives. Atrophie musculaire progressive.
	3° *Les troubles moteurs des membres inférieurs*.	Myélite transverse. Sclérose en plaques. Tabes.
	4° *Les altérations de la sensibilité*	Paralysie alcoolique. Hystérie.

1. — Dans la *sclérodermie*, ou mieux dans la sclérodactylie, les altérations symétriques de la peau des doigts, les ulcérations qui s'y montrent fréquemment, les sensations de froid qu'y éprouvent les malades, en même temps que l'atrophie musculaire, qui parfois a été constatée dans les membres supérieurs, pourraient faire penser à la syringomyélie. Mais on l'en différenciera aisément par la conservation de la sensibilité et le caractère particulier et prépondérant de la dermite elle-même.

La *lèpre anesthésique* présente des signes encore plus analogues : des troubles de la sensibilité intenses et de l'atrophie musculaire, qui revêt ordinairement l'aspect du type Duchenne-Aran. De fait, M. Leloir a rapporté des exemples où le diagnostic était extrêmement difficile. Dans le cas de lèpre, cependant, l'anesthésie offre une distribution particulière et très dissemblable de celle de la syringomyélie. Il s'agit, en effet, de petits îlots, circonscrits par une ligne rougeâtre, un peu surélevée et très sinueuse, qu'on a comparés à l'apparence des divisions des cartes géographiques. De plus, l'anesthésie est complète dans la majorité des cas, et porte donc sur la sensibilité tactile. Enfin, les notions étiologiques spéciales de la lèpre seront encore un utile enseignement.

Plusieurs affections, comprises actuellement dans un groupe mal défini sous le nom de *polynévrites* périphériques, donnent lieu à des troubles moteurs et sensitifs qui ressemblent plus ou moins à ceux de la syringomyélie.

Les altérations correspondent alors aux territoires des nerfs atteints ; mais dans la gliomatose, au début tout au moins, si la lésion est encore localisée dans la moelle, il pourrait y avoir une répartition symptomatique pareille. Toutefois l'allure plus rapide des névrites, et surtout l'abolition de la sensibilité tactile, qu'elles entraînent avant toute autre, suffiront à les distinguer.

Certains auteurs se sont crus autorisés à faire rentrer la maladie décrite par M. Morvan (de Lannilis), dans le cadre nosographique de la syringomyélie. On sait que le *panaris analgésique* présente, en effet, comme signes principaux, des dactylites phlegmonneuses répétées et indolores, de la parésie et de l'analgésie des membres supérieurs, et qu'il y existe parfois de la scoliose. Malgré ces caractères de similitude, il ne s'agit pas — ainsi que vient de le confirmer une récente autopsie — de la même affection, et le diagnostic clinique est possible. Dans la maladie de M. Morvan, la sensibilité tactile disparaît, le plus souvent, en même temps que les autres modes de sensibilité, les troubles trophiques sont prépondérants et consistent, presque exclusivement, en panaris multiples, en gerçures profondes, et en arthropathies des petites articulations ; de plus, en certains cas, les troubles occupent symétriquement les pieds et les mains, en respectant le reste du corps ; enfin l'atrophie musculaire, moins prononcée, n'a pas, en général, la marche progressive. Il est possible, quoi qu'il en soit, que la confusion ait été faite, mais, malgré cela, la plupart des observations de M. Morvan constituent réellement un type autonome (1).

2. — La *pachyméningite cervicale hypertrophique* détermine une paraplégie cervicale atrophique, et les déformations qui en résultent, en même temps que la paraplégie spasmodique concomitante des membres inférieurs, sont propres à donner l'idée de la syringomyélie. Toutefois l'évolution de la méningite est plus rapide, s'accompagne de phénomènes douloureux marqués, de raideur de la nuque ; enfin, les troubles des extrémités supérieures existent sans complication d'analgésie, ni de thermo-anesthésie.

Dans la *sclérose latérale amyotrophique*, si la durée ordinairement courte de la maladie était exceptionnellement prolongée, l'atrophie musculaire des membres supérieurs permettrait peut-être la confusion. On l'évitera, en se rappelant que la « maladie de Charcot » évolue sans donner lieu à des altérations de la sensibilité, et s'accompagne d'une exagération notable des réflexes tendineux.

Quant à l'*atrophie musculaire* du type Aran-Duchenne, elle ne comporte pas de troubles de la sensibilité. On en peut dire autant des diverses formes de *myopathies primitives*. De plus, en ces derniers cas, il n'existe pas de secousses fibrillaires, et la distribution topographique des atrophies musculaires a des allures caractéristiques et différentes de celles de la syringomyélie. Nous examinerons plus loin les difficultés qui peuvent être la conséquence d'une association entre la *myopathie primitive* et l'hystérie.

(1) M. Morvan a tout dernièrement consacré un nouveau travail à ce diagnostic différentiel : « De l'anesthésie, sous ses divers modes, dans la paréso-analgésie », dans la *Gazette hebdomadaire*. Je n'ai eu ce mémoire que trop tard pour l'utiliser ici ; du reste, ses conclusions sont analogues aux raisons que je fais valoir, grâce aux entretiens que j'avais eu la bonne fortune de tenir avec M. le docteur Morvan auparavant.

3. — Les diverses *myélites* non systématiques, *diffuse* et *transverse*, ne permettront pas longtemps l'erreur, en raison de leur marche, de leur localisation, et de la prédominance des troubles moteurs et sphinctériens.

La *sclérose en plaques*, dont les allures sont plus capricieuses, respecte d'habitude la sensibilité et offre des caractères spéciaux : l'embarras de la parole, le tremblement, le nystagmus, etc., qui la feront reconnaître.

L'*ataxie locomotrice progressive*, dans quelques-unes, au moins, de ses formes si variées, prêterait plus facilement à la confusion. On prévoit le cas, par exemple, où il existerait chez un malade de la thermo-anesthésie et des troubles trophiques. La constatation de l'abolition des réflexes patellaires, l'existence de douleurs fulgurantes et d'un peu d'incoordination motrice ne suffiraient pas à lever les doutes, car on a vu que tous ces signes peuvent se rencontrer dans la syringomyélie. Toutefois, l'atrophie musculaire et la disposition régionale de la thermo-anesthésie appartiennent plutôt à ce dernier cas ; tandis que la répartition en petites plaques et le peu d'intensité de la thermo-anesthésie, les troubles oculaires marqués, les crises viscérales sont plus particulièrement des stigmates tabétiques.

4. — Il existe des cas de *paralysie alcoolique* d'un diagnostic difficile, dans lesquels les troubles de la sensibilité sont très intenses et consistent en sensations anomales de froid et en anesthésie et thermo-anesthésie. Il importe surtout d'en être prévenu pour les savoir différencier. Les signes sont le plus souvent localisés aux membres inférieurs, et sont apparus rapidement. Il peut y avoir des guérisons et des rechutes. Enfin, on constate de la douleur à la pression des masses musculaires, dont la paralysie l'emporte sur l'atrophie.

M. le professeur Charcot (1) a signalé l'éventualité, non encore prévue, d'une erreur de diagnostic avec l'*hystérie*, La confusion serait facile, en effet, dans les circonstances suivantes : les symptômes hystériques, par leur seule combinaison, simulent ceux de la syringomyélie, ou bien l'hystérie, se développant chez un malade atteint d'atrophie musculaire, y ajoute les troubles de la sensibilité, analogues à ceux de la gliomatose. La dissociation si caractéristique de la sensibilité et les troubles trophiques figurent, comme on sait (Charcot, Babinski, Pitres, Weir-Mitchell), dans la symptomatologie de l'hystérie. Un examen attentif permettra, à la vérité, d'éviter l'erreur. L'apparition plus ou moins brusque des accidents, leur fugacité, leur sensibilité à l'égard des agents esthésiogènes, la présence, enfin, d'autres stigmates de la névrose suffiront pour la déceler. Mais il n'en est pas moins important d'être au fait de ces coïncidences, car leur ignorance aurait déjà entraîné l'erreur, selon l'opinion de M. Charcot, et la confusion aurait, dans ces circonstances, des conséquences particulièrement fâcheuses au point de vue du pronostic.

X

Traitement. — En raison des rémissions qui ont été observées dans le cours de la syringomyélie, rémissions quelquefois assez marquées pour simuler la guérison, on a le devoir d'agir thérapeutiquement pour les provoquer, et peut-être, selon l'espoir exprimé par M. Roth, pour arrêter l'évolution de la maladie.

(1) Charcot. Loc. cit.

On ne négligera pas, en tout cas, le traitement symptomatique. L'atrophie musculaire sera combattue par l'électrisation ; on veillera à l'intégrité de la vessie, on ne négligera pas de préserver la peau des traumatismes auxquels l'expose son analgésie, et l'on traitera soigneusement les complications inflammatoires, particulièrement graves, du tissu cellulaire.

Quant aux mesures thérapeutiques dirigées spécialement contre la maladie, sans doute y aurait-il lieu d'essayer de la suspension, en raison des résultats favorables qu'on en obtient dans d'autres myélopathies chroniques. On sera autorisé à employer les révulsifs : petites pointes de feu, teinture d'iode le long de la région spinale. On administrera, à l'intérieur, les préparations résolutives, l'iode et les iodures alcalins ; enfin, par l'usage des toniques : fer, quinquina, on remédiera, dans la mesure du possible, à la nutrition défectueuse du malade.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire des maladies des voies urinaires (1), par le docteur E. Desnos.

Depuis l'apparition du remarquable ouvrage de MM. Voillemier et Le Dentu, aucun travail d'ensemble n'avait été entrepris sur les affections des voies urinaires.

Cependant de grands progrès ont été réalisés dans l'étude de ces maladies. La chirurgie rénale a été créée de toutes pièces et l'on peut affirmer que l'école française a contribué pour une large part à l'essor qu'a pris, dans ces dernières années, l'art de connaître et de traiter avec succès les affections du rein et de la vessie.

D'importantes publications ont vu le jour sur tous les points de la pathologie des voies urinaires. Hier, c'était M. Le Dentu, bien préparé par ses travaux antérieurs et ses nombreuses opérations sur le rein, qui fixait, dans une excellente monographie, l'état de la science sur les affections chirurgicales des glandes rénales. D'autre part, M. Guyon et ses élèves faisaient paraître une série de mémoires marqués au coin du sens clinique qui est la caractéristique du talent de l'éminent chef d'école.

La nécessité s'imposait de réunir sous une forme concise des publications de large envergure, et des monographies éparses dans différents recueils. Il s'agissait de mettre au point les nombreux travaux des auteurs français et étrangers. Pour accomplir une telle tâche, il fallait un esprit ouvert et pondéré, très au courant de la science et capable d'apporter le fruit de son expérience personnelle comme justification des idées adoptées après mûr examen. M. Desnos était tout indiqué pour écrire avec compétence un traité où l'on trouverait condensées les saines doctrines et les bonnes pratiques. Cette opinion se trouve corroborée par la lecture attentive du volume qu'il vient de livrer au public médical, sous les auspices de M. le professeur Guyon. Dans la préface écrite par le chef de l'École de Necker, en tête du traité de M. Desnos, on trouve quelques passages qu'il faut citer textuellement :

« ... Les applications judicieuses, la méthode parfaite, l'expérience particulière de l'auteur donnent à son œuvre un caractère très personnel qui me permet d'en parler librement. Chacun sait combien il est difficile d'être concis ; aussi les livres qui ont pour but d'abréger et de simplifier la tâche de ceux qui ont tout à apprendre ne leur fournissent-ils, souvent, que l'illusion du savoir. M. Desnos a su éviter cet écueil : sa connaissance approfondie du sujet lui a permis de consacrer à certaines parties de ses descriptions des développements étendus et de condenser tout

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

ce qui pouvait, sans trop de détails, être suffisamment explicite. La pratique est le but de l'auteur dont le livre n'a pas d'autre objectif; mais elle a besoin de trop de lumières pour que l'exposé en soit réduit à des questions de technique opératoire ou des formules. Aussi, tout ce qui permet d'établir le diagnostic, d'y trouver le guide et le frein toujours nécessaires à la nécessité et à la moralité de l'intervention, tout ce qui peut permettre de prévoir, de prévenir et de combattre ses inconvénients et ses dangers, est-il exposé aussi longuement qu'il était utile. »

Ces lignes suffisent pour recommander, comme il convient, le travail de M. Desnos. Les praticiens qui n'ont pas eu le loisir de suivre les leçons de M. le professeur Guyon et de parcourir les livres spéciaux et complets sur la question, trouveront d'utiles conseils et des indications indispensables dans ce Traité élémentaire des maladies des voies urinaires. Les uréthrotomies, les tailles et la lithotritie, pour ne citer que quelques chapitres qui nous viennent à l'esprit, sont l'objet de descriptions assez étendues pour servir de guide et permettre, au besoin, de mener à bien ces opérations.

Nous souhaitons à cet ouvrage le succès qu'il mérite.

Leçons pratiques de thérapeutique oculaire faites à la clinique nationale des Quinze-Vingts (1), par le docteur A. Trousseau, médecin de la clinique.

Le livre que vient de publier M. Trousseau est de ceux qui, faits sans prétention, ont le privilège de rendre des services signalés aux praticiens. Les médecins qui n'ont pas étudié d'une façon toute spéciale les affections oculaires, se trouvent souvent fort embarrassés, quand ils doivent établir un traitement rationnel pour une maladie bien caractérisée. Il s'agit, soit d'une blépharite, soit d'une conjonctivite ou encore d'une kératite. Le diagnostic est facile. On ne peut pas toujours envoyer le malade à un oculiste de profession. Comment faire pour être réellement utile au patient? Les traités classiques indiquent, d'une façon sommaire, les différents moyens thérapeutiques ordinairement employés, mais le lecteur se trouve dans la plus grande perplexité, quand il faut faire un choix entre tous les médicaments préconisés.

Comment pratique-t-on le cathétérisme des voies lacrymales; comment doit-on mettre une pommade; à quelle dose, telle substance doit-elle être prescrite; quand doit-on employer les solutions chaudes et les solutions froides? Le médecin se pose bien souvent des questions de ce genre dans le cours de sa carrière.

M. Trousseau a exposé, dans ses leçons cliniques, tous les détails qui permettent aux praticiens de soigner très convenablement un certain nombre d'affections oculaires. Désormais, au lieu d'avoir recours à des formules surannées, au lieu de prescrire un peu à l'aventure des substances inactives ou nuisibles, tout médecin consciencieux pourra avoir un guide sûr et pratique de thérapeutique oculaire.

Parmi les chapitres les plus intéressants, il faut signaler celui qui est consacré au bandeau en ophthalmologie. Les idées originales de l'auteur sur cette question étonneront peut-être ceux qui ont un grand respect de la routine, mais elles inspireront de salutaires réflexions aux confrères désireux de sortir des sentiers battus.

Le livre de M. Trousseau, si modeste qu'il soit, en apparence, rendra de véritables services aux médecins, et par suite aux malades.

R. Pichevin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 2 décembre 1889, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Large, médecin aide-major de deuxième classe.

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Hoschstetter, médecin aide-major de première classe.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Lanteirès, médecin aide-major de deuxième classe.

3e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Bertel, médecin aide-major de deuxième classe, médecin-adjoint des hôpitaux du Havre, nommé au concours.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Vitet, Droulon, Viard, Labbé, Bertin du Château.

5e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Chauveau, Rocher, Daprey, Jamin, Mouly.

6e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe d'Hotel, Servant, Montagard, Maillard, Weil.

9e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Garnier, médecin aide-major de deuxième classe.

11e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Gachon, médecin aide-major de deuxième classe.

12e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Laporte, Pradignac, Valette.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Delamare, Escalier, Jauffret.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. Nicolas, pharmacien aide-major de deuxième classe.

17e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Duran, Courréjols.

18e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Bide, médecin aide-major de deuxième classe.

— Par décret, en date du 4 décembre 1889, M. Thomas, médecin en chef de la marine, en retraite, est nommé au grade de médecin en chef dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté préfectoral, en date du 22 novembre 1889, MM. les docteurs Renault, médecin des hôpitaux, inspecteur du service de l'État civil, et Josias, inspecteur dudit service, sont désignés pour effectuer les constatations exigées par le décret du 27 avril 1889, sur les incinérations, et dresser les certificats constatant que la cause du décès est naturelle.

Ces médecins seront admis au serment devant le Tribunal civil, conformément à la loi.

Les circonscriptions comprendront : pour la première, les arrondissements de la rive droite ; pour la deuxième circonscription, les arrondissements de la rive gauche.

— *Concours de l'externat.* — Anatomie : seizième séance (jeudi 5 décembre) : « Diaphragme. »

Dix-septième séance (vendredi 6 décembre) : « Rapports de la vessie chez l'homme. »

— L'ouverture du concours de la médaille d'or (médecine) aura lieu le lundi 9 décembre, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

L'ouverture du concours de la médaille d'or (chirurgie et accouchements) aura lieu le jeudi 12 décembre, à quatre heures, à l'hôpital de la Charité. — Les candidats seront appelés, dans cette séance, à subir l'épreuve théorique orale.

— *École pratique.* — Les travaux pratiques de chimie commenceront le mardi 10 décembre. Ils auront lieu pendant le premier semestre 1889-1890, les mardis, jeudis et samedis de huit heures à dix heures et demie du matin, à l'École pratique, 15, rue de l'École-de-Médecine. — Des lettres de convocation seront adressées au domicile de MM. les étudiants.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Ollier-Henry.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

16

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

74

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

Sᵗ dép. dét. à Paris, Phⁱᵉ LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05 ; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, *Place Vendôme*, PARIS.

66

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc. Paris, COLLIN et Cⁱᵉ, 49, r. de Maubeuge et phⁱᵉˢ.

56

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drogᵗᵉˢ.

22

Inappetence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande ; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

DOSE : **1/2 verre à madère au dessert.**

PEPTONE — POUDRE — ELIXIR CHOCOLAT DE PEPTONE, etc.

DEFRESNE, auteur de la Pancréatine, 2, rue des Lombards, Paris, et Pharmacies.

34

PAPIER RIGOLLOT

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — Phⁱᵉ **Rogé-Cavaillès,** 9, r. du 4 Septembre, Paris.

25

PURGATIF GÉRAUDEL

au CONVOLVULUS OFFICINALIS

LAXATIF — RAFRAICHISSANT TONIQUE — DIGESTIF

EMPLOYÉ AVEC SUCCÈS

CONTRE

les Glaires, la Bile, les Aigreurs le Manque d'appétit et les Impuretés du Sang la Constipation, les Maux de tête la Migraine et toutes les Maladies des Voies digestives

Le problème que nous avons cherché à résoudre était de trouver un produit commode, agréable, bien dosé, efficace, et en même temps non susceptible d'irriter l'estomac et les intestins.

Après de longues et patientes recherches, nous avons la certitude d'avoir résolu ce problème.

Le purgatif hygiénique que nous offrons avec confiance au public, sous le nom de **Purgatif Géraudel,** est exclusivement composé de substances végétales.

Nous lui avons donné la forme de tablettes, ce qui nous a permis de le doser exactement, d'en faciliter l'emploi, et de le rendre aussi agréable qu'efficace.

Les principes qui nous ont guidés dans la préparation et la composition de notre **Purgatif Géraudel** sont les mêmes que ceux qui nous ont servi de base dans la préparation de nos pastilles de goudron dites *Pastilles Géraudel*, auxquelles le public a fait un accueil sans précédent.

Cherchant à supprimer le danger qui existe pour l'estomac d'être en contact immédiat avec des substances qui l'irritent et le fatiguent, nous sommes parvenu, à l'aide de procédés et d'appareils spéciaux, à incorporer des produits purgatifs d'une pureté irréprochable dans des tablettes qui se dissolvent facilement dans la salive avec laquelle elles forment une *émulsion purgative* d'une efficacité aussi certaine qu'inoffensive pour les muqueuses de l'estomac et de l'intestin.

On prend une seule tablette à la fois, le matin à jeun, un quart d'heure avant le déjeuner ; et, si cela est nécessaire, une autre le soir, en se couchant.

Il faut les sucer, c'est-à-dire les laisser fondre dans la salive, avant de les avaler.

Si l'on voulait obtenir un effet purgatif plus grand, on peut, sans inconvénient, suivant le tempérament de la personne, doubler ou tripler et même quadrupler la dose dans le même jour.

Pour purger les enfants de six à douze ans, une ou deux tablettes, prises le matin à jeun, suffisent.

On peut manger après avoir pris nos tablettes, et vaquer à ses occupations comme d'habitude.

VENTE

GROS : chez l'inventeur A. GÉRAUDEL, pharmacien à Sainte-Ménehould (Marne)

DÉTAIL : *Dans toutes les Pharmacies de France et de l'Etranger.*

Prix en France : **1 fr. 50** la Boîte de 18 Tablettes

ENVOI D'ÉCHANTILLONS GRATUITS

à MM. les Médecins qui désireraient expérimenter le **Purgatif Géraudel.**

55

ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE, NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la secrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

69

PEPTONE DENAEYER

Éléments de la viande digérés et diffusibles, en solution concentrée à 20 p. 100, **limpide et stérilisée** ; saveur et arôme de fin bouillon de bœuf.

Analyses de MM. les professeurs Violette, Frésénius, Krukenberg, etc.

Rapport à l'Académie royale de médecine de Belgique.

BROCHURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

PEPTONATE DE FER DENAEYER

ferrugineux neutre, non astringent, complètement assimilable.

Dépôt central : MICHELAT *et* LESUEUR, *9, rue des Guillemites, Paris. — Pour le Nord, Pharmacie* GOBERT, *à Lille.*

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

55

TAMAR INDIEN GRILLON

Fruit laxatif rafraichissant.

Contre **CONSTIPATION**

hémorrhoïdes, bile, manque d'appétit, embarras gastrique et intestinal et la migraine en résultant.

NE CONTIENT AUCUN DRASTIQUE

66

VALÉRIANATE PIERLOT

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

Nº 141. — MARDI 10 DÉCEMBRE 1889. 62e ANNÉE. MARDI 10 DÉCEMBRE 1889. — Nº 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL NECKER. — M. LE FORT.

Fistules urinaires. Procédé pour reconnaître le siège des fistules.

Je veux vous entretenir aujourd'hui du cas d'un homme couché au nº 25 de ma salle. Ce malade a eu une chaude-pisse en 1872 et présente, depuis longtemps, des troubles du côté de la miction. Cependant, depuis deux ans, les phénomènes anomaux ont augmenté : le jet de l'urine est petit et en tire-bouchon. La miction demande un certain temps avant de se produire et nécessite quelques efforts.

Cet homme présente trois fistules : l'une, au niveau du pénil, un peu à droite ; la seconde, à la partie moyenne du pli qui sépare le scrotum de la cuisse droite ; enfin, la troisième siège à la partie la plus antérieure de la région périnéale. La première en date est celle qui existe au périnée, elle existe depuis quatorze mois. Les deux autres sont contemporaines et remontent à quatre mois. Ce sont des fistules urinaires incontestablement. Le malade a remarqué que l'urine s'écoule par ces orifices immédiatement après la miction.

Le stylet pénètre à une grande distance, dans la direction de la vessie. La fistule périnéale laisse passer un stylet qui s'enfonce facilement de 9 centimètres. Une petite sonde flexible franchit quelques obstacles et disparaît jusqu'à une profondeur de 13 centimètres. Les deux autres fistules ont un trajet qui mesure 7 centimètres environ.

En poussant une injection d'eau dans la fistule périnéale, le liquide revient par les deux autres orifices pathologiques. Ces trois fistules communiquent donc. L'injection démontre que, s'il existe un cloaque commun, il doit être bien petit, car l'eau ressort dès qu'on l'a injectée.

La direction générale de ces fistules et la longueur de leur trajet semblent indiquer qu'elles prennent naissance dans la vessie. Les fistules de l'urèthre ne s'ouvrent pas d'ordinaire en avant, au niveau du pénil et dans le pli qui sépare les bourses de la racine de la cuisse. Pour éclairer le diagnostic, voici la méthode très simple que j'ai employée. J'ai fait une injection dans la vessie, à l'aide d'une sonde introduite par le méat. La solution dont je me suis servi est une solution faible d'iodure de potassium, liquide qui ne peut produire aucun accident. Au préalable, j'ai eu soin de badigeonner les orifices fistuleux avec de l'acétate de plomb. Or, qu'est-il arrivé ? C'est que je n'ai constaté aucun changement du côté des orifices pathologiques. Le liquide médicamenteux est resté dans la vessie et ne s'est pas écoulé, j'ai ôté ma sonde et j'ai dit au malade de pisser en ma présence. J'ai examiné, pendant ce temps, les orifices fistuleux qui n'ont présenté aucune coloration nouvelle. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que j'ai constaté l'apparition d'une coloration jaunâtre qui m'a démontré que la solution iodurée, traversant l'urèthre, passait par les fistules et venait se mettre en contact avec l'acétate de plomb.

J'en ai conclu que ces fistules communiquaient, non pas avec la vessie, mais avec l'urèthre, et j'estime que ces trajets anomaux prennent leur origine dans la portion profonde du canal, au-dessus de l'aponévrose moyenne.

Ces injections d'une solution iodurée dans certaines cavités peuvent révéler la situation précise de quelques fistules absolument introuvables. Il suffit d'étendre sur une large surface une bonne couche d'acétate de plomb et de rechercher avec soin l'endroit où la coloration jaune commence à se montrer. C'est en ce point que s'ouvre la fistule. Dès que la solution iodurée se trouve en présence du sel de plomb, le changement de couleur a lieu immédiatement. Pour vous donner une idée de la rapidité de la réaction, je vous citerai le fait suivant : dans un cas d'exstrophie de la vessie, j'avais sous les yeux l'ouverture des uretères. Je mis un peu d'acétate de plomb sur les orifices urétéraux et j'administrai une potion d'iodure de potassium à l'enfant porteur de cette infirmité. Deux minutes après l'ingestion médicamenteuse, la coloration jaune apparaissait au niveau de l'ouverture urétérale. Ce court espace de temps avait donc suffi pour permettre à l'iodure de passer de l'estomac dans la circulation, puis dans l'urine, et de déterminer la réaction caractéristique que je cherchais.

Ce procédé si simple m'a permis de reconnaître une fistulette vésico-vaginale que plusieurs chirurgiens avaient vainement cherchée. Je vous recommande d'employer ce moyen inoffensif et commode.

Quant à notre malade, nous avons déjà procédé à la dilatation de son urèthre. Mon intention est de rétablir le calibre de son canal et d'agir directement sur les fistules à l'aide de l'électrolyse, méthode qui m'a donné jusqu'ici d'excellents résultats.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. Mauriac.

Hérédo-syphilis (1).

I

La *syphilis héréditaire* ou *hérédo-syphilis* est, par excellence et dans son acception la plus complète, celle que transmettent au germe les géniteurs infectés avant le coït fécondant. En pareil cas, le principe virulent contenu dans les deux cellules génératrices, le spermatozoïde et l'ovule, ou seulement dans l'une des deux, préexistait, mais à l'état de latence et d'inertie. Il entre en activité au moment où l'intime conjonction de ces deux cellules, d'où résulte la fécondation, donne la vie à un nouvel être. Ce nouvel être est donc tout à la fois l'occasion et la victime d'un mode tout spécial d'infection syphilitique qui, sans lui, ne se serait jamais produite.

Un fait bien remarquable, c'est que le sperme, en dehors de son conflit avec l'ovule, est incapable de créer la syphilis. Qu'une femme saine soit inondée de tous les spermes les plus souillés du principe syphilitique, elle n'en restera pas moins saine, si elle n'est pas fécondée par eux. Mais qu'un de ses ovules ait la mauvaise fortune de subir leur imprégnation, et voici que ce fait, si vulgaire et pourtant si gros de conséquences mystérieuses et inexplicables, peut allumer un foyer de syphilis souvent inextinguible, d'abord chez l'enfant et chez sa mère qu'il infectera, et puis aussi chez tous les autres enfants qui naîtront ultérieurement.

Chose étrange, et bien difficile à comprendre avec les théories microbiennes de la syphilis ! Comment expliquer que ces funestes spermatozoïdes, qui créent l'hérédo-syphilis, puissent être impunément inoculés, et qu'ils ne donnent jamais lieu à un chancre syphilitique ni à une syphilis acquise ? Que font donc leurs microbes en pareil cas ? Dorment-ils, et pour les tirer de ce sommeil léthargique, qui équivaut à leur non-existence, faut-il *l'excitation d'un coït fécondant ?* Tout porte à le croire. Nous n'en sommes pas moins en pleine hypothèse.

N'est-ce pas aussi une hypothèse, très plausible, il est vrai, que le pouvoir de transmissibilité contenu dans l'ovule ? Pour ma part, j'y crois fermement et plus encore, s'il est possible, qu'au pouvoir de transmissibilité que possède le sperme. Mais c'est la raison, ce ne sont pas les faits qui me forcent de l'admettre. Une femme syphilitique infecte, en effet, son enfant de deux façons, soit parce que son ovule est syphilitique, soit parce que son sang contient également le principe syphilitique. Comme l'ovule et le sang ne peuvent pas, l'un sans l'autre, être entachés du virus, il sera toujours impossible de démontrer, cliniquement et par expérience, que l'ovule seul est la cause de la transmission héréditaire. Au contraire, nous avons la certitude que cette transmission se fait *en dehors de l'ovule* et *par le sang seul*, puisqu'une femme devenue syphilitique après la conception peut infecter son enfant. Il y a donc deux modes de transmission hérédo-syphilitique absolument prouvés : la *transmission spermatique* et la transmission par le sang de la mère, qu'on pourrait appeler *transmission placentaire*. La *transmission ovulaire* est aussi certaine que les deux autres, mais n'est pas susceptible de la même démonstration clinique.

(1) Extrait du volume de l'auteur sur la *Syphilis tertiaire et la syphilis héréditaire*, qui va paraître.

Faut-il faire une classe à part de l'hérédo-syphilis par transmission placentaire après la fécondation ? Je ne le pense pas. Assurément cette hérédo-syphilis n'est pas aussi imprégnée d'hérédité que celle qui se produit au moment même de la conception, et elle le devient d'autant moins que le fœtus a été infecté par la mère à une époque plus voisine de la parturition. Mais il est incontestable, cependant, que c'est une syphilis héréditaire, c'est-à-dire une syphilis créée *avant la naissance*, par l'infusion directe et générale du principe virulent dans l'organisme, *sans l'intermédiaire du chancre infectant.*

L'hérédité syphilitique est soumise à des caprices qui déroutent souvent toutes nos prévisions. J'ai vu des syphilitiques en pleine période secondaire, c'est-à-dire au moment le plus dangereux pour la transmission, engendrer des enfants qui étaient et qui sont restés parfaitement sains. Par contre, il y a des transmissions qui s'accomplissent dix, quinze ans après le début de la syphilis, en pleine période tertiaire, et dans les conditions où elle était le plus improbable. Il faut donc s'attendre à bien des surprises en pareille matière.

Mais on peut établir comme règle générale : 1° que la transmission héréditaire de la syphilis est surtout probable et presque fatale quand la syphilis des parents est jeune, quand tous les deux en sont infectés, et, s'ils ne le sont pas tous les deux, quand c'est la mère ; 2° que la transmissibilité s'atténue peu à peu, diminue et finit par disparaître avec le temps ; 3° que la médication spécifique la combat victorieusement chez les deux géniteurs et l'atténue chez l'enfant, lorsqu'elle n'a pas pu l'en préserver.

A ces affirmations qui n'ont rien d'absolu dans leur généralité, des cas exceptionnels viennent, sans qu'on sache pourquoi, donner un démenti, et prouver qu'on aurait tort d'y voir des lois immuables.

Favorables quelquefois, défavorables plus souvent, comme il arrive dans la plupart des choses humaines, ces cas exceptionnels sont une grande cause de perplexité quand il s'agit de prévoir si oui ou non l'hérédo-syphilis pénétrera dans une famille dont les géniteurs sont ou ont été syphilitiques. Ici, comme pour la contagion, on assiste aux événements les plus extraordinaires et les plus déconcertants pour la logique.

Parmi les maux innombrables qu'entraîne la syphilis, la transmission héréditaire doit être mise au premier rang et sur la même ligne que les affections spécifiques des centres nerveux. Ce sont là deux vrais fléaux que, malgré tous nos efforts, nous ne parvenons pas toujours à conjurer.

Que l'hérédo-syphilis soit funeste à une race, qui pourrait le contester ? Avortements successifs, accouchements prématurés, mort du fœtus, vie des enfants précaire, imparfaite, compromise, non pas seulement par leur syphilis, mais par tous les états constitutionnels malsains qu'elle suscite, etc. : voilà, quoique fort courte, une énumération bien propre à le prouver.

Parmi les causes de dépopulation, l'hérédo-syphilis occupe une place importante. Il ne faudrait cependant pas l'exagérer. Sait-on au juste le nombre des enfants qui, dans tel ou tel pays, sont tués par ce mal ? Non ; mais il est permis d'affirmer que cette cause de mortalité est infiniment au-dessous d'une multitude d'autres causes beaucoup plus graves par elles-mêmes et surtout beaucoup plus répandues.

Il y a des pays où la syphilis sévit plus dangereuse-

ment que dans d'autres, parce qu'on la méconnaît ou qu'on ne la traite pas; et pourtant, ces pays se dépeuplent souvent moins que ceux où les lumières de la science, les progrès de la thérapeutique et de l'hygiène réduisent au minimum les atteintes que cette maladie peut porter à la propagation et à la santé de la race. Je crois que, dans les fluctuations numériques des diverses nations européennes depuis le seizième siècle, l'hérédo-syphilis n'a joué qu'un rôle insignifiant. On se ferait une fausse idée de cette question si on ne l'envisageait qu'à travers le verre grossissant de notre spécialité. Il faut embrasser dans leur ensemble les causes si nombreuses d'accroissement ou de dépopulation d'une contrée et d'une nation pour mettre à peu près chacune d'elles au rang qu'elle occupe légitimement.

Comparez le nombre des ménages où sévit la syphilis au nombre de ceux qui en sont exempts, et vous verrez que les premiers constituent une infime minorité. Dans ces ménages, il est vrai, la mortalité est effrayante. D'après Kassowitz, un tiers de tous les enfants meurt avant la naissance, et, parmi ceux qui naissent vivants, 34 p. 100 succombent dans les six premiers mois de l'existence. Les raisons de cette mortalité sont faciles à comprendre. Comment la vie ne serait-elle pas profondément atteinte quand le virus sévit contre elle au moment même où elle sort du néant?

Et encore si l'infection procédant des deux cellules génératrices ne venait que d'elles et ne dépassait pas le conflit fécondant, peut-être le virus s'éteindrait-il, submergé sous le flot montant des éléments vivaces qu'engendre à chaque instant le principe de vie qui anime le nouvel être. Mais la source même d'où proviennent les matériaux de l'accroissement, c'est-à-dire le sang de la mère est vicié autant et plus que l'ovule, et par conséquent l'intarissable infection imprègne sans cesse les cellules formatrices du fœtus, depuis la germination initiale jusqu'à l'heure où on coupe le cordon ombilical après la parturition.

Quand la mère est saine et que l'hérédo-syphilis n'est que spermatique, l'infection n'est ni aussi intense ni aussi abondante, du moins dans les premiers mois de la grossesse. Mais ne le devient-elle pas dans les derniers, quand le fœtus a infecté sa mère? Il est permis de le supposer. Remarquez, en effet, que l'hérédo-syphilis ne dépend jamais exclusivement de l'infection spermatique seule. Une autre, moins grave sans doute, mais plus continue se produit tôt ou tard du chef de la mère, puisque la mère est infectée par son enfant. Or, son sang où se multiplie sans cesse le virus ne doit-il pas alors renforcer l'hérédo-syphilis qui n'émanait primitivement que du père seul? On voit combien les choses se compliquent à la longue par cet échange des deux infections de la mère et de l'enfant qui se combinent et s'aggravent mutuellement.

L'infection intra-utérine, à son degré le plus faible, est celle qui se produit dans le cours d'une grossesse, lorsque la mère est devenue syphilitique après la conception. Mais là encore n'est-elle pas plus pénétrante que dans la syphilis acquise après la naissance?

L'hérédo-syphilis peut se transmettre à une seconde génération. C'est un fait tellement exceptionnel, et surtout si difficile à constater, qu'il a été nié. Jusqu'ici on ne connaît pas de syphilis transmise à une troisième génération.

NOTE

SUR TROIS CAS DE PARALYSIE GLOSSO-LABIO-LARYNGÉE :

Par M. le docteur F. Moty (de Bussang),
Professeur agrégé au Val-de-Grâce, médecin-major de première classe.

I.

La rareté des cas de paralysie glosso-labio-laryngée de Duchenne (de Boulogne), et l'obscurité qui règne encore sur l'étiologie de cette affection, nous font un devoir de rapporter les trois cas suivants, qui se sont produits dans une même famille, et qu'il nous a été donné d'observer, durant quelques années, pendant les courts séjours que nous avons faits à Bussang.

Voici d'abord l'histoire sommaire de cette famille :

Le père et la mère, encore vivants, cheveux châtain clair, bien constitués, mariés en novembre 1861, sont cousins issus de germains. Le père est graniteur, c'est-à-dire qu'il travaille le granit. Aucun indice de tare héréditaire chez les ascendants des deux lignes : plusieurs mariages consanguins ont eu lieu, d'ailleurs, dans les deux familles, sans avoir d'influence fâcheuse sur les enfants qui en sont nés.

Le ménage V..., qui nous occupe, a eu onze enfants, dont nous allons rapporter les observations plus ou moins complètes.

I. Le premier est une fille, née le 20 août 1862, mariée actuellement et mère de trois enfants, dont deux vivants; elle est bien portante.

II. Le deuxième est une fille, née le 21 avril 1864, et que j'ai examinée le 4 novembre 1880; ses parents racontent qu'elle était bien constituée à sa naissance et qu'elle resta bien portante jusqu'à l'âge de huit ans. A cette époque, et à la suite d'une frayeur, disent-ils, sa parole s'embarrassa et se perdit complètement dans l'espace de six mois. A l'âge de treize ans, apparut l'abaissement spasmodique du maxillaire inférieur, pendant la veille; la maladie, continuant ses progrès, offre au moment de notre examen, en novembre 1880, les symptômes suivants :

A. *Symptômes généraux.* — L'enfant, âgée de seize ans, est restée petite et paraît n'avoir que douze ans. Elle est habituellement assise, mais elle marche assez facilement, quoique avec hésitation; son équilibre est incertain; les membres supérieurs présentent aussi un certain degré d'incoordination des mouvements; l'annulaire et le petit doigt de la main droite sont en flexion, tandis que l'index est en extension habituelle. La malade conserve difficilement l'immobilité; il semble que des courants faradiques soient appliqués à tout instant, tantôt sur un point de son corps, tantôt sur un autre; c'est au cou que ces contractions cloniques sont le plus fréquentes. Tous ces phénomènes cessent pendant le sommeil.

B. *Lésions fonctionnelles des muscles cervicaux et thoraciques.* — Tous les muscles du cou sont animés de contractions cloniques paraissant alterner irrégulièrement entre deux groupes antagonistes. Le sterno-mastoïdien gauche prédominant porte ordinairement la face à droite, en abaissant la région temporale gauche; de temps à autre, une contraction brusque du muscle opposé ramène la tête vers sa position normale : mais elle paraît alors en équilibre instable et revient graduellement à son attitude habituelle. On remarque, d'autre part, que le groupe des fléchisseurs et celui des extenseurs de la tête prédominent tour à tour, de telle sorte que la face, habituellement déviée à droite, regarde tantôt en bas, tantôt en haut; ces mouvements de flexion et d'extension se combinent avec le mouvement de rotation et produisent une agitation continuelle. Quand on fléchit la tête, on détermine une contracture des fléchisseurs, qui maintient un instant la position donnée; la malade peut, du reste, fléchir ou étendre la tête au commandement; elle paraît rechercher l'extension quand elle est en présence de quelqu'un; il lui est impossible de conserver, plus d'une seconde, la position moyenne normale.

La contracture fréquente des inspirateurs a produit une sub-

luxation de l'extrémité sternale, des clavicules en haut et en avant; les premières côtes ont dû subir, sans doute, une déformation correspondante.

C. *Lésions et troubles de fonctionnement de la langue, des dents, des lèvres et du pharynx.* — Le maxillaire inférieur, attiré en bas par la contracture spasmodique des muscles du cou, reste habituellement abaissé : il remonte brusquement, de temps à autre, par un effort des masticateurs et comme mû par un ressort. Ce mouvement coïncide avec le renversement de la tête en arrière; la bouche se ferme alors avec bruit; mais, comme elle est presque toujours ouverte, la lèvre supérieure prend la forme d'un plein-cintre dans la concavité duquel apparaît le bord tranchant des incisives supérieures; celles-ci paraissent saillantes en avant. Comme elles sont comprimées par la lèvre distendue, on pourrait s'attendre à les trouver déviées en arrière, mais elles n'ont, en réalité, subi aucune déviation.

L'abaissement du maxillaire a encore pour conséquence un écoulement constant de la salive hors de la bouche : la malade étanche le liquide avec un mouchoir; mais, cependant, la peau du menton et de la partie antérieure du cou, continuellement humectée, s'irrite et présente un état eczémateux chronique. La langue, projetée en avant par la contraction de ses muscles géniens, appuie son extrémité derrière le maxillaire inférieur, tandis que sa face dorsale bombe au dehors; elle est un peu déviée à droite; sa muqueuse desséchée et noirâtre lui donne à peu près l'aspect d'une langue typhique. Elle ne peut aucunement servir à la déglutition, et la petite malade, qui s'alimente surtout avec des soupes épaisses, porte avec ses doigts les aliments tout au fond du pharynx; celui-ci fonctionne normalement. La malade peut même boire par gorgées rapides, sans que les liquides repassent par le nez, mais il en pénètre souvent quelques gouttes dans le larynx.

D. *Larynx, phonation, respiration.* — La phonation se borne à l'émission de sons inarticulés mais encore modulés et quelquefois intelligibles pour l'entourage de la petite malade. La voix a le timbre guttural; ni la langue ni les dents n'interviennent dans l'émission des sons; de temps à autre, une contraction brusque de la glotte amène une inspiration sifflante, accompagnée d'un violent effort réflexe des inspirateurs; c'est donc à la contraction de la glotte qu'il faut attribuer, en dernière analyse, la subluxation des clavicules notée plus haut.

E. *Organes des sens.* — Les mouvements isolés et associés des yeux, ainsi que ceux des paupières, sont intégralement conservés, mais la pupille droite est un peu plus contractée que la gauche. La vision est beaucoup plus mauvaise à droite et on remarque, à l'ophthalmoscope, de ce côté un amas de pigments choroïdiens autour de la papille. Les parents nous assurent que l'œil (emmétrope) n'a jamais été malade, et nous rattachons les lésions choroïdiennes qu'il présente, au spasme des muscles intrinsèques de l'œil.

L'ouïe est intacte; le goût et l'odorat semblent aussi conservés. La sensibilité au contact est diminuée; le sens calorique est conservé.

F. *État général. Développement physique et intellectuel.* — La santé générale est bonne, jamais de fièvre appréciable; le cœur bat un peu vite, mais il est sain. Poumons intacts. L'enfant est maigre et a, d'après le dire de ses parents, une tendance à l'hémophilie.

Nous avons déjà dit que le développement de la petite malade semblait s'être arrêté vers l'âge de douze ans; cependant, l'intelligence est restée saine; l'enfant obéit à ses parents, elle a même une certaine délicatesse et refuse de manger devant qui que ce soit, parce qu'elle n'y réussit qu'avec trop de manœuvres. Elle est morte le 2 février 1881, à l'âge de dix-sept ans, sans avoir été réglée. Dans les six semaines qui précédèrent sa mort, elle s'affaiblit progressivement, comme par inanition.

III. Le troisième enfant est encore une fille, née le 19 janvier 1866. Elle était bien constituée et se développa normalement jusqu'à sept ans. A cette époque, et sans cause apparente, la maladie débuta chez elle comme chez son aînée, et avec les mêmes symptômes fondamentaux. Nous l'avons examinée en 1878, et voici son observation résumée :

Tête inclinée à gauche; face tournée à droite comme dans le premier cas; marche très difficile, le pied gauche fauche; les fléchisseurs des membres supérieurs sont contracturés à droite; le membre supérieur gauche et l'inférieur droit sont moins atteints que leurs congénères, les yeux sont intacts; les mouvements continuels observés chez l'aînée n'existent pas chez elle, et il semble y avoir seulement fausse contracture d'un groupe musculaire, par suite d'affaiblissement de son antagoniste.

Le maxillaire inférieur est abaissé; la langue est peu mobile, la salive s'écoule sur le menton, comme dans le cas précédent, mais les clavicules ne sont pas subluxées; les contractures disparaissent pendant le sommeil. Développement arrêté un peu plus tôt que chez sa sœur. L'affection progressa plus vite aussi : en 1879, l'enfant avait les jambes et les bras contracturés et ne pouvait plus marcher, ni s'alimenter elle-même. Elle succomba dans le marasme le 6 avril 1880, à l'âge de quatorze ans, un an avant sa sœur.

IV. Le quatrième enfant est un garçon, né le 24 février 1868. Il est né bien constitué, mais il a fait, à l'âge d'un an, une chute qui a déterminé une luxation iliaque du fémur droit. Cette luxation n'a pas été réduite, et on la constate encore facilement (raccourcissement du membre, saillie de la tête dans la fosse iliaque, rotation du membre en dedans, inclinaison du bassin et courbure compensatrice de la colonne lombaire). La paralysie glosso-labio-laryngée a débuté chez lui vers l'âge de sept ans; il a été deux ans à l'école; mais il a dû cesser de la fréquenter, à huit ans, parce que sa parole devenait inintelligible.

Voici le résultat de nos deux premiers examens :

Développement physique arrêté; l'enfant est petit, sauvage de caractère, d'aspect vieillot; il a toujours marché difficilement à cause de sa luxation, mais la locomotion devient de plus en plus difficile, à cause de la contracture des muscles; ses jambes peuvent exécuter les mouvements normaux, mais avec lenteur, les muscles extenseurs et fléchisseurs paraissent également contracturés; l'aspect de la hanche droite fait penser d'abord à une coxalgie, mais l'intégrité du fémur, du bassin et de la colonne vertébrale prouve bien que la luxation est simple et n'a d'autre cause que le traumatisme.

Les membres supérieurs sont contracturés avec prédominance des fléchisseurs; les mains restent fléchies et inclinées vers leur bord cubital, de telle sorte que le dos de la main regarde en bas, en avant et en dedans; contrairement à ce qui se passe chez les aînées, la flexion des mains persiste pendant le sommeil. Les avant-bras sont habituellement fléchis et animés de mouvements cloniques variés; ils peuvent être étendus un instant par un mouvement volontaire.

La tête est constamment fléchie, mais ne subit pas de rotation, et les sterno-mastoïdiens sont contracturés tous deux également.

La respiration est assez facile, et, malgré la contracture des sterno-mastoïdiens, les clavicules ne sont pas subluxées.

Le cœur et les organes dépendant du pneumogastrique fonctionnent normalement.

La langue est contracturée et légèrement rétractée à gauche. Le petit malade ne peut pas la tirer; les dents sont saines, la déglutition se fait à l'aide de la main enfonçant le bol alimentaire vers le fond du pharynx; les liquides sont facilement avalés.

La bouche reste constamment ouverte, par suite de la contracture des abaisseurs du maxillaire; cette contracture est moins intense que dans les cas précédents; la bouche se ferme brusquement, sans bruit; toujours par un mouvement de ressort, mais de ressort moins tendu. La salive s'écoule sur le menton et le cou qui sont érythémateux; le sillon médian de la lèvre supérieure est très effacé.

Sa voix présente les mêmes caractères que celle de ses sœurs, seulement la glotte paraît plutôt paralysée que contracturée. Il

n'y a pas de respiration sifflante et c'est pour cela sans doute que les clavicules ne se sont pas subluxées.

Les yeux sont normaux dans leurs parties extrinsèques et intrinsèques. Même observation pour les oreilles. Enfin, la constitution est délicate, sans caractère spécial, l'intelligence est saine et même vive.

Au moment de notre dernier examen, l'enfant a vingt et un ans; le début de son affection remonte donc à treize ans; son aspect reste le même et il semble toujours avoir onze ans. Sa figure vieillotte ne porte aucune apparence de barbe, et ses organes génitaux sont restés infantiles. Appétit conservé. Selles et urines normales. Aucun trouble apparent dans les organes placés sous la dépendance du pneumogastrique. Les bras, les jambes, le dos et le cou sont animés de mouvements cloniques continuels. Quand le malade est assis, son corps se balance de telle manière, que l'on craint à chaque instant de le voir tomber; il conserve cependant le sentiment de l'équilibre, puisque cet accident ne lui arrive jamais. La marche devient de plus en plus difficile, quoique le malade puisse encore parcourir sans appui, mais en trébuchant, une distance de 1 à 2 mètres.

Les doigts sont fléchis, les mains en pronation ou plus souvent en supination mais toujours en flexion forcée, les avant-bras le plus souvent en extension; par suite de cette attitude habituelle et du besoin qu'éprouve le malade de s'appuyer constamment, de volumineux durillons, recouvrant des bourses séreuses accidentelles, se sont développés des deux côtés: 1° à la face dorsale de l'articulation interphalangienne supérieure; 2° au-dessus des articulations métacarpo-phalangiennes; 3° au dos du poignet; 4° au coude, ce qui rend ses membres supérieurs tout à fait difformes.

La contracture alternative des muscles antérieurs et postérieurs du cou produit des mouvements forcés de flexion et d'extension de la tête, le peaucier hypertrophié forme au-devant du cou des plis obliques comme les fibres du muscle et très apparents pendant la flexion.

Le corps thyroïde a pris un fort développement, et les veines jugulaires externes dilatées, ainsi que leurs collatérales, forment, pendant l'extension de la tête, de gros cordons variqueux. Comme cette dernière position est devenue habituelle, le larynx et la trachée se sont aplatis peu à peu; le cou paraît élargi et la glotte rétrécie ne laisse passer l'air qu'avec un sifflement doux ou rude, suivant que la tête est fléchie ou étendue; la dilatation des veines et l'hypertrophie du corps thyroïde sont probablement en rapport avec la gêne respiratoire.

Les lèvres sont attirées en bas pendant les mouvements d'extension et le milieu de la lèvre supérieure étant, au contraire, un peu relevé, les incisives supérieures font une saillie apparente en avant; toutes les molaires se sont cariées, les collets des incisives sont érodés. Les muscles des lèvres et des joues sont contracturés, toutefois la déglutition des liquides et des solides est encore possible. Les ailes du nez sont relevées, les mouvements des yeux et des paupières semblent normaux, cependant le malade ne peut fermer aucun des deux yeux isolément. Le tact est peut-être un peu diminué; les autres organes des sens ne sont pas sensiblement altérés; l'intelligence est restée vive, mais son évolution a certainement subi le même arrêt que l'organisme en général.

V. Le cinquième enfant est un garçon, né le 31 août 1870, bien constitué, bien développé, atteint, en 1886, d'ostéite tuberculeuse du grand trochanter gauche, atrophie musculo-cellulaire du membre, demi-ankylose de la hanche, collection liquide prétrochantérienne, au moment de notre examen, en décembre 1888. Le 10 juin 1889, cette collection s'était résorbée sous l'influence de la teinture d'iode, à l'extérieur, et le jeune homme allait régulièrement au travail, malgré l'atrophie de sa cuisse et les mouvements limités de sa hanche.

VI. Le sixième enfant est un garçon, né le 4 juillet 1872, bien constitué, mais encore petit en 1888.

VII. Le septième enfant, garçon, est né le 12 septembre 1874, bien constitué.

VIII. Le huitième enfant, garçon, est né le 9 avril 1877.

IX. Le neuvième enfant, garçon, est né le 19 novembre 1879.

X. Le dixième enfant, fille, est née le 9 février 1882.

XI. Le onzième enfant est une fille, née le 3 décembre 1884.

Les six derniers enfants sont bien portants et bien constitués.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 décembre 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

COMMUNICATIONS

Hystéropexie sans ouverture du péritoine. — M. POZZI donne lecture, au nom de M. Roux (de Lausanne), d'une observation ayant trait à une hystéropexie sans ouverture du péritoine. L'opérateur insiste sur les dangers de l'hystéropexie pratiquée ainsi à l'aveugle. A trois reprises, des anses d'intestin grêle ont failli être perforées.

L'hystéropexie après ouverture du péritoine est bien supérieure.

Plaie pénétrante de l'abdomen. — M. RECLUS dépose, sur le bureau de la Société, une observation envoyée par M. Lagrange (de Bordeaux). Il s'agit d'une plaie pénétrante de l'abdomen, suivie de guérison et traitée par l'abstention opératoire.

Tumeur de la fesse. Hernie de l'ovaire droit. Opération. — M. ROUTIER est chargé, par M. Chenieux (de Limoges), de soumettre à l'appréciation de la Société de chirurgie l'histoire d'une malade atteinte d'une tumeur volumineuse de la fesse droite.

L'opération permit de constater qu'il y avait hernie de l'ovaire. La guérison fut obtenue.

DISCUSSION SUR LE PROLAPSUS DU RECTUM

M. VERNEUIL. Il est bien entendu que la discussion porte sur les prolapsus invétérés du rectum, lorsque la chute rectale mesure 8, 12 centimètres et même davantage. Dans ces cas, il y a un véritable dédoublement du rectum.

Il y a quelques mois, M. Verneuil a eu à traiter deux malades atteints de prolapsus : un Russe et une jeune femme.

Dans ces deux cas, le prolapsus était considérable. Non seulement la défécation faisait sortir par l'anus une sorte de battant de cloche, mais la marche seule suffisait pour produire la chute rectale. La marche était devenue, sinon impossible, du moins extrêmement pénible, d'autant plus qu'au prolapsus proprement dit s'était ajoutée une rectite assez prononcée.

Il fallait intervenir.

L'électricité, la strychnine, l'ergotine, les douches froides, les cautérisations sous des formes variées n'avaient donné que des résultats négatifs, il fallait recourir à l'intervention sanglante.

Contre les prolapsus rectaux considérables, on a imaginé des procédés opératoires que l'on peut ranger en deux familles différentes.

Dans la première famille se trouve l'excision de la partie prolabée. La résection de la chute du rectum est une méthode ancienne qui a été réhabilitée de nos jours. Il faut y avoir recours quand le prolapsus est irréductible, quand il est atteint de gangrène ou qu'un néoplasme vient le compliquer.

Dans la deuxième famille, se trouvent rangés les procédés ano-rectaux qui ont pour but de rétrécir l'orifice anal et même le rectum.

Il faut citer les procédés de Lambert, de Lange, de Duret et de Schwartz. Ce dernier auteur a eu l'idée d'agir sur le périnée antérieur, tandis que les autres opérateurs agissent sur le périnée postérieur. Toutes ces opérations ont pour résultat de rétrécir le rectum, mais aucune d'elles ne remédie à la perte des moyens de fixité du rectum.

M. Jeannel a proposé la colopexie supérieure sur laquelle l'orateur a eu l'occasion de s'expliquer.

M. Verneuil, à peu près à la même époque que M. Jeannel faisait l'opération précédente, a eu l'idée de traiter les prolapsus du rectum complets et invétérés : 1° par la réduction de l'intestin ; 2° par la fixation du rectum ; 3° par la diminution du calibre de l'anus.

Dans les cas observés par M. Verneuil, l'anus avait pris une forme ovalaire. Après avoir bien pris les dimensions de l'orifice anal et avoir calculé ce qu'il fallait retrancher, M. Verneuil trace une incision transversale de chaque côté de l'anus et se dirigeant vers les ischions. Cette double incision, perpendiculaire au raphé périnéal, comprend la peau et le tissu cellulaire. A l'extrémité externe des deux incisions précédentes partent deux autres incisions obliques qui se rencontrent en arrière au niveau du coccyx. On obtient ainsi un lambeau triangulaire à base antérieure. Ce lambeau est soigneusement disséqué et relevé. On a facilement ensuite la paroi postérieure du rectum sous les yeux.

Il s'agit maintenant de placer des fils dans cette paroi rectale, de façon à relever le gros intestin prolabé.

Avec une aiguille analogue à l'aiguille d'Emmet, on passe de gros fils qui traversent la peau, sur les parties latérales des incisions obliques et la paroi rectale dans différentes parties de sa hauteur.

Le premier fil est enfoncé plus haut que la pointe du triangle et passe dans la paroi rectale postérieure dans un point très élevé.

Le deuxième fil, placé plus avant, traverse d'abord les tissus situés en dehors de l'incision oblique gauche, puis la paroi rectale, et ressort dans un point symétrique situé en dehors de l'incision oblique droite.

En serrant les anses de ces fils, on fait remonter le rectum et on ferme la large brèche ano-rectale.

Des points superficiels complètent la suture.

Pour obtenir une bride cicatricielle solide, M. Verneuil cherche un certain degré de suppuration. On a ainsi une grosse bride inodulaire très résistante.

Le toucher permet de constater que l'anus est rétréci et le rectum fixé.

Le résultat immédiat de cette opération est excellent, mais le résultat définitif laisse beaucoup à désirer.

M. Verneuil avait pratiqué cette rectopexie postéro-inférieure à la jeune femme en question. Il n'avait pu fixer le rectum en avant. Aussi la récidive a-t-elle eu lieu à la partie antérieure, par défaut de soutien. Il a dû faire une opération complémentaire rappelant la taille de Demarquay. Néanmoins, le prolapsus s'est reproduit.

M. Ricard, qui remplaçait M. Verneuil, a pratiqué l'excision du prolapsus et de nouveau a rétréci l'anus. Le résultat, parfait d'abord, n'a pas été durable.

M. Verneuil a alors fait une incision à la paroi abdominale, comme s'il voulait pratiquer l'anus iliaque. Il a découvert le gros intestin et a tiré sur le bout inférieur, de façon à faire remonter le rectum. Le prolapsus ayant été réduit, M. Verneuil a suturé le gros intestin aux lèvres de l'incision iliaque. Aujourd'hui, malgré ces opérations multiples, la récidive commence à se manifester.

L'autre malade, le Russe, était dans un état lamentable quand il a été opéré. Le résultat est encore aujourd'hui parfait, mais la rectopexie postéro-supérieure ne date que de quatre mois. Quel sera le sort de cet opéré ? L'avenir l'apprendra.

M. Verneuil insiste sur la paralysie du sphincter anal qui est une cause de récidive du prolapsus.

Ces résultats, si précaires qu'ils soient, doivent être connus.

M. DELENS a opéré deux prolapsus rectaux, d'après le procédé d'Allingham.

Ce traitement consiste à badigeonner le prolapsus avec de l'acide azotique fumant et à bourrer le rectum avec un tampon. On constipe le malade pendant une semaine. Il se produit une inflammation péri-rectale qui donne de bons résultats dans la cure du prolapsus.

M. Delens a opéré ainsi une femme de trente-deux ans. Le prolapsus rectal se produisait par la simple station verticale. La guérison s'est maintenue pendant huit mois. La malade a été perdue de vue.

Chez une autre femme, le prolapsus rectal a été guéri de la même façon. Mais la malade a disparu après une certaine période d'observation.

Dans un autre cas, M. Delens n'a pas osé pratiquer le traitement d'Allingham, à cause de l'étendue considérable du prolapsus.

M. SCHWARTZ revient sur l'histoire de son malade (1) et précise les détails opératoires. Il s'agissait d'un homme de trente-sept ans affecté d'un prolapsus rectal du volume du poing, et contenant dans son dédoublement des anses d'intestin grêle. Voici l'opération que M. Schwartz fit subir au malade au mois de février dernier.

Après avoir appliqué six raies de feu sur la muqueuse prolabée, il réduisit la tumeur et pratiqua, sur la partie antérieure de l'anus, une véritable périnéorrhaphie qui déplaça ainsi l'anus et le reporta en arrière vers le coccyx. Ce malade a été examiné ce matin. La guérison se maintient. Le sphincter anal est puissant, résultat d'autant plus digne d'être noté, que le sphincter était complètement relâché avant l'opération. On pouvait introduire le poing dans le rectum sans que l'anesthésie fût nécessaire.

L'opération que M. Schwartz a pratiquée, lui avait été suggérée par ce qu'il avait vu à Vienne, chez le professeur Albert.

M. VERNEUIL est tout disposé à imiter la conduite de M. Schwartz, si la rectopexie ne réussit pas chez les deux opérés. L'idée de M. Schwartz est rationnelle.

M. SEGOND, après avoir narré de nouveau l'histoire de son malade, constate que le résultat obtenu par M. Verneuil a été satisfaisant dans un cas. M. Segond a examiné l'opérée de M. Verneuil et trouve que sa malade est très améliorée.

Mais il veut faire quelques observations à propos de la colopexie qui semble être une bonne opération.

Dans tout prolapsus du rectum, il faut obéir à une indication majeure, à savoir la résection de la portion prolabée. Quand on se trouve en présence d'un prolapsus de l'utérus compliqué d'un allongement hypertrophique du col, il faut d'abord pratiquer la section du col, avant de faire l'hystéropexie. Il en est de même pour le rectum. Avant de pratiquer la colopexie, M. Segond ferait l'excision de la muqueuse prolabée.

M. ROUTIER. La malade dont il a parlé dans la dernière séance est restée guérie pendant un an. Mais, depuis le mois d'octobre, la chute du rectum a commencé à se reproduire.

M. NÉLATON. Le malade de M. Segond ne peut être assimilé à ceux de MM. Verneuil et Nélaton. M. Segond a traité un homme atteint de rétrécissement du rectum. Par suite des efforts de défécation, le malade a expulsé son rétrécissement, ce qui a entraîné le prolapsus. Il suffisait de faire disparaître le rétrécissement pour amener la guérison du prolapsus.

Dans le cas que M. Nélaton a observé, il s'agissait d'un prolapsus par défaut de fixité du rectum. Il ne faut donc pas confondre ces deux variétés de prolapsus rectal.

M. VERNEUIL. M. Segond pense que l'on peut combiner l'excision à la colopexie. Tel n'est pas l'avis de M. Verneuil qui croit que cette dernière opération doit être substituée à la résection du prolapsus. La comparaison, établie par M. Segond entre le prolapsus rectal et la chute de la matrice, avec allongement hypertrophique du col, n'est pas tout à fait démonstrative. Dans l'allongement hypertrophique d'Huguier, il y a excès de tissus. Dans la chute du rectum, il existe simplement un glissement de la muqueuse.

Quoi qu'il en soit, M. Verneuil ne croit pas utile d'associer la colopexie supérieure à la résection du prolapsus.

M. SEGOND, répondant à M. Nélaton, déclare qu'on n'est pas autorisé à mettre sur le compte du rétrécissement le prolapsus

(1) Voir *Gazette des hopitaux*, 1889, p. 1075.

rectal traité par lui. Les interventions multiples pratiquées sur la chute du rectum de ce jeune homme, ont probablement amené le rétrécissement. Celui-ci serait donc consécutif au traitement et non la cause du prolapsus.

ÉLECTION

La Société de chirurgie procède à l'élection d'un membre titulaire.

M. Gérard Marchant est élu par 27 voix sur 30 votants.

PRÉSENTATIONS

Corps étrangers de l'œsophage et de l'urèthre; appareil pour la chloroformisation. — M. CRÉQUY présente : 1° un écheveau de fil pour enlever les corps étrangers de l'œsophage; 2° une bougie ordinaire à l'extrémité de laquelle on attache un fil pour extraire les corps étrangers de l'urèthre; 3° un petit appareil pour la chloroformisation. (Sera publié.)

Anévrysme de l'artère fémorale. — M. BAZY présente un énorme anévrysme de l'artère fémorale. Excision, guérison.

Grossesse tubaire. — M. BOUILLY présente une pièce intéressante. Il s'agit d'une grossesse tubaire. M. Bouilly croyait faire la laparotomie pour enlever une salpingite suppurée ; il se trouva en présence d'une poche contenant des caillots de sang stratifiés et à l'intérieur se trouvait un petit fœtus.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Segond, agrégé, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale.

M. Cathelineau (Henri), pharmacien de première classe, est nommé chef adjoint du laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Pouchet, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Vanhersecke (Gustave-Bertin-Amand) est nommé aide d'anatomie, en remplacement de M. Lehoucq, démissionnaire.

— M. Demon, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'accouchements.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Brousse, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Hérail, agrégé, est nommé professeur de matière médicale (chaire nouvelle).

— *École de médecine de Dijon.* — M. le docteur Cottin (Émile) est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— *École de médecine de Rennes.* — M. le docteur Dayot, est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— M. le docteur Paul Gibier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est chargé d'une mission en vue d'étudier l'organisation de l'enseignement médical dans les États-Unis de l'Amérique du Nord.

— Un concours pour une place de chef de clinique médicale, près la Faculté de médecine de Nancy, s'ouvrira devant cette Faculté le lundi 23 décembre 1889, à huit heures du matin. Le registre d'inscription sera clos le 20 décembre. — Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de Nancy.

— Nous recevons le premier numéro (1er décembre 1889) d'un nouveau journal « la Revue chirurgicale » ; ce journal, dirigé par M. le docteur Fort, sera consacré à l'étude des maladies des voies urinaires, et paraîtra deux fois par mois.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Desplous (de Liart); Hinglais (de Constantine); Seguin (de Chauché); Volkmann (de Halle).

— C'est par erreur que M. Deschamps (Eugène), docteur médecin, secrétaire du Congrès d'hygiène et de démographie, figure sur l'arrêté du 19 novembre dernier, nommant des officiers d'Académie. M. Deschamps a été nommé officier de l'Instruction publique.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 142. — JEUDI 12 DÉCEMBRE 1889. 62e ANNÉE. JEUDI 12 DÉCEMBRE 1889. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 10 décembre 1889. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

RAPPORT

M. FÉRÉOL, secrétaire annuel, donne lecture du rapport sur les prix décernés en 1889.

PRIX DE 1889

PRIX DE L'ACADÉMIE (1000 francs). — Question : *Physiologie du nerf pneumogastrique.* — Deux mémoires ont été présentés au concours. — Le prix n'est pas décerné. — L'Académie accorde : 1° une mention honorable avec une somme de 800 francs, à MM. les docteurs G. Arthaud, chef des travaux de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, et Lucien Butte, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis (Paris); 2° un encouragement de 200 francs à M. le docteur Charles Livon, professeur à l'École de médecine de Marseille.

PRIX ALVARENGA (800 francs). — Quinze ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie a décerné : 1° un prix de 500 francs à MM. les docteurs Viault et Jolyet (de Bordeaux), pour leur *Traité élémentaire de physiologie humaine;* 2° un encouragement de 300 francs à M. le docteur Roux (de Paris), pour son *Traité des maladies des systèmes lymphatique et cutané;* 3° une mention honorable à M. le docteur Pineau (d'Oléron), pour son *Étude pathogénique et clinique d'une épidémie complexe de paludisme*; 4° une mention honorable à M. le docteur Sicard (de Béziers), pour son mémoire intitulé : *Contribution à l'étude bactériologique de la variole.*

PRIX BARBIER (2300 francs). — Huit concurrents se sont présentés. — L'Académie partage également le prix entre M. Pourquier (de Montpellier), pour ses *Recherches sur l'atténuation du virus de la variole ovine;* et M. le docteur Widal (de Paris), pour ses *Études sur l'infection puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle.*

PRIX HENRI BUIGNET (1500 francs). — Quatre ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur A. Imbert, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, pour son ouvrage sur : *Les anomalies de la vision.*

PRIX CAPURON (1000 francs). — Question : *Des diverses méthodes et des procédés d'exécution de l'opération césarienne.* — Six mémoires sur ce sujet ont été soumis au concours. — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Berlin (de Nice). Une mention très honorable est, en outre, accordée à M. le docteur Émile Blanc, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

PRIX CIVRIEUX (800 francs). — Question : *Des troubles de la sensibilité dans le tabes.* — Cinq mémoires ont été présentés au concours. — Le prix n'est pas décerné. — L'Académie accorde : 1° une mention honorable avec une somme de 500 francs à M. le docteur Germaix, aide-major de première classe au 154e régiment d'infanterie, à Commercy (Meuse); 2° une mention honorable à M. le docteur Bernard, médecin à la Ruche, Dinard-les-Bains (Ille-et-Vilaine).

PRIX DAUDET (1000 francs). — Question : *Des néoplasmes congénitaux.* — Un seul mémoire a concouru. — L'Académie décerne le prix à l'auteur de ce travail, M. le docteur Hector Cristiani, de Genève (Suisse).

PRIX DESPORTES (1300 francs). — Neuf ouvrages ou mémoires ont été envoyés au concours. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde les encouragements suivants : 1° 800 francs à M. Dupuy, pharmacien à Mauriac (Cantal), pour son étude sur les *Alcaloïdes;* 2° 500 francs à MM. les docteurs de Beurmann et Villejean (de Paris), pour leur ouvrage intitulé : *Des injections hypodermiques de quinine;* une mention honorable a été accordée, en outre, à M. le docteur E. Duval (de Paris), pour son *Traité pratique et clinique d'hydrothérapie.*

CONCOURS VULFRANC GERDY. — L'Académie avait, en 1889, quatre stagiaires en exercice. — MM. Boutarel et Lamarque, ayant rempli leur mandat à la satisfaction de la Commission des Eaux minérales, l'Académie leur a décerné à chacun le titre de lauréat (*Prix d'hydrologie*). — Conformément à l'article 9 du règlement du concours Gerdy, l'Académie leur a accordé, en outre, une somme de 500 francs pour chaque rapport déposé. — MM. Gauly et Gresset, nommés stagiaires au dernier concours, ont été dirigés sur les stations thermales suivantes : M. Gauly à Salies-de-Béarn, et M. Gresset à Miers; ils ont reçu chacun 1500 francs pour ces missions.

PRIX GODARD (1000 francs). — Cinq ouvrages ou mémoires ont concouru. — L'Académie partage le prix entre : M. le docteur L.-H. Petit, bibliothécaire adjoint à la Faculté de médecine de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Des tumeurs gazeuses du cou;* et M. le docteur Jules Bœckel, chirurgien des hôpitaux civils de Strasbourg, pour son travail ayant pour titre : *De la résection du genou. — Étude basée sur une série de 64 observations personnelles, dont 47 inédites.*

PRIX HUGUIER (3000 francs). — Deux concurrents se sont présentés. — Le prix est décerné à M. le docteur Cazin, chirurgien de l'hôpital de Berck, pour son mémoire sur les *Fistules vésico-vaginales.*

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE (1000 francs). — Question : *De la*

croissance au point de vue morbide. — Onze mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie. — Le prix de 1 000 francs est décerné à M. le docteur Fiessinger, médecin à Oyonnax (Ain). — L'Académie accorde, en outre : 1° un encouragement de 400 fr. à M. le docteur Jules Comby (de Paris), médecin des hôpitaux; 2° un encouragement de 400 francs à M. le docteur Camille Darolles, de Provins (Seine-et-Marne); 3° une mention très honorable à M. le docteur Louis Barbillon (de Paris), ancien interne des hôpitaux.

Prix Laborie (5000 francs). — Quatre ouvrages ont été présentés au concours. — L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1° un prix de 2500 francs à M. le docteur Tuffier, chirurgien des hôpitaux de Paris, pour ses *Études expérimentales sur la chirurgie du rein*; 2° un prix de 1500 francs au mémoire portant la devise suivante : « *En tout, l'expérience vient en aide à l'observation clinique.* » Les auteurs de ce travail sont MM. les docteurs Chauvel, professeur au Val-de-Grâce; Nimier, agrégé au Val-de-Grâce; Breton, médecin-major au 89e de ligne; Pesme, aide-major au même régiment; 3° un encouragement de 1000 francs à M. le docteur Marguet (de Paris), pour son ouvrage sur les *Kystes hydatiques des muscles volontaires, histoire naturelle, et clinique*; 4° une mention honorable à M. le docteur Poupinel (de Paris), pour son mémoire sur la *Stérilisation des instruments de chirurgie par la chaleur sèche.*

Prix Laval (1000 francs). — Le prix est décerné à M. Touvenaint, élève en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Louis (4000 francs). — Question : *Des médications antithermiques.* — Deux concurrents se sont présentés. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs à M. le docteur Léon Petit (de Paris).

Prix Meynot aîné père et fils (2600 francs). — Cinq ouvrages ont été présentés pour ce concours. — L'Académie décerne : 1° un prix de 2000 francs à M. le docteur E. Hocquard, médecin-major de première classe au 4e ligne, pour ses *Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur l'appareil accommodateur*; 2° une récompense de 600 francs à M. le docteur Tscherning (de Paris), auteur d'un mémoire intitulé : *Recherches sur quelques parties de la dioptrique oculaire.*

Prix Adolphe Monbinne (1500 francs). — L'Académie a reçu cinq mémoires pour ce concours. — La somme de 1500 francs est partagée de la manière suivante : 1° un prix de 1000 francs à M. le docteur Édouard Boinet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, pour ses *Recherches microbiennes et expérimentales faites au Tonkin en 1887-1888*; 2° un prix de 500 francs à M. le docteur Paul Raymond (de Paris), pour son mémoire sur l'*Enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie en Allemagne et en Autriche*; 3° une mention honorable a été, en outre, accordée à M. le docteur Baratoux (de Paris), pour son rapport adressé à M. le ministre de l'Instruction publique, sur l'*Enseignement des maladies de l'oreille, du larynx et du nez aux États-Unis et au Canada.*

Prix Oulmont (1000 francs). — Le prix est décerné à M. Widal, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

Par suite des modifications apportées au concours des prix de l'internat (médaille d'or), le prix Oulmont sera décerné alternativement à l'interne en médecine et, l'année suivante, à l'interne en chirurgie.

Prix Portal (800 francs). — Question : *De l'anatomie et de la physiologie pathologiques des capsules surrénales.* — Deux mémoires ont été soumis au jugement de l'Académie. — Le prix est décerné à MM. les docteurs Henri Alezais, médecin des hôpitaux, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine de Marseille, et François Arnaud, médecin des hôpitaux, professeur suppléant à ladite École.

Prix Pourat (900 francs). — Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.* — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce prix. La même question sera remise au concours pour l'année 1892.

Prix Vernois (700 francs). — Onze ouvrages ont été soumis au concours. — L'Académie décerne : 1° le prix à M. Neumann, professeur à l'École de médecine vétérinaire de Toulouse, pour son *Traité des maladies parasitaires non microbiennes des animaux domestiques*; 2° une mention honorable à M. le docteur Fleury, de Saint-Étienne (Loire), pour son *Compte rendu du bureau municipal d'hygiène et de statistique pendant les années* 1884, 1885, 1886 *et* 1887.

Eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1887 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Japhet (de Paris), président de la Société d'hydrologie;

2° *Rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Caulet (de Saint-Sauveur) et Tillot (de Luxeuil).

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Charles Lavielle (à Dax), Poncet (de Vichy) et Royer (à Challes).

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bourgarel (de Pierrefonds), Achille Bouyer (de Cauterets) et Grimaud (à Barèges).

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Nicolas (du Mont-Dore), de Pietra Santa (à Paris) et Paul Rodet (de Vittel).

6° *Rappels de médailles de bronze à :* MM. les docteurs Deligny (à Saint-Gervais) et Lafosse, à Vals (Ardèche).

Épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1888 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Bertrand (E.-L.), professeur d'hygiène à l'École navale de Toulon.

2° *Rappel de médaille d'or à :* M. le docteur Coustan, médecin-major de première classe au 122e régiment d'infanterie.

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs G. André, professeur à l'École de médecine de Toulouse; E. André, médecin-major; Dardignac et Collignon, médecins-majors; Fiessinger, médecin à Oyonnax; Fonsard, médecin-major de deuxième classe, et M. Ehrmann, pharmacien à Saint-Quentin; Geschwind, médecin-major du 2e régiment de tirailleurs; Hahn, bibliothécaire en chef à la Faculté de médecine de Paris; Michaux, médecin-major de première classe au 6e régiment d'infanterie; Pedrono, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lorient; Renard, médecin-principal de première classe.

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Aubert, médecin-major de première classe; Botrel, de Saint-Malo; Ernest Durand, de Marseillan; Senut, médecin-major de première classe au 19e régiment d'artillerie; Sicard, de Béziers.

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Bard, médecin des hôpitaux de Lyon; Bartoli, médecin des épidémies de l'arrondissement de Calvi; Bordas (Frédéric), préparateur au laboratoire de toxicologie de la Faculté de médecine de Paris; Demeunynck, médecin-major au 6e escadron du train des équipages; Lafforgue, aide-major du 102e régiment d'infanterie; Marty, de Fleury (Aude); Penant, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vervins; Saussol, de Montpellier; Tartière (Émile), médecin-major au 2e régiment de hussards.

6° *Rappels de médailles de bronze à :* M. Jenot, médecin à Dercy (Aisne) et M. le docteur Neis (de Pont-Croix).

Hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge, et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux mémoires ou travaux en dehors de la question de prix :

1° *Médailles de vermeil à :* M. le docteur Blache, de Paris, inspecteur des enfants protégés; M. Fleury, inspecteur des enfants

assistés et protégés du département du Cher; M. Jenot, médecin à Dercy (Aisne), inspecteur des enfants assistés et protégés; M. le docteur Séjournet, de Revin.

2° *Rappel de médaille de vermeil à :* M. le docteur Ledé, médecin-inspecteur des enfants protégés à Paris.

3° *Médailles d'argent à :* M. le docteur Bertherand, à Alger; M. Delage, inspecteur des enfants assistés du département de la Gironde; M. le docteur Durand-Desmons, inspecteur des enfants assistés du département de Seine-et-Marne; M. Fonné, inspecteur des enfants assistés du département du Tarn; M. Lelimouzin, inspecteur des enfants assistés du département du Calvados; M. Sourd, inspecteur des enfants assistés du département de la Nièvre; M. Thiébaut, inspecteur des enfants assistés du département de la Meuse; M. le docteur Verrier, de Paris.

4° *Médailles de bronze à :* M. Audoin, inspecteur des enfants assistés et protégés du département de la Savoie; M. le docteur Berlin, de Nice; M. Burlet, inspecteur des enfants assistés et protégés du département de la Drôme; M. Galaud, inspecteur des enfants assistés et protégés du département des Hautes-Alpes; M. le docteur Golay, à Genève; M. le docteur Raymond (Paul), de Paris; M. Rollet, inspecteur des enfants assistés et protégés du département de l'Ain; M. Savouré-Bonville, inspecteur des enfants assistés et protégés du département de l'Eure.

VACCINE. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder :

1° *Un prix de 1500 francs* à distribuer de la manière suivante : 500 francs à partager également entre MM. les docteurs Léon Canolle et Pujol; 500 francs à M. le docteur Henry Girard; et 500 francs à M. le docteur Layet, de Bordeaux.

2° *Quatre médailles d'or à :* M[lle] Bauduin, sage-femme à Vannes; MM. les docteurs Boyer (J.), médecin conservateur du vaccin; Chonneaux-Dubisson, médecin de l'hôpital de Villers-Bocage; Coiffier, médecin au Puy.

3° *Cent médailles d'argent :* Aux vaccinateurs dont les noms suivent, et qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par les observations ou les mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie :

MM. les docteurs Aubert, médecin-major de première classe au 23e d'infanterie; Barbanson, à Morlaix; Baurac, médecin de deuxième classe de la marine; Bayard, médecin-major de première classe, au 2e régiment étranger; Bazin, aide-major de première classe au 4e spahis; Beaujolin, à Saint-Symphorien-sur-Coise; Bercioux, à Bourges; Bergot, à Lesneven; Bidard (René), à Domfront; Blaise, médecin-major de première classe au 26e d'artillerie; Blayac (E.), à Paris; Bouteloup (J.), médecin de colonisation à Orléansville; Calignon, à Vénissieux; Carlier, médecin-major de l'École de Montreuil-sur-Mer; Carrière (G.), à Saint-André-de-Valborgne; Cassedebat, médecin-major de deuxième classe à Marseille; Castelbon, médecin de colonisation à Elkseur; Chabaud, à Jaujac; Chapoy, à Besançon; Chatain (Ch.), médecin-major de première classe au 8e de ligne; Ciaudo (J.), à Nice; Collin, à Quimper; Courrent (P.) à Tuchan; Deschamps (L.), à Paris; Devoisins, à Acy-en-Multien; Dubuisson, à Châteauneuf; Dupeyron, médecin aide-major de première à l'École des Andelys; Duprey, médecin-major de première classe au 3e génie; Écorchard, à Muzillac; Fabre (Ph.), à Rivesaltes; Fouque (A.), à Paris; Gaillard, à Parthenay; Girou, à Aurillac; Goldschmidt (D.), à Strasbourg; Grosfillay, à Nonancourt; Huguenard, médecin-major de deuxième classe au 2e hussards; Jacq, à Guipavas; Jennevin, à Brest; Joly (E.), à Neufchâtel; Lagarde, à Montauban; Lalagade (G.), à Albi; Lardier, à Rambervillers; Laurent (E.), médecin-major de première classe au 22e d'artillerie; Le Borgne, à Pleyben; Le Moaligon, à Quimperlé; Lieutaud, à Angers; Lœvel, médecin-major de première classe au 67e de ligne; Mackiëwicz (H.), médecin-major de première classe au 8e chasseurs à cheval; Maltrait, à Saint-Bonnet-le-Château; Mangenot, à Paris; Martin, à Quimperlé; Mage, au Havre; Mélian (O.), à Saint-Hippolyte; Morer (E.), médecin-major de deuxième classe au 152e de ligne; Neis (Ch.), à Pont-Croix; Nodet (Ch.), à Chambon-Fougerolles; Parès (E.), à Rivesaltes; Pize, à Montélimart; Pourquier, directeur de l'Institut vaccinal de Montpellier; Prieur, à Gray; Reumaux, à Dunkerque; Rey-Escudier, à Toulon; Rivet, médecin-major de première classe au 137e d'infanterie; Rotillon, à Paris; Rouveyrolis, à Aniane; Saussol, à Montpellier; Soulairac, à Narbonne; Subert, à Nevers; Sudour (J.-E.), médecin-major de deuxième classe au 15e de ligne; Tartière, médecin-major de deuxième classe au 8e hussards; Tourneux, à Thiel; Troyon, à Rethel; Vogelin, aide-major de première classe au 5e d'artillerie; Weber, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du 7e corps d'armée.

MM. les officiers de santé Eymieu, à Cucuron; Grando (J.), à Espira de l'Agly.

MM. les vétérinaires Bérard, à Angoulême; Cagny (Paul), à Senlis; Richet, vétérinaire en premier au 26e d'artillerie.

M[mes] les sages-femmes Audrieu, à Aurillac; veuve Bachelier, à Dieppe; Baudon, à Vierzon; veuve Belloque, à Pontivy; Bonnot, à Narbonne; Boyer (Marie), à Carmaux; Caumel (Noëlie), à Monflanquin; Célanire, à Landerneau; Choulet (Marie), à Carmaux; veuve Damemme, à Saint-Lô; Dinard, à Bourges; Dujardin (Julie), à Armentières; Ferret, à Bressuire; Lafitte (Clotilde), à Salies-de-Béarn; Madée, à Carhaix; Malmejac, à Aurillac; Minjot, à Bergerac; Naizin, à Vannes; Robin, à Guiscriff; Templer, à Vannes; Vincent (Marie), à Pradelles.

M. ROCHARD prononce l'éloge de M. Fonssagrives.

(Nous publierons, dans un de nos prochains numéros, la liste des prix proposés pour les années 1890, 1891 et 1892.)

La séance est levée.

NOTE

SUR TROIS CAS DE PARALYSIE GLOSSO-LABIO-LARYNGÉE (1)

Par M. le docteur F. MOTY (de Bussang),
Professeur agrégé au Val-de-Grâce, médecin-major de première classe.

II

Nous nous proposons d'ajouter quelques remarques à ces observations, et celle-ci d'abord, que les parents redoutent de voir la maladie se déclarer chez ceux de leurs enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge de douze ans; cependant, comme trois d'entre eux ont déjà dépassé cet âge sans être affectés d'aucun trouble de la région cervico-faciale, la série des cas de paralysie glosso-labio-laryngée paraît définitivement close.

Au sujet de la symptomatologie, nous devons dire que nous n'avons pas été à même de rechercher le signe prodromique de Krishaber, la disparition des réflexes laryngés. Nous ferons remarquer ensuite, que les troubles musculaires, observés chez nos malades, se rapprochent plutôt de la contracture ou de la paralysie agitante que de la paralysie ordinaire; l'ensemble des symptômes ne laissant d'ailleurs aucun doute sur le diagnostic; devons-nous chercher l'explication de ce fait dans l'intégrité des fibres nerveuses coïncidant avec un état inflammatoire chronique des cellules motrices dans les centres malades ? C'est une question à laquelle nous ne pouvons répondre en l'absence de toute donnée anatomo-pathologique.

La comparaison de l'état de notre troisième malade, en 1880 et en 1888, montre bien, d'ailleurs, que les détails des symptômes peuvent varier sur un même sujet aux différentes périodes de la maladie.

Nous n'avons pas mesuré la quantité de salive perdue dans les vingt-quatre heures, mais nous ne croyons pas

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1287.

qu'elle ait dépassé la normale dans les trois cas que nous avons observés.

Les symptômes, non signalés encore, qui se sont offerts à nous sont : la dilatation des veines du cou, l'aplatissement de la trachée et le gonflement du corps thyroïde dans notre troisième cas, et la subluxation des clavicules dans le premier, qui offrait également un certain gonflement des jugulaires externes ; notons aussi, bien qu'elle ne se rattache qu'indirectement à la maladie qui nous occupe, la formation de nombreuses bourses séreuses accidentelles au membre supérieur, et, enfin, la carie dentaire, qui avait détruit toutes les molaires et attaqué toutes les autres dents. Nous n'avions attribué, d'abord, que peu d'importance à cette complication, mais comme les autres enfants de la famille possèdent une belle dentition, on peut la rattacher légitimement à la maladie principale ; soit qu'elle provienne du défaut de fonctionnement des mâchoires, de l'action de l'air, du manque de salive, et de la parésie de la langue; soit qu'elle relève directement d'un trouble trophique d'origine centrale ou plus probablement de ces deux ordres de causes à la fois. J'ajoute que la carie rapide existait ou est apparue dans les deux cas où nous ne l'avions pas notée d'abord.

Étiologie. — Nos trois observations sont particulièrement intéressantes au point de vue de l'étiologie.

La consanguinité des parents est d'abord un facteur que l'on ne saurait négliger; on remarque ensuite que les trois malades se suivent, sans intermédiaire, dans l'ordre de primogéniture ; or, on peut élever des doutes sur la légitimité du premier enfant, né peu de temps après le mariage, et qui est resté indemne, et, en l'éliminant, la paralysie glosso-labio-laryngée se retrouve sur les trois premiers enfants, les sept derniers en étant exempts. L'histoire de cette famille, si bien conforme aux lois générales de Bertillon sur les naissances, tendrait ainsi à prouver que les causes héréditaires exercent leur maximum d'action sur les premiers nés d'une union; mais rien ne démontre encore que la liste des victimes soit définitivement close, et cette déduction serait prématurée. Nous avions souvent réfléchi à cette série de cas et à l'influence qu'avait eue la consanguinité des parents sur la lésion nerveuse des enfants, quand, dernièrement, nos anciennes convictions furent tout à coup ébranlées : ayant été voir le dernier malade survivant, nous trouvâmes toute la famille dans un état d'ivresse alcoolique très accusé; l'alcool fait d'effrayants ravages dans les Vosges, surtout au voisinage de la frontière; on y consomme, à l'insu de la régie et en famille, des produits étrangers de qualité suspecte; les enfants eux-mêmes prennent part aux libations hebdomadaires, et s'habituent ainsi de bonne heure aux liqueurs fortes ; ensuite le mal va croissant. Cependant les lésions nerveuses ne sont pas fréquentes dans le pays, et, dans la famille de nos malades, les sept derniers ont des centres nerveux intacts, tandis que l'alcoolisme des parents, augmentant d'année en année, aurait dû produire un résultat absolument inverse; il faut donc laisser indécise la question de savoir quelle est ici l'importance relative de l'alcoolisme et de la consanguinité. Duchenne (de Boulogne) avait relevé les impressions morales comme facteur étiologique; dans notre premier cas aussi, les parents attribuaient d'eux-mêmes la maladie à une frayeur de l'enfant; mais la succession des deux autres cas diminue beaucoup la valeur de ce fait, et doit le faire ranger parmi les coïncidences purement fortuites.

Marche, durée. — L'époque de l'invasion mérite aussi d'être notée, c'est entre sept et huit ans que la paralysie est apparue dans nos trois cas, tandis qu'elle débute ordinairement dans l'âge adulte, et que M. Berger déclare n'en avoir pas relevé de cas avant l'âge de douze ans. En ce qui concerne la durée, même anomalie; tandis que Duchenne n'a pas vu la maladie durer plus de trois ans, nous la voyons se prolonger neuf ans dans notre premier cas, six dans le second, et treize, au moins, dans le troisième qui vit encore.

Traitement. — Le seul traitement qu'il nous ait été possible d'instituer a été l'iodure de potassium, et dans le dernier cas seulement, en 1880. Il n'a paru produire aucun résultat, et nous ne pensons pas qu'il faille lui attribuer la survie, relativement longue, du petit malade. Sur ma demande, M. le professeur Bernheim avait ouvert à ce dernier les portes de sa clinique, mais les parents ne voulurent pas se décider à envoyer l'enfant à Nancy. La famille du petit malade est fort pauvre, il n'y a pas de médecin dans la commune de Bussang, et ne faisant moi-même que des séjours très rares et très courts dans cette localité, je ne pouvais entreprendre, avec chance de succès, les méthodes de traitement par les courants continus ou la picrotoxine. La maladie a donc suivi, sans aucun obstacle, la marche fatale qu'elle affecte habituellement.

Si de nouveaux cas se produisaient dans cette famille, qui compte encore aujourd'hui trois enfants au-dessous de dix ans, j'aurais soin de les publier. S'il ne s'en produit pas, l'hypothèse de l'étiologie alcoolique devra être complètement écartée, et les faits relatés ici n'en auront que plus d'intérêt, au point de vue de l'étude de la consanguinité.

THÉRAPEUTIQUE

De l'association du quinquina à l'extrait de malt.

Par M. le docteur Delmis.

L'étude du quinquina, considéré comme l'un des agents principaux de la réparation des forces, est un de ces sujets qui, depuis bien des années, sollicitent l'attention des médecins. Le quinquina, en effet, est un médicament qui répond à un grand nombre d'indications thérapeutiques. C'est même à cette utilité si générale qu'il faut certainement attribuer le travail incessant dont il a été l'objet, de la part d'un grand nombre de pharmaciens désireux d'apporter des perfectionnements nouveaux à la préparation des médicaments à base de quinquina et surtout à celle du vin de quinquina qui est le plus efficace de ces médicaments. Malheureusement, il faut bien l'avouer, cette émulation dont ont fait preuve d'honorables praticiens a été jusque dans ces derniers temps beaucoup plus tenace que féconde. En effet, les tentatives réitérées faites pour atténuer les inconvénients que présente l'emploi du vin de quinquina n'ont abouti qu'à des résultats plus ou moins négatifs, et, dans tous les cas, tout à fait insuffisants pour répondre aux exigences de la pratique médicale. Cela provient évidamment, et le fait est assez singulier, de ce que les expérimentateurs ont toujours pensé dans les associations médicamenteuses à ajouter au quinquina des substances adjuvantes, synergiques, et qu'ils n'ont jamais songé que le véritable problème à résoudre consistait, au contraire, à éviter l'emploi des adjuvants et des synergiques et à unir le quinquina à des substances correctrices, afin d'atténuer et de supprimer même complètement le véritable, le seul inconvénient du quinquina, c'est-à-dire son action irritante sur la muqueuse intestinale.

Assez peu marquée lorsqu'il s'agit d'un tube digestif sain, auquel cas tout se borne généralement à quelques malaises passagers, l'action irritante du quinquina prend bien vite dans le cas contraire, et surtout chez les femmes et les enfants, des proportions considérables et conduit le médecin prudent à la suspension momentanée ou définitive du médicament, alors que l'indication thérapeutique initiale persiste toujours.

C'est précisément pour parer à cet inconvénient majeur, qu'un pharmacien distingué de Paris, M. Secretan, a eu l'idée rationnelle et pratique d'associer au quinquina une substance qui, par ses propriétés adoucissantes, rafraîchissantes et lénitives, fût nettement correctrice de l'action irritante du quinquina. Que si cette substance avait, en outre, l'avantage d'être digestive et nutritive et d'augmenter ainsi les propriétés toniques du quinquina, il est clair que le problème de la préparation du vin de quinquina serait complètement résolu. Or, M. Secretan y est très heureusement parvenu, en ajoutant au quinquina administré sous forme de vin et aromatisé avec les principes de l'écorce d'orange amère, de l'*Extrait fluide de malt*, c'est-à-dire le produit concentré d'une infusion de malt évaporée rapidement, de manière à éviter la fermentation alcoolique, et à une température ne dépassant pas 60 degrés, afin d'éviter la destruction de la diastase. Tout le monde sait que le malt est de l'orge germée et légèrement torréfiée. Le rôle de la germination et de la torréfaction consiste : 1° à déterminer la formation de la diastase ; 2° à transformer les matières albuminoïdes et les principes phosphatés insolubles en substances solubles et assimilables ; 3° à la transformation des matières amylacées en maltose. Ces trois actions marchent de front dans le maltage. L'Extrait fluide de malt renferme à l'état concentré, et dans leur intégrité absolue, tous les principes solubles du malt. Il doit donc ses propriétés digestives à la diastase ; sa richesse en principes albuminoïdes et phosphatés solubles lui communique ses qualités nutritives, toniques et reconstituantes ; enfin, son action remarquablement adoucissante, rafraîchissante et lénitive, est due à la présence de la maltose, qui entre dans sa composition dans une large proportion.

N'oublions pas d'ajouter que le véritable Extrait fluide de malt, tel que le prépare M. Secretan, se différencie essentiellement des bières plus ou moins concentrées que l'on rencontre dans le commerce et qui sont quelquefois désignées sous la dénomination abusive et impropre d'*Extraits de malt*. Ces bières médicamenteuses sont toujours obtenues avec des infusés de malt ayant subi la fermentation alcoolique. Elles constituent en réalité des boissons fermentées, possédant des propriétés alibiles incontestables, mais présentant néanmoins, dans des circonstances et des cas donnés, les inconvénients des boissons fermentées. Le véritable Extrait fluide de malt est, au contraire, nous le répétons encore, le produit concentré d'une infusion de malt n'ayant pas subi la fermentation alcoolique. Au double point de vue chimique et thérapeutique, la différence est donc très grande entre les deux produits.

En utilisant les principes rafraîchissants et adoucissants de l'Extrait fluide de malt, comme correctifs de l'action irritante du quinquina, M. Secretan a certainement rendu un grand service à la thérapeutique des maladies si nombreuses dans lesquelles l'emploi du vin de quinquina trouve ses indications les plus urgentes. En résumé, le vin de Secretan constitue un véritable progrès thérapeutique, dont la clinique journalière a déjà tiré le plus heureux et le plus large profit, principalement dans tous les cas où il s'agit d'éviter autant que possible l'intolérance organique, l'irritation intestinale, la constipation qui sont si souvent consécutives à l'emploi un peu prolongé de tous les vins de quinquina actuellement usités. On peut donc affirmer que le vin de Secretan remplace aujourd'hui, très avantageusement, tous les produits similaires, puisqu'il possède toutes leurs qualités sans avoir aucun de leurs inconvénients.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique et clinique d'hydrothérapie (1), par E. Duval, médecin en chef et fondateur de l'établissement hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe.

Nous sommes un peu en retard pour parler d'un livre qui a déjà presque un an de date, et qui est connu et apprécié d'un grand nombre de praticiens. Aussi, au lieu de prédire le succès de l'œuvre de notre confrère de la « Médecine contemporaine », nous n'avons qu'à le constater comme un fait accompli. Nous pouvons seulement justifier l'accueil qu'il a reçu et qu'il nous paraît mériter à tous égards, au moins de la part des praticiens ; car c'est spécialement pour eux que M. Duval a voulu écrire un livre. Toutefois, quoique n'occupant qu'une place restreinte, les autres parties de la science n'y sont point négligées. Nous trouvons d'abord, au commencement du volume, un historique rapide, mais pourtant complet, de l'hydrothérapie, écrit très alertement et avec une vivacité de couleurs que certains confrères ont même trouvées un peu trop éclatantes ; pour notre compte, nous ne nous en plaindrions qu'autant que l'impartialité aurait à en souffrir, et l'on doit reconnaître qu'elle y est scrupuleusement respectée. L'essentiel en histoire, c'est, croyons-nous, l'exactitude et la justice ; le reste n'est qu'accessoire.

L'histoire n'est pas la seule branche non liée directement à la pratique que l'auteur ait traitée : à propos du mode d'action de l'hydrothérapie, il a examiné à fond si la science était assez avancée pour nous rendre compte de ce mode d'action, si, comme le prétendent certains hydrothérapeutes, comme le prétendait Fleury spécialement, on sait *pourquoi* et *comment* on guérit par l'hydrothérapie, si, en un mot, il existe une doctrine hydrothérapique rationnelle, ou si, au contraire, l'hydropathe qui guérit hydrothérapiquement une dyspepsie, une fièvre intermittente ou une perte séminale, est obligé de se contenter de constater empiriquement ces cures.

M. Duval avoue franchement qu'il borne là son ambition, au moins quant à présent. Mais il s'efforce de démontrer que ceux qui ont des prétentions plus grandes ne les justifient nullement, et qu'en s'imaginant le contraire, ils se font les plus grandes illusions. Il va plus loin : comparant la thérapeutique hydrique à la thérapeutique générale, il s'efforce de démontrer que la théorie de toutes les médications dont celle-ci se compose n'est pas plus avancée que l'hydrothérapie, et que l'ère du déterminisme qu'a prédite et qu'exigeait de la médecine Claude Bernard, n'est pas encore arrivée. L'opinion de notre honorable confrère est donc que toute la thérapeutique médicale en est au même point que l'hydrothérapie, et que, pour le moment, la science des explications doit se réfugier dans l'empirisme. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la savante discussion à laquelle il se livre sur cet attachant sujet, et nous nous hâtons d'en venir aux parties exclusivement pratiques de son livre.

Dans un des premiers chapitres, il étudie les agents et les appareils de l'hydrothérapie ; il décrit les conditions dans lesquelles doivent être placés les établissements hydrothérapiques complètement outillés, et indique aussi à ceux de ses confrères qui habitent même de petites localités, comment ils peuvent créer à peu de frais de modestes installations, permettant de faire profiter leurs clients qui, pour diverses raisons, ne peuvent se rendre dans les grands établissements, des principaux bienfaits de l'hydrothérapie. Ces détails témoignent de l'ardent désir de l'auteur, de propager une méthode qu'il pratique avec tant de succès. Ils seront appréciés de nos confrères de province, soit qu'ils envisagent les conseils de l'auteur sous le rapport des intérêts de leurs clients, soit au point de vue de leurs propres intérêts, les uns et les autres étant, d'ailleurs, ici comme à peu près partout, intimement unis.

(1) Un fort volume in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

L'ouvrage de notre confrère ne s'intitule pas seulement *Traité pratique;* il a pensé que le complément indispensable d'un traité pratique était un traité clinique ou, pour mieux dire, que la pratique ne consiste, en réalité, que dans la clinique ; il a donc consacré un chapitre à l'exposé de quelques-uns des faits qu'il a recueillis à sa clinique depuis trente ans. Ces faits appartiennent à soixante-huit maladies, depuis *agénésie* jusqu'à *vomissements*. Chacun des articles consacrés à l'étude clinique des principales de ces maladies commence par des considérations générales sur la manière dont l'auteur l'envisage, et, après ces considérations, viennent, comme une sorte de corollaire et de démonstration en même temps, les observations cliniques. Ces observations, au nombre d'environ six cents, ne pouvaient nécessairement qu'être un peu brèves, sous peine de donner à l'ouvrage, déjà volumineux, une extension démesurée ; la brièveté de ces observations a même été reprochée à l'auteur. Celui-ci, en publiant ces faits, s'est exclusivement proposé de démontrer l'efficacité de la médication qu'il a appliquée ; or, pour démontrer cette efficacité, deux conditions suffisent : l'exactitude du diagnostic et la certitude du résultat. Ces deux conditions sont garanties par les noms des confrères qui ont confié aux soins de l'auteur les malades dont il publie l'histoire abrégée : les noms de ces confrères sont publiés en tête de chacune des observations. On ne saurait donc conserver aucun doute, ni sur le diagnostic — il s'agit, du reste, généralement, de diagnostics peu difficiles, — ni sur les résultats du traitement, et c'est à bon droit que l'auteur peut offrir ces faits à ses confrères comme des exemples de ce que peuvent permettre d'espérer les applications scientifiques de l'hydrothérapie.

Nous croyons en avoir dit assez pour justifier l'accueil que les praticiens ont fait à cet ouvrage éminemment pratique. Ajoutons seulement que l'Académie de médecine vient, comme on a pu le voir plus haut, de lui accorder une mention honorable.

Manuel des travaux pratiques d'histologie. Histologie des éléments des tissus, des systèmes, des organes (1), par le docteur A. Rémy.

Les travaux pratiques d'histologie, autrefois facultatifs, sont aujourd'hui devenus obligatoires, et une épreuve pratique d'histologie a été ajoutée aux examens que doit subir l'étudiant pour gagner son titre de docteur.

Après bien des essais sur la façon dont pourrait se faire l'enseignement obligatoire de l'histologie, la Faculté a adopté le régime suivant : en deuxième année d'études, l'élève suivra douze séances de travaux histologiques; en troisième année, douze nouvelles séances de deux heures lui seront imposées. Et c'est tout; après ces quarante-huit heures, le bagage histologique de l'étudiant est déclaré complet, ou tout au moins suffisant, et il est reconnu prêt à subir l'épreuve devant les juges.

Tel est le mode actuel de préparation à cet examen d'histologie. Il n'est pas besoin de discuter longtemps pour montrer combien un tel état de choses est défectueux. Aussi, le chef des travaux histologiques, M. Rémy, comprenant mieux que tout autre les lacunes que présentait cet enseignement pratique, a cherché à aider l'étudiant dans sa tâche, et à lui rendre aussi complètes et aussi fructueuses que possible, ces vingt-quatre séances obligatoires que l'élève doit passer devant le microscope, imposé par la Faculté. On ne demande plus à l'élève de préparer lui-même les éléments qu'il a à étudier. La perte de temps nécessitée par cette méthode rendait la chose impossible; et l'on se borne aujourd'hui à faire passer sous les yeux de l'étudiant des préparations bien faites que des moniteurs sont chargés de démontrer. Mais le nombre de ces moniteurs est limité, et bien souvent l'élève reste livré à lui-même, avec une préparation à laquelle il comprend peu ou ne comprend rien. Le livre de M. Rémy a pour but unique de guider l'élève dans les préparations, de lui donner des points de repère; c'est dans ce but que l'auteur, raccourcissant l'exposé dogmatique, a multiplié les dessins au point que, dans un livre de 400 pages, il y a plus de 400 figures.

Nous devons signaler dans ce livre un côté original; il ne comprend pas seulement, en effet, la description des éléments et des tissus étudiés isolément, il décrit la structure des organes, et constitue ainsi une sorte d'histologie topographique.

Conçu et rédigé par un homme rompu à l'enseignement de l'histologie, édité avec soin, pourvu de dessins nombreux et clairs, ce livre répond bien à son titre, aussi doit-il figurer dans la bibliothèque de tout étudiant en médecine.

(1) In-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires (1), par Sir Henry Thompson.

L'édition française du livre de Thompson, que publie aujourd'hui M. le docteur Jamin, renferme les leçons que le professeur au Collège Royal des chirurgiens de Londres fit à l'*University College Hospital*, pendant l'année 1888-1889. L'œuvre de Thompson est bien connue du public médical français, et il n'est plus besoin de la lui présenter, il nous suffit de dire en quoi cette édition diffère des éditions qui l'ont précédée.

L'édition actuelle comprend le *cours complet* du professeur en trente-deux leçons. Les additions principales ont trait à la taille sus-pubienne et aux dernières opérations appliquées au traitement des néoplasmes vésicaux; à l'exploration digitale de la vessie, à l'exposé des procédés les plus récents d'intervention palliative, chez les malades atteints d'affections prostatiques graves.

Enfin, on trouve en terminant la statistique totale de la pratique de Thompson, portant sur près de 900 cas de calculs vésicaux.

De la trépanation dans les épilepsies jacksoniennes non traumatiques (2), par le docteur Péchadre.

Dans les épilepsies jacksoniennes, d'origine traumatique, lorsque la trépanation est indiquée, le point précis où doit porter le trépan est, sauf quelques rares exceptions, sur l'endroit même où a porté le traumatisme. Mais quand cette épilepsie survient sans traumatisme antérieur, les indications opératoires sont plus discutables, par cela même qu'on aura moins à compter sur l'existence d'une lésion macroscopique. Enfin, dans ces cas, c'est la doctrine des localisations qui permet seule de guider l'instrument.

On trouvera, dans le travail de M. Péchadre, l'exposé à peu près complet de cette intéressante question ; les indications et la technique opératoire ont été également exposées, l'auteur s'étant guidé à cet égard sur les préceptes d'Horsley. La plupart des observations parues ont été reproduites au cours de ce travail. De leur analyse, l'auteur peut conclure que, dans un certain nombre de cas d'épilepsie jacksonienne non traumatique, la trépanation peut être suivie de guérison, ou tout au moins d'une amélioration évidente.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nos lecteurs connaissent par les journaux politiques l'interpellation qui vient d'avoir lieu au Sénat, sur la situation signalée par le corps médical de Rodez. Il n'est pas un médecin qui, placé dans les conditions actuelles de médecin légiste — en province — ne sache le taux dérisoire auquel est fixée une des opérations les plus délicates et les plus utiles de l'instruction judiciaire. Condamnés, puis acquittés, nos honorables confrères de Rodez voient, en ce moment, la question soumise à la Cour de cassation. En attendant, ils ont trouvé, au Sénat, en M. Lacombe, un défenseur digne de leur cause. Nous ne dirons rien des atermoiements in-

(1) In-8°, 628 pages. Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière.
(2) Gr. in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

voqués par M. le garde des Sceaux. Notre éminent confrère M. le sénateur Cornil n'a pas accepté ces atermoiements. Il a insisté, à son tour, sur la nécessité de reviser immédiatement ces tarifs. Il désirerait voir instituer un certificat spécial de médecin légiste. Il n'ose pas aller jusqu'à la création d'un corps officiel de médecins légistes. C'est là, suivant nous, qu'il faudra arriver : là est la solution vraie du litige actuel. Si l'état de nos finances le permettait, cette solution serait acceptée sans discussion.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delalande (de Beaugency); Garde (de Menat); Lotte (de Béthune).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'hygiène publique et privée, par J. ROSENTHAL, traduit et annoté par le docteur H. LAVRAUD, in-8°. — Prix : 15 francs. — Bruxelles, A. Manceaux.

Kritik der Vaccinations-Statistik und neue Beitræge zur Frage des Impfschutzes, von Josef KŒRŒSI. Zweiter erweiterter Abdruck. In-8°. — Prix : 7 fr. 50. — Berlin, 1890. Puttkammer et Mühlbrecht.

Manuel de physique médicale, à l'usage des étudiants en médecine et en pharmacie, par Julien LEFÈVRE. In-16 de 566 pages, avec 453 figures (dont une en couleurs). — Prix : 6 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Anomalies sexuelles apparentes et cachées, par M. le docteur P. GARNIER. Un vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Garnier frères.

Guide pratique de l'analyse des urines, par S. LAACHE (de Christiania), traduit par X. FRANCOTTE (de Liège), deuxième édition française. Un vol. in-16. — Prix : 3 francs. — Bruxelles, A. Manceaux.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 143. — SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1889. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des résections dans l'ostéomyélite des os longs.

Par M. Félix Legueu,
Prosecteur provisoire à la Faculté de médecine de Paris,
Interne des hôpitaux.

Depuis quelques années, une opération, relativement nouvelle, a pris place entre la trépanation et l'amputation dans la thérapeutique chirurgicale de l'ostéomyélite ; c'est la résection sous-périostée. Supprimer le foyer principal, le siège primitif de l'affection, éviter pour l'avenir les longues suppurations qu'entraîne à sa suite la délimitation spontanée d'une nécrose, tel est l'original de la méthode que M. Gérard Marchand vient récemment de rappeler à l'attention des chirurgiens. Suivant la période de l'ostéomyélite à laquelle on l'applique, la résection peut être hâtive, précoce ou tardive. Tardive, ses avantages ne peuvent être contestés : hâtive, précoce, elle reste au contraire discutable et discutée. L'aspect séduisant sous lequel ces opérations se présentent à première vue, les résultats brillants qu'elles ont pu donner quelquefois, ne doivent pas faire oublier les graves conséquences auxquelles elles peuvent exposer, surtout dans leurs applications aux grands os longs des membres. Nous pensons, au contraire, qu'il y a lieu dans la pratique de se défier d'une exagération, qui tendrait à restreindre à leur profit les limites si étendues de la trépanation et que la clinique ne saurait aucunement justifier. S'il est des cas qui échappent à la trépanation et sont exclusivement du ressort de la résection, ces cas méritent qu'on les précise avec soin. Tel est le but que nous nous proposons, en étudiant successivement, dans cette revue, les origines de la méthode, ses inconvénients, ses indications et quelques-unes de ses règles opératoires.

I

Les théories régnantes sur la nature de l'ostéomyélite ont toujours exercé leur influence sur le traitement chirurgical de l'affection. Pendant longtemps, les préceptes de Chassaignac (1), adoptés par l'École de Strasbourg, avec Schutzemberger et Bœckel, guidèrent la conduite du chirurgien. L'amputation convenait à l'ostéomyélite : l'incision simple suffisait aux abcès sous-périostiques. On attendait la mobilisation spontanée des séquestres, et bien que Larghi [de Verceil (1845)], Borelli, Creuz y Manso (de Grenade), Meyer (de Wurzbourg) aient antérieurement appliqué les résections à l'ostéomyélite, leurs opérations n'avaient pas été pratiquées dans la période aiguë de la maladie, et elles eurent seulement le grand mérite de montrer la possibilité de la régénération des os après leur ablation sous-périostée. Holmes (2), le premier, eut l'idée de supprimer une portion dénudée de la diaphyse du tibia à la suite d'un volumineux abcès sous-périostique. Il s'agissait d'un enfant de dix ans, qui était atteint d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du tibia ; une incision donna issue à une vaste collection sous-périostique, et permit de constater la dénudation de l'os en haut, en bas et en arrière. Il pensa que la simple incision ne pouvait empêcher la nécrose, et il pratiqua sur-le-champ et recommanda pour les cas semblables la résection immédiate de toute la portion dénudée ; l'opération supprima sept pouces et demi de la diaphyse tibiale : l'enfant guérit avec un pouce et demi de raccourcissement. La conduite de Holmes fut sévèrement jugée par M. le professeur Verneuil d'abord en 1866 (3), puis, plus tard, au Congrès pour l'avancement des sciences, auquel assistait le chirurgien anglais, et dans une clinique remarquable faite à la Pitié : « L'opération de Holmes n'était ni indiquée, ni indispensable ; elle avait le seul mérite de l'originalité. »

Peu de temps après, Letenneur (4) [de Nantes] était appelé à réséquer, dans les mêmes conditions, la diaphyse d'un tibia : la guérison survint, mais il n'y eut pas de reproduction de l'os. Giraldès, pourtant, dans ses leçons cliniques (5), et au Congrès de Lille (6), se déclare partisan de l'ablation sous-périostée précoce des os, dans certaines formes graves d'ostéomyélite, et il invoque en sa faveur

(1) Chassaignac. *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 853, et *Traité de la suppuration*, 1859.

(2) Holmes. *The Lancet*, mars 1866.

(3) Verneuil. *Gazette hebdomadaire*, 25 mai et 22 juin 1866.

(4) Letenneur, cité par Ollier. In *Traité de régénération des os*, 1867, t. II, p. 254.

(5) Giraldès. *Leçons cliniques sur les maladies des enfants*.

(6) *Comptes rendus de l'Association française pour l'avancement des sciences*, 3e session, 1874, p. 914.

plusieurs observations personnelles, dont quelques-unes avaient été déjà discutées dans la thèse de son élève, M. Louvet (1).

Quelques années plus tard J. Aymers Macdougall (2) publiait, en Angleterre, un fait de régénération complète du tibia après une résection sous-périostée faite à la période d'acuité de l'ostéomyélite, et M. Duplay (3) provoquait, à la Société de chirurgie, une discussion sur la question à propos d'une intéressante observation, qu'il y apportait, de résection précoce de la diaphyse du tibia, suivie de régénération complète dans un cas où l'amputation semblait le seul remède possible à la gravité de l'affection. M. Duplay préconise la résection précoce, surtout à la jambe, où le volume du tibia frappé de nécrose est une source de dangers sérieux pour le malade. Dans le cours de la discussion, M. Le Fort rappela qu'il avait enlevé la clavicule tont entière dans un cas semblable, et la malade ayant succombé quelques mois plus tard, à une périostite du fémur et du bassin, M. Le Fort trouva, à l'autopsie, que la clavicule s'était reproduite avec sa forme presque normale. MM. Giraldès, Marjolin, Trélat, Verneuil, exposèrent leur manière de voir et la conclusion, qui semblait s'échapper de cette discussion, était que la résection précoce devait être réservée aux cas graves : « C'est une pratique hardie, disait M. le professeur Trélat, mais saine : chez les jeunes sujets, il faut enlever la cause avec le siège de la suppuration. » Dès lors, la résection sous-périostée se trouvait érigée en méthode de traitement de l'ostéomyélite aiguë, et c'est dans ce sens qu'elle est étudiée dans la thèse de Suarez y Cruz (4) à côté de l'incision, de la trépanation, de l'amputation.

Encouragés d'ailleurs par les travaux de M. le professeur Ollier, les chirurgiens n'hésitèrent plus à réséquer les os, comme l'humérus ou le fémur, que jusqu'ici l'on avait toujours respectés, par crainte sans doute des conséquences que pourrait à sa suite entraîner la non-reproduction de l'os. Après Ch. White, après Thomas (de Pézenas), Lentin, Vigarous (5), on vit M. Ollier, Donovan (6), Esmarck (7), multiplier les cas heureux de résection humérale précoce avec régénération parfaite. Bockenheimer (8) fut plus hardi : il pratiqua la résection complète du fémur pour une ostéomyélite suraiguë ; la totalité de la diaphyse fut supprimée ; les deux épiphyses, supérieure et inférieure, furent également enlevées et les articulations de la hanche et du genou ouvertes ; quatre mois après, l'enfant se tenait debout sans soutien et n'avait qu'un raccourcissement de 4 centimètres. M. Théophile Anger faisait, la même année, sur un enfant de quinze ans, atteint d'ostéomyélite du tibia, avec arthrite suppurée du genou, la résection articulaire de l'extrémité supérieure du tibia ; la guérison survint avec un raccourcissement de 10 centimètres. Ces faits avaient une grande importance : c'était la première application de la méthode des résections à des désordres articulaires, que, quelques années encore auparavant, tous les chirurgiens auraient crus justiciables de la seule amputation.

(1) Louvet. *De la périostite phlegmoneuse diffuse*, Thèse de Paris, 1867.
(2) Macdougall. *Edimburg Med. Journ.*, mai 1875, p. 99.
(3) Duplay. Société de chirurgie, octobre 1875, et *Journal de thérapeutique*, 1875, p. 777.
(4) Suarez y Cruz. Thèse de Paris, 1876.
(5) Cité in Ollier. *Traité des résectio ns*, t. II, p. 142.
(6) Donovan. *The Lancet*, 1874, p. 771.
(7) Esmarck. *Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1875.
(8) Bockenheimer. In *Deutsche med. Wochens.*, 1878.

M. le professeur Lannelongue (1), dans son important mémoire, où il montre, avec observations à l'appui, la nécessité dans la grande majorité des cas des trépanations hâtives et multiples, consacre aussi quelques pages aux résections ; celles-ci, comme d'ailleurs l'amputation du membre, trouvent dans quelques cas des indications précises, mais leur emploi ne doit avoir lieu qu'après l'échec de la trépanation. Il n'y a donc pas là deux méthodes rivales, mais deux méthodes destinées à se suppléer. Si la résection est applicable, dans presque tous les cas, à l'ostéomyélite des os courts, il n'en est plus de même pour les os longs, où cette opération ne peut répondre qu'à quelques cas spéciaux, que M. Lannelongue précise avec soin. Ces idées, nous les retrouvons d'ailleurs plus amplement développées dans la thèse de M. Pion (2) ; les résultats thérapeutiques de chacune des méthodes applicables à l'ostéomyélite y sont soigneusement analysés et comparés ; les résultats opératoires de la résection s'y montrent toujours satisfaisants, mais le résultat orthopédique laisse quelquefois à désirer.

Le travail de M. Pion suivait de près deux courts mémoires publiés spécialement sur la question qui nous occupe, celui de Parona (3), qui envisage surtout la résection de la diaphyse du tibia, et celui de Faucon (4), basé sur une observation analogue de résection tibiale, guérie avec un raccourcissement de 6 centimètres ; tous les deux se déclarent partisans des résections dans les formes suraiguës d'ostéomyélite. Ces divers travaux appelèrent à nouveau sur ce sujet l'attention des chirurgiens : de nouvelles observations sont publiées, la Société de chirurgie de Paris (1885) agite à nouveau la question, et, au premier Congrès de chirurgie, M. Cerné (de Rouen) rapporte une observation analogue à celle antérieure de M. Théophile Anger, de résection articulaire pour une ostéomyélite du tibia, suivie de guérison, et préconise à cette occasion la résection dans l'arthrite purulente d'origine ostéomyélitique.

Le livre de M. le professeur Ollier paraissait en même temps : la question des résections sous-périostées dans l'ostéomyélite y est longuement traitée au point de vue des indications et du manuel opératoire ; nous aurons souvent l'occasion de citer les faits nombreux dont son ouvrage est rempli, et de faire appel à l'autorité du savant chirurgien. C'est également en s'inspirant des observations du professeur de Lyon, que M. Gérard Marchand (5) pratiquait récemment à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le professeur Lannelongue, qu'il suppléait, une série de résections sous-périostées ; les pièces anatomo-pathologiques et les observations ont fait l'objet d'un remarquable mémoire, où les résections, surtout les résections diaphysaires, sont discutées et appréciées avec toute la compétence qui distingue son auteur ; il nous sera permis, nous l'espérons, d'y faire de larges emprunts, et nous pourrons en partager les conclusions avec de faibles restrictions.

Jusqu'ici, nous n'avons en vue que les résections dans l'ostéomyélite des os longs ; nous continuerons à laisser de

(1) Lannelongue. *Mém. sur l'ostéomyélite des adolescents*, 1879.
(2) Pion. *Parallèle des différentes interventions chirurgicales dans les ostéomyélites aiguës*, Thèse de Paris, 1880.
(3) Parona. *Giorn. di Reale Acad. di med. di Torino*, n° 6, p. 513, 1879.
(4) Faucon. *Mém. de l'Acad. de Belgique*, 1880.
(5) G. Marchant. Des résections dans l'ostéomyélite, et spécialement dans les nécroses diaphysaires, *Bulletin de la Société anatomique*, février 1889.

côté les applications qu'elles peuvent trouver sur les os courts et sur les plats. Rarement indiquée et rarement employée pour ces derniers, sauf pour certains os du crâne, où elle est conseillée par M. Lannelongue (1), d'abord, par M. Jaymes (2) ensuite, et enfin par M. Marchand, la résection est plus souvent pratiquée sur les os courts. Sur eux, en effet, il est facile de le concevoir, la trépanation et l'évidement à leurs extrêmes limites se confondent avec la résection et celle-ci ne peut avoir sur ces petits os les conséquences qu'elle peut avoir sur les os longs, et qui lui donnent un tout autre intérêt.

II

D'après l'exposé que nous venons de faire, il est facile de se rendre compte que la méthode des résections dans l'ostéomyélite repose sur deux ordres de faits ; elle est basée : 1° sur la nature même du processus de l'affection qui entraîne à sa suite, comme résultat fatal, une nécrose plus ou moins étendue; et 2° sur la propriété ostéogénique du périoste, auquel elle laisse le soin de refaire la portion d'os réséquée. Voyons maintenant si la méthode a, dans la pratique, trouvé toujours sa justification.

1° L'idée de supprimer les accidents de l'ostéomyélite aiguë par la suppression du foyer principal et d'éviter au malade les inconvénients d'un séquestre en voie d'élimination, reste assurément très rationnelle *a priori*. L'inflammation partie du bulbe de l'os, c'est-à-dire de la région juxta-épiphysaire, a gagné des parties centrales, les zones sous-périostiques, par l'intermédiaire des canaux de Havers, et décollé le périoste. Une incision profonde a évacué la collection purulente et le doigt, promené circonférentiellement autour de l'os, constate, dans une plus ou moins grande hauteur, la dénudation de la diaphyse; on applique, à la surface de l'os dénudé, quelques couronnes de trépan, et l'instrument revient du canal médullaire chargé des gouttelettes du pus qui le remplit. Le tissu compact présente déjà cette coloration blanche, cette sécheresse de la surface, que l'on regarde à tort comme le caractère constant à cette période d'une nécrose inévitable. Il est facile de concevoir tout le séduisant que peut avoir l'opération qui sépare de la portion saine la partie de l'os dénudée et allant ainsi au-devant de la nature, selon l'expression de Holmes, supprime du même coup et les accidents immédiats et les accidents à venir.

L'opération ainsi comprise répond assurément au précepte chirurgical qui commande d'enlever toutes les parties malades, mais aussi n'a-t-elle pas le tort de dépasser le but que l'on se propose, de prévenir des accidents qui ne sont ni nécessaires, ni inévitables ? Ces reproches sont ceux que M. Verneuil adressait, dès 1866, à l'opération de Holmes : ils restent, aujourd'hui encore, absolument justifiés. Ni les caractères de l'os dénudé, ni l'étendue de la dénudation ne peuvent permettre, à coup sûr, de juger de l'étendue de la partie qui se nécrosera. « On dit : un os nécrosé est d'un blanc mat et sonne sec. Mais on ne parle que de la couleur de la surface, et un os dénudé, qui ne se nécrosera pas, présente absolument les mêmes caractères. Tant que les parties nécrosées ne sont pas séparées de l'os sain, à moins qu'on ne reconnaisse déjà le sillon ou les caractères du travail de démarcation, on n'est pas en droit de conclure à la nécrose. Dénudation n'est pas synonyme de nécrose » (Lannelongue). Alors même que la diaphyse est dénudée dans toute sa circonférence et sur une grande hauteur, et que le doigt peut en circonscrire le pourtour, il n'est nullement certain que la totalité de la portion dénudée soit vouée à la nécrose ; et s'il est vrai que les cas sont rares, où des dénudations étendues ont guéri sans nécrose, des exemples de cette nature s'observent cependant quelquefois et on doit, dans la pratique, en tenir compte. Marjolin citait, en 1875, à la Société de chirurgie, le fait d'un enfant, chez lequel il put, après l'incision des parties molles, promener son doigt sur toute la longueur du tibia dénudé : il résolut de l'enlever et scia l'os par le milieu, mais les surfaces de section lui parurent tellement saines, qu'il se décida à laisser le tibia en place : le périoste, réappliqué sur l'os, permit à celui-ci de reprendre sa vitalité et il n'y eut pas trace de nécrose. Dans une observation de Bœckel (1), on trouve mentionnée une dénudation du péroné dans toute sa hauteur et dans tout son pourtour, à l'exception d'une petite bande correspondant à l'insertion du ligament interosseux et qui guérit sans séquestre. M. Ollier (2) parle encore d'une ostéomyélite du cubitus, qui avait déterminé la dénudation totale de l'os dans ses deux tiers inférieurs ; après l'incision des parties molles, l'os revint à la vie. Et c'est en envisageant surtout ces larges dénudations périostiques, que M. le professeur Ollier dit encore : « On est quelquefois surpris de la faible quantité de tissu osseux qui est éliminée. On craint un séquestre de toute une diaphyse, et il ne s'élimine que quelques petits fragments de tissu spongieux juxta-épiphysaires ou quelques lamelles déchiquetées du tissu compact. » Et nous dirons pour conclure : le chirurgien, qui se baserait sur la dénudation d'une partie osseuse pour croire à une nécrose inévitable de toute la portion dénudée et en pratiquerait la résection précoce, ferait une opération non justifiée ; la résection dans ces cas, envisagés d'une manière générale, serait à la fois excessive et inutile, parce que l'étendue de la nécrose ne correspond jamais à l'étendue de la dénudation.

Que la nécrose n'ait presque jamais les mêmes limites que la dénudation, soit ; mais, il n'en reste pas moins établi qu'elle est constante dans l'ostéomyélite, elle est la conséquence fatale du processus de l'affection.

Sans doute, il est des faits de dénudation étendue sans nécrose, et nous venons d'en citer quelques exemples ; sans doute, il est des cas particulièrement bénins qu'une simple incision est parvenue à guérir sans séquestre ; mais ces faits ne sont-ils pas, comme le pense M. Lannelongue, des exemples de guérison temporaire ? On répond que des malades ont été suivis et revus après une guérison qui, au bout de plusieurs années, ne s'était pas démentie ; la chose est possible, mais ce sont là des exceptions, sur lesquelles on ne peut se fier dans la pratique, et la règle, c'est la nécrose toujours, la nécrose partielle, mais constante.

Les séquestres, suivant les cas, varieront de forme et d'étendue : ici, fines lamelles détachées du tissu réticulaire ; là, petites esquilles issues du tissu spongieux, ou bien lames plus volumineuses, plus épaisses, isolées de la diaphyse.

En tous cas, la présence de ces séquestres entretiendra

(1) Lannelongue. Mémoire cité.
(2) Jaymes. Thèse de Paris, 1887.

(1) Bœckel. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1869.
(2) Ollier. In *Encyclopédie chirurgicale*, t. IV, p. 273.

la suppuration ; un jour ou l'autre, une intervention chirurgicale sera nécessaire ; elle sera peut-être plus laborieuse, s'adressant à des séquestres invaginés. Pourquoi, dès lors, ne pas profiter de l'incision périostique pour réséquer hâtivement les parties qui doivent concourir à la formation des séquestres et éviter, aux malades, les récidives, les rechutes, l'infection, tous les accidents qui peuvent conduire à l'ostéomyélite prolongée ?

Envisagée à ce point de vue, la méthode des résections aurait une supériorité incontestée, si l'on ne pouvait accorder tous les avantages qu'on lui reconnaît, à la méthode plus simple, plus efficace et moins dangereuse des trépanations. Si nous pouvons démontrer pour la majorité des cas, et même des cas graves d'ostéomyélite, l'efficacité et partant la supériorité d'une trépanation bien conduite, nous aurons adressé à la méthode des résections la plus sévère des critiques et nous aurons reculé les indications de cette dernière à des limites éloignées, que nous aurons plus loin l'occasion de préciser.

M. le professeur Lannelongue fut le premier à préconiser, comme méthode d'application courante et constante, à tous les cas d'ostéomyélite, les trépanations du canal médullaire ou du tissu spongieux. Déjà Morven-Smith (1), en 1839, avait pratiqué cette opération avec succès : déjà M. Ollier (2) l'avait préconisée dans toutes les formes douloureuses de l'ostéomyélite, avec symptômes généraux graves, comme moyen abortif de l'inflammation. M. Lannelongue tenta sa réhabilitation et, précisant les conditions qui devaient en favoriser le succès, il la montrait en même temps, par l'observation clinique, la seule opération capable de mettre fin aux accidents infectieux. En faisant des trépanations larges ou multiples dans les formes modérées, en pratiquant dans les cas graves des évidements étendus à la manière de M. Sédillot, on peut mettre à nu, dans toute la longueur désirable, le canal diaphysaire d'un os long : on ouvre une large voie à la suppuration intra-médullaire, on peut curer complètement une extrémité diaphysaire, dans le cas où le pus, infiltré et retenu dans les aréoles du tissu spongieux, ne s'écoule que difficilement à l'extérieur. On met ainsi un terme aux accidents infectieux, parce qu'on peut drainer, laver le foyer primitif de l'infection : « Non seulement ces trépanations n'amènent pas la nécrose, mais elles sont le meilleur moyen de la prévenir » (Ollier). Mais, dans tous les cas, il les faut larges, et d'une dimension amplement en rapport avec l'étendue des désordres. Trop économiques, elles n'empêchent pas de laisser des foyers d'ostéomyélite, qui pourront ou bien continuer à évoluer, ou bien se réveiller plus tard, pour nécessiter une nouvelle intervention. Au contraire, si l'os est suffisamment trépané, évidé, les séquestres qui se formeront trouveront, pour s'échapper à l'extérieur, la large brèche des parties molles : leur élimination se fait ainsi spontanément et avec facilité.

L'opération, qui a ainsi préparé les voies, reste suffisante sans être excessive; suffisante, puisqu'elle arrête les phénomènes aigus d'envahissement de l'inflammation; sans être excessive, puisqu'elle laisse à la nature le soin d'éliminer les petits séquestres, dont la formation n'est d'ailleurs nullement nécessaire, ni inévitable, si l'intervention a été précoce et suffisamment large. La méthode des résections ne peut donc être comparée au point de vue de ses résultats à la méthode des trépanations, et nous pouvons déjà prévoir que les rares indications des résections ne commenceront qu'au delà des limites de la trépanation, ou après l'insuccès de celle-ci, d'autant plus que la résection précoce expose aux inconvénients de la non-reproduction de l'os.

2° Dans toute résection, il faut, en effet, considérer surtout la fin, le résultat orthopédique. Si, dans les cas qui nous occupent, la reproduction de l'os aux dépens du périoste devait manquer ou rester incomplète et partielle, l'intervention pourrait ne plus être légitimée et ces faits seraient pour nous la base d'une nouvelle et sérieuse critique.

A la suite d'une résection pour ostéomyélite aiguë, on peut voir survenir, dans le membre malade, une série de troubles trophiques, que l'on ne peut aucunement rapporter à l'opération. La plupart sont la conséquence des désordres anatomiques qui sont antérieurs à l'opération et sont dus, le raccourcissement, par exemple, à la destruction pathologique des éléments de l'accroissement de l'os. Il n'en est pas de même de l'absence de régénération osseuse, qui est toujours imputable à l'opération elle-même. Des faits de ce genre s'observent encore assez souvent; la reproduction manquait totalement dans le cas de Letenneur; elle faisait encore défaut sur un radius, dont M. Duplay avait réséqué le tiers inférieur sur un jeune homme de dix-sept ans. M. Marchand parle de deux malades qu'il eut l'occasion d'observer et chez lesquels la flaccidité du membre ou sa déformation étaient telles, qu'il en résultait une impotence absolue : chez l'un, on avait réséqué les deux tiers inférieurs du tibia et, cinq années après, la régénération ne s'était pas encore opérée ; chez l'autre, il s'agissait d'une résection diaphyso-épiphysaire des deux tiers inférieurs du radius sur un enfant de quatorze ans, et chez lequel, quatre ans après, on attendait encore la reproduction.

Tous ces faits ont, d'ailleurs, une importance relative, variable avec l'objet de la résection, et qu'il faut bien distinguer. Certains os, comme le péroné, peuvent disparaître sans que le membre maintenu à peu près dans sa forme par un autre os parallèle, comme le tibia, puisse ne pas perdre la totalité de ses fonctions et ne subir qu'une déformation souvent peu prononcée et due à l'inégalité d'allongement ; il n'en est plus de même pour le fémur, pour l'humérus, pour le tibia, dont la suppression rend absolue l'impotence du membre.

Et, d'ailleurs, même sur les sujets où la régénération osseuse vient à se produire complètement, elle met quelquefois si longtemps à se parfaire que les malades doivent, surtout après les résections du tibia, être immobilisés de longs mois, avant de pouvoir marcher sans appareils. Nous en avons vu plusieurs, chez qui la reproduction manquait après cinq, sept, dix mois ; dans l'observation de M. Faucon, il fallut attendre près de deux ans la reproduction du tibia.

Dans tous ces cas, pourtant, il ne s'agit pas d'adultes, que l'on sait moins aptes aux processus ostéogéniques; il s'agit d'enfants, entre huit et quatorze ans, et, par conséquent, dans les meilleures conditions voulues pour régénérer par le périoste, si une opération prématurée, précoce, n'avait modifié ces conditions. M. le professeur Ollier a, dès longtemps, précisé les différences d'état dans lesquelles se trouve le périoste au milieu de la phase aiguë de l'ostéomyélite et quelques semaines plus tard. « Le processus inflammatoire, qui accompagne l'ostéomyélite et donne lieu

(1) Morven-Smith. *Archives générales de médecine*, 1839.

(2) Ollier. De la trépanation dans les diverses formes d'ostéomyélite, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 14 août 1876.

aux collections sous-périostiques, fait en même temps perdre par son intensité aux couches productives du périoste leurs propriétés ostéogéniques. Plus tard, au contraire, lorsque la fièvre et les symptômes généraux sont tombés, les processus destructeurs s'arrêtent et les processus plastiques s'accentuent. L'irritation modérée, que la présence de l'os mort détermine sur le périoste, excite le développement des éléments de l'ossification. C'est à partir de ce moment que le périoste est dans des conditions ostéogéniques favorables, et qu'il peut être facilement et sans danger séparé de l'os au niveau des points où il adhère encore. On peut, dès ce moment, enlever la partie nécrosée, bien qu'elle n'ait pas de limites précises, et sans compromettre la régénération de l'os » (Ollier).

Les considérations qui précèdent nous ont montré que la résection hâtive, appliquée à la phase aiguë de l'ostéomyélite, pour supprimer le foyer et prévenir la nécrose, n'était point justifiée dans la pratique, et qu'une trépanation large, au besoin l'évidement pouvaient avoir, sans les inconvénients, les mêmes avantages. C'est dire que la résection hâtive n'est applicable qu'à des cas très spéciaux d'ostéomyélite, qu'à ceux où la gravité des phénomènes locaux ou généraux reste au-dessus des limites de la trépanation : l'intérêt vital prime alors l'intérêt local et la résection devient urgente.

Les mêmes reproches ne peuvent s'adresser à la résection tardive, à celle qui n'intervient qu'à la période de nécrose et pour hâter seulement l'évolution d'un séquestre; le périoste est dans de meilleures conditions pour continuer une ossification déjà commencée; l'opération, dès lors, n'expose plus aux mêmes dangers, elle devient partant plus praticable.

III

1° Il est certaines formes d'ostéomyélite aiguë qui se caractérisent, dès leur début, par des allures tellement malignes qu'elles semblent à première vue se dérober aux ressources chirurgicales. L'altération profonde de l'état général, la fièvre élevée, le délire persistant, l'aspect typhique indiquent, dès les premiers jours, la gravité de l'infection. Les désordres locaux évoluent, d'ailleurs, avec une égale rapidité. Le décollement sous-périostique s'étend à toute la hauteur de la diaphyse; celle-ci se trouve à ses extrémités séparée des épiphyses; l'os imprégné de pus flotte librement dans une cavité purulente mal limitée par le périoste détruit par places. Dans ces conditions, la vie du malade est immédiatement compromise et la nécrose est dans tous les cas certaine, parce que l'os a du même coup perdu ses connexions vasculaires et ses relations avec les extrémités. La trépanation, en présence de désordres aussi avancés, ne peut avoir de résultat, et la seule opération longtemps appliquée à des cas de ce genre était l'amputation. Cependant, avant de recourir au sacrifice du membre, surtout chez un enfant, il y a lieu de recourir à la résection et d'enlever la totalité de l'os malade. Il ne s'agit plus, en effet, de savoir, s'il y aura ou non reproduction de l'os, il s'agit de remédier le plus promptement possible à un accident qui menace la vie, et, entre les deux opérations qui peuvent répondre à cette indication, l'amputation et la résection, l'hésitation ne peut être longue. Les conseils de M. le professeur Ollier sont sur ce point très formels : « Dans ces panostéites, avec infiltration purulente de la totalité du tissu spongieux, on procèdera d'emblée à l'ablation ou à la résection de l'os. C'est en suivant cette ligne de conduite, que nous avons pu, depuis plusieurs années, nous abstenir de toute amputation pour les cas d'ostéomyélite suppurée des grands os longs des membres qui nous sont arrivés à une période voisine du début (1). » Dans ces cas, la résection d'emblée, la résection hâtive s'impose comme opération d'urgence et seule capable de mettre un terme aux accidents infectieux, sans sacrifier la totalité d'un membre.

Mais les faits de ce genre ne sont pas d'observation courante; soit que l'on observe le malade à une période plus antérieure, soit que l'affection moins maligne ait évolué moins rapidement, ce que l'on observe journellement, ce sont des décollements étendus mais partiels et ne comportant que le tiers, le quart d'une extrémité diaphysaire. Giraldès, dans des cas de ce genre, faisait la résection partielle; ce n'est point là la conduite à suivre. La trépanation est la première opération applicable à ces cas graves d'ostéomyélites avec décollement d'une seule extrémité diaphysaire, et alors même que l'infiltration purulente aurait détruit le cartilage de conjugaison et séparé l'épiphyse. Avec la trépanation large ou l'évidement de la partie dénudée, on peut mettre un terme aux accidents immédiats et voir, après le lavage du canal médullaire, la fièvre disparaître ou diminuer, et les phénomènes de septicémie s'amender. Dans tous les cas, on peut attendre, puisque le danger immédiat est conjuré; ultérieurement on pourra revenir à de plus larges débridements, mais on n'aura recours à la résection qu'en dernier ressort, et en présence de l'inefficacité absolue des procédés antérieurs à faire tomber la fièvre et à améliorer l'état local.

Une arthrite, reconnue purulente, vient compliquer une ostéomyélite aiguë ou subaiguë en évolution, quelle conduite doit tenir le chirurgien en présence de cette complication ?

Il faut ici nécessairement faire quelques distinctions; toutes les arthrites purulentes, qui surviennent au cours d'une ostéomyélite, ne reconnaissent pas la même pathogénie, les mêmes procédés chirurgicaux ne leur sont pas applicables.

L'arthrite, nous entendons seulement l'arthrite purulente, peut être due à la communication de la cavité articulaire avec l'abcès sous-périostique. Le pus, au point de continuité de la membrane capsulaire et du périoste, a traversé une éraillure de la synoviale et fait irruption dans la jointure; l'épiphyse, les cartilages articulaires, restent intacts ou ne présentent que des lésions secondaires. Au lieu d'être périphérique, la communication peut être centrale ; elle se fait avec le foyer intra-médullaire de l'ostéomyélite. La suppuration se fraie un chemin à travers l'extrémité diaphyso-épiphysaire de l'os et arrive ainsi jusqu'à la cavité synoviale, après avoir déterminé dans l'épiphyse, et jusque sur le cartilage articulaire, les lésions qui sont la condition nécessaire de sa progression.

Plus souvent, le processus qui aboutit à la suppuration de l'article est encore plus simple; il est la conséquence d'une disposition anatomique spéciale à certaines articulations. Il est des épiphyses qui, comme la tête du fémur, comme la tête du radius, sont entièrement intra-synoviales; tandis que d'autres, telles que les épiphyses tibiales, celle

(1) Ollier. *Traité des résections*, t. I, p. 423.

de l'extrémité inférieure du fémur, sont à la fois intra et extra-synoviales. De même, certaines extrémités juxta-épiphysaires sont ou en totalité (col fémoral) ou en partie (extrémité supérieure du cubitus) intra-synoviales.

Les conséquences qui résultent de cette disposition sont faciles à prévoir, dans le cas où une ostéomyélite vient à envahir ces extrémités. L'inflammation, qu'elle débute sur l'épiphyse ou sur la portion juxta-épiphysaire de la diaphyse, l'inflammation sera, dès son début, sous-synoviale; elle doit avoir, sur l'articulation, un retentissement forcé. La suppuration qui, sur un autre point de la diaphyse, serait devenue sous-périostique, deviendra, et ici dès son origine, intra-articulaire. L'épiphysite supérieure du radius, celle de la tête fémorale, ne peuvent exister sans suppuration du coude ou de la hanche.

Enfin, lorsque, pour expliquer la formation d'une arthrite purulente, on ne peut invoquer aucun des mécanismes que nous venons d'étudier, on dit alors : arthrite de voisinage, arthrite infectieuse.

On comprend facilement que, à des variétés si différentes de lésions, ne puisse s'adresser un même procédé. L'état de l'épiphyse, et en général de l'extrémité articulaire de l'os, reste toujours l'élément important, seul capable de varier les indications ou les contre-indications de la résection.

S'agit-il d'une de ces arthrites que nous avons appelées « par communication périphérique »; s'agit-il d'une simple arthrite de voisinage, le lavage antiseptique de l'article, avec le trocart de l'aspirateur, si la suppuration n'est pas franchement établie; le lavage plus étendu, combiné au drainage après arthrotomie, lorsque la suppuration sera au contraire bien caractérisée, seront le plus souvent suffisants pour vider la cavité articulaire, éviter la persistance de l'infection et parer, en même temps que la trépanation pour la diaphyse, aux désordres les plus immédiats. L'arthrotomie, appliquée aux arthrites de l'ostéomyélite, a depuis longtemps fait ses preuves. MM. Guyon, Lucas-Championnière, Le Dentu, de Saint-Germain, ont, par ce procédé, obtenu des guérisons confirmées; et M. Jalaguier rapporte, dans sa Thèse d'agrégation, quinze cas de ce genre, dont treize guérisons pour deux morts.

Tout autre sera la conduite du chirurgien en présence des autres variétés d'arthrite purulente. S'il s'agit d'une communication de la cavité articulaire avec le foyer médullaire, à travers une térébration diaphyso-épiphysaire; s'il s'agit d'une épiphysite aiguë, la résection est la seule opération applicable aux désordres déjà produits. Primitivement ou secondairement, l'épiphyse est infiltrée de pus ou creusée de clapiers : le cartilage de conjugaison est détruit en partie ou en totalité, le cartilage articulaire est lui-même atteint. La trépanation ne peut ici suffire, même avec l'arthrotomie; pour détruire le foyer, il faut, dans sa totalité, supprimer l'épiphyse et prolonger la résection sur la diaphyse, si elle est altérée pour son compte, jusqu'au delà des limites du mal. La résection n'aura pas seulement l'avantage de supprimer le point de départ de l'affection, elle ouvre une plus large voie à la suppuration articulaire et permet de laver plus complètement tous les culs-de-sac.

Ici se pose une question de diagnostic. La résection convient à ces lésions, soit; mais à quels signes peut-on, dans la pratique, reconnaître l'étendue des désordres?

En clinique, le diagnostic ne peut, avant l'intervention, se baser que sur de simples probabilités. Le gonflement énorme et rapide de l'articulation, la nature franchement purulente du liquide, constituent déjà des présomptions à l'égard d'une arthrite par communication. La présence d'un décollement épiphysaire, qu'il est possible de reconnaître à la saillie exagérée de la diaphyse à son extrémité, est encore une probabilité en faveur d'une communication centrale. Elle est, dans tous les cas, l'indice certain de lésions sérieuses et capables, à elles seules, de nécessiter une résection.

Ce ne sont là que des présomptions; mais, au cours même de l'intervention, le diagnostic pourra se faire plus précis. L'incision conduit directement sur les parties malades; elle permet de se rendre exactement compte de l'étendue des désordres : destruction du cartilage d'accroissement, séparation de l'épiphyse, destruction des surfaces articulaires. L'incision sera donc à la fois curative et exploratrice, et nous verrons plus loin comment elle peut être combinée pour répondre simultanément à ce double but.

2° A côté de ces formes d'ostéomyélite grave ou compliquée, où la résection primitive, hâtive, est immédiatement applicable, il est d'autres conditions, qui peuvent constituer encore les indications d'une résection moins urgente, de la résection précoce. Dans le cours d'une ostéomyélite aiguë ou subaiguë, dont la marche envahissante a pu être arrêtée à temps par un traitement approprié, on voit quelquefois survenir des poussées d'inflammation nouvelle, de véritables récidives avec retour des phénomènes douloureux et altération concomitante de l'état général. De nouvelles trépanations plus larges, plus étendues, sont alors pratiquées, et la maladie s'atténue encore, pour reparaître quelque temps après, avec le même caractère alarmant de gravité. Envisageant ces cas particuliers, où l'on voit des chirurgiens expérimentés intervenir à échéances plus ou moins éloignées, par des opérations suffisantes mais pourtant inefficaces, M. Gérard Marchand pense, qu'il est dans certaines formes d'ostéomyélite des lésions qui ne sont pas justiciables du trépan et de l'évidement, et attribue à la nécrose diaphysaire un grand rôle dans ces récidives. Il rapporte un exemple frappant d'ostéomyélite subaiguë, guérie rapidement par une résection du tibia, alors que plusieurs trépanations antérieures n'avaient pas empêché la récidive. Les cas de ce genre, les cas aussi pressants doivent être rares; la résection précoce ne leur sera applicable, qu'en présence de l'inefficacité absolue d'un large évidement à modifier à la fois l'état local et l'état général du malade.

3° Loin de présenter souvent cette évolution récidivante et compliquée, l'ostéomyélite aiguë s'amende ordinairement sous l'influence du traitement primitif, mais la nécrose d'une partie de la diaphyse n'a pu être évitée. Il reste longtemps après des fistules, disséminés à la surface d'un os hyperostosé; le stylet conduit sur un séquestre encore immobile mais dénudé, irrégulier, rugueux. Les malades sont exposés à tous les inconvénients, que peut déterminer la délimitation de leur séquestre. N'y a-t-il pas avantage à pratiquer dès lors la résection tardive, qui n'est plus, en somme, que l'extraction d'une portion d'os mortifié, mais non encore libérée? Une seule difficulté se présente : les parties nécrosées sont encore en continuité avec les parties saines de l'os, à quels caractères peut-on reconnaître les parties mortifiées de l'os ancien, pour faire une résection suffisante sans dépasser les limites de la nécrose?

On doit toujours se fier aux signes habituels qui dénotent la mort du tissu osseux : coloration blanche, sécheresse de la surface, son sec à la percussion au stylet, etc. Tous signes qui n'ont plus le caractère transitoire qu'ils pouvaient avoir aux premiers jours de l'affection; ils sont à cette période l'indice certain de la nécrose. D'ailleurs, les rapports du nouvel os avec l'ancien peuvent aussi servir à délimiter jusqu'à un certain point le séquestre futur, la portion à réséquer : là où l'os nouveau est au contact d'un os mort, il en reste toujours séparé par une faible épaisseur, on peut toujours les séparer avec la rugine, ou même avec le doigt. Là, au contraire, où l'os ancien est resté sain, vivant, l'os nouveau, que l'irritation du périoste propagée à distance a déjà produit au delà de la zone de transitoire, adhère et se confond avec l'os ancien; là encore l'os périostique est beaucoup plus régulier de forme et d'épaisseur.

Il est vrai d'ajouter, que les caractères différentiels entre l'os ancien et l'os nouveau ne peuvent être toujours aussi tranchés : le processus lent d'inflammation peut s'étendre aux productions nouvelles, jusque dans les zones souspériostiques. L'os nouveau est produit de dépôts plastiques, mais irréguliers et dispersés; il est criblé de vermoulures, d'aréoles; ici il est appliqué à la surface de l'os ancien, et là, il en est séparé par un tissu rougeâtre et fongueux. Dans ces conditions, dans ces formes lentement élaborées d'ostéomyélite prolongée, la résection portera non seulement sur l'os ancien, mais sur l'os nouveau : c'est dans une résection totale et complète que résidera tout le succès de l'intervention.

Nous pouvons maintenant, de ce que nous venons de dire, tirer les conclusions suivantes :

1° La résection hâtive est une opération d'exception; elle convient aux formes exceptionnellement graves de l'ostéomyélite. Elle sera diaphysaire dans les pandiaphysites avec décollement périostique total ou presque total; elle sera épiphysaire dans les ostéomyélites compliquées d'arthrite purulente, où celle-ci est la conséquence de lésions primitives ou secondaires de l'épiphyse;

2° La résection précoce doit être une opération rare; elle convient aux seuls cas que la trépanation ou l'évidement n'ont pu modifier heureusement, et dont la gravité persistante conduirait à l'amputation;

3° Enfin les résections tardives peuvent et doivent être d'application courante; elles conviennent à toutes les nécroses, reliquats d'une ostéomyélite aiguë, subaiguë ou prolongée, et dont l'étendue doit attarder la délimitation spontanée.

IV

La question des résections sous-périostées, envisagée au point de vue du manuel opératoire, est traitée dans l'ouvrage de M. Ollier avec tous les développements qu'elle comporte, et nous n'avons pas l'intention d'en rééditer ici les minutieux détails. Cependant comme ces opérations subissent, dans leur application à l'ostéomyélite des os longs, quelques conditions spéciales qui peuvent, jusqu'à un certain point, modifier les procédés, nous devons en dire rapidement quelques mots, en analysant les principaux temps de la résection.

Incision des parties molles. — L'incision doit toujours être faite parallèlement à la direction générale du membre, sur la partie de l'os la plus superficielle, là où d'ailleurs l'abcès sous-périostique est le plus souvent appréciable. Si l'os est profond, il faut, autant que possible, passer, pour arriver jusqu'à l'os, entre les masses musculaires. Comme nous l'avons vu plus haut, ce n'est guère qu'après ce premier temps d'une opération, jusqu'alors exploratrice, que l'on peut se décider pour la résection. S'il en est ainsi, il peut y avoir avantage à se donner du jour, en complétant l'incision première par une incision perpendiculaire à la direction du membre, incision de dégagement qui facilite la fin de l'opération.

S'il s'agit de la résection de toute une diaphyse, il n'est pas nécessaire de donner à l'incision la longueur de la diaphyse : on peut, avec avantage, laisser entre ses deux extrémités un pont intermédiaire de parties que l'on respecte; c'est le procédé à tunnel, que Larghi, le premier, a appliqué à l'humérus, et dont M. Ollier a montré les avantages.

Détachement du périoste. — Ce temps de l'opération est toujours exécuté spontanément, en partie du moins, par l'abcès sous-périostique. Dans les cas contraires, dans les résections tardives, alors que l'os ancien est déjà recouvert de lamelles périostiques, on s'attachera toujours à conserver soigneusement le périoste dans son intégrité; les nouvelles couches d'ossification doivent être conservées avec le plus grand soin, et on ne doit en enlever que ce qu'il est absolument nécessaire de supprimer, pour atteindre la partie nécrosée; l'exception, cependant, doit s'adresser aux cas où, l'os nouveau participant aux lésions de l'os ancien, il y a lieu, pour détruire tout le foyer, de les enlever tous les deux.

Aux limites du périoste et de la capsule articulaire, il y aura lieu d'apporter le même soin à conserver les parties capsulaires de l'articulation.

Section de l'os. — C'est pour ce temps de l'opération surtout, que la résection dans l'ostéomyélite peut différer des autres résections; la section de l'os ne peut jamais ici se faire régulièrement, méthodiquement, comme elle se fait à l'amphithéâtre sur le cadavre. Les sujets sur lesquels on opère sont toujours jeunes; leurs os, s'il s'agit surtout de tout jeunes enfants, se laissent facilement enlever par les procédés de résections que M. Ollier a définis « par morcellement et par excisions parcellaires ». Une épiphyse est-elle séparée de la diaphyse, elle s'enlève facilement, dès que ses adhérences avec la capsule articulaire sont détachées. Si elle tient encore au reste de l'os, on peut l'enlever à la curette; il est de cette manière plus facile de suivre pas à pas l'étendue des désordres, on peut être sûr d'enlever seulement les parties malades et de les toutes enlever.

S'il s'agit seulement d'une résection diaphysaire, la diaphyse, libérée de son périoste, sera sectionnée sur place, soit à la gouge, soit à la pince coupante : on peut même ne faire qu'une section partielle et achever par une fracture complémentaire; il suffit alors de faire basculer la diaphyse en la relevant pour la détacher du cartilage conjugal, si le décollement ne s'est pas opéré spontanément. Ces procédés d'ostéotomie sous-périostée, avec extraction consécutive de l'extrémité articulaire, ont été récemment étudiés à cette place par M. Ricard (1), qui montrait les avantages qu'en peut retirer le chirurgien dans la pratique des résections;

(1) A. Ricard. *Gazette des hôpitaux*, 1888, p. 373.

nous ne pouvons que renvoyer à cette Revue, pour tous les détails complémentaires.

Réunion. — La conduite à tenir relativement à la plaie opératoire est discutée; les uns préfèrent laisser à découvert, et ne font pas de réunion pour laver et désinfecter la plaie. D'autres, MM. Ollier et Marchand, font la réunion; réunion d'abord du périoste avec du catgut, puis sutures superficielles au crin de Florence. M. Ollier met un drain dans toute la hauteur du canal périostique; M. Marchand draine en partie avec les tubes de caoutchouc, en partie avec la gaze iodoformée, qu'il introduit profondément dans la plaie et jusque, s'il est besoin, dans l'articulation.

Un complément indispensable de l'opération, c'est l'immobilisation parfaite au moyen d'un appareil plâtré, qui sera renouvelé et conservé tant que durera la reproduction osseuse.

Cette régénération a pu faire défaut quelquefois, nous l'avons vu; et, pour remédier aux difformités gênantes ou aux troubles fonctionnels graves, qui ont été de ce fait la conséquence de l'opération, l'on a dû proposer l'amputation. Le moyen est extrême; on ne doit y recourir que très tard, parce que nous savons que la reproduction osseuse peut se faire attendre longtemps. N'y aurait-il pas lieu, avant de recourir à la suppression du membre, de favoriser, sans attendre trop tard, les processus de l'ossification par des greffes périostiques?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 décembre 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

COMMUNICATIONS

Hystéropexie vaginale ou opération de Nicoletis (1). — M. **RICHELOT** propose d'appliquer cette opération aux différentes déviations utérines. Il suffit de modifier le siège des sutures pour redresser la matrice dans un sens ou dans l'autre. Cependant, M. Richelot avoue n'avoir pas réussi à redresser un utérus en antéflexion très prononcée.

L'hystéropexie vaginale ne doit pas porter obstacle à la fécondation, à la grossesse et à l'accouchement. Cette opération n'est, en somme, qu'une amputation sus-vaginale un peu compliquée. Or, celle-ci n'a pas empêché certaines opérées de devenir enceintes et d'accoucher heureusement. M. Richelot a fait 6 hystéropexies vaginales avec succès. Cependant, il faut attendre que le temps ait consacré la valeur de cette opération.

M. **POZZI.** Cette opération n'est pas déraisonnable, mais est-elle efficace? M. Pozzi en doute. Les points d'appui ne sont pas solides. L'utérus est fixé, dans sa position nouvelle, au vagin qui est, le plus souvent dans ces cas, flasque, extensible et non résistant. Quant au périnée, il est relâché par le fait même des modifications qui ont entraîné la déviation utérine. Or, l'hystéropexie vaginale laisse subsister l'insuffisance du plancher pelvien.

En réalité, l'opération de Nicoletis agit sur les rétrodéviations, comme l'amputation sus-vaginale le fait dans une certaine mesure. On sait que les amputations du col, pratiquées dans un point très élevé, redressent la matrice. M. Pozzi pense que les sutures décrites par M. Richelot ne sont d'aucune utilité pour corriger la déviation utérine.

M. **QUÉNU** est du même avis que M. Pozzi. Dans un cas, l'amputation sus-vaginale, associée au curage utérin, a été suffisante pour amener le redressement permanent d'un utérus rétrofléchi.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.** Après toutes les opérations pratiquées sur le col (curage, incisions, opération d'Emmet, etc.), on constate une amélioration de la maladie pendant quelque temps. Toutes ces interventions entraînent une certaine perte de sang. Cette saignée locale diminue momentanément l'intensité des symptômes. Mais, après trois mois, six mois et même un peu plus, l'affection reparaît avec tout son cortège habituel. Les douleurs reviennent.

Toutes ces opérations sur l'utérus sont donc inutiles, parce qu'elles ne donnent que des résultats illusoires. Les douleurs siègent ailleurs que dans l'utérus. Pour avoir chance de guérir une rétrodéviation, il faut avoir recours à l'hystéropexie abdominale.

M. **BOUILLY.** Il est évident qu'on ne soulagera pas des femmes atteintes de rétrodéviation et d'une complication du côté des annexes, si on se contente de redresser l'utérus. Avant d'opérer, il faut faire le diagnostic des lésions. C'est là un point capital qui entraîne des indications et des contre-indications opératoires. Si la rétrodéviation est compliquée d'une affection douloureuse des trompes ou des ovaires, le redressement de la matrice ne peut évidemment pas enlever une douleur qui siège dans les annexes. Toutes les méthodes inventées contre les déviations utérines échoueront fatalement dans ces cas. L'hystéropexie abdominale n'aura pas plus de succès que l'Alexander ou l'opération de Nicoletis.

Certaines femmes, qui ont leur utérus rétrodévié, souffrent parce qu'elles ont de l'endométrite. L'indication est de faire disparaître celle-ci.

Toutes ces opérations doivent être faites à bon escient, sans quoi on fait de la chirurgie empirique.

Certes, les rétrodéviations sont rarement douloureuses du fait seul de la mauvaise position.

D'ordinaire les souffrances sont dues à des altérations qui siègent soit dans les trompes ou les ovaires, soit dans le péritoine. Pour combattre les douleurs, il faut remonter à la cause. Mais certains déplacements de l'utérus sont douloureux, et il suffit de remettre l'utérus en place pour faire cesser les phénomènes de gêne et de pesanteur.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** croit que, dans des cas absolument exceptionnels, la déviation est seule cause de la douleur.

M. **TRÉLAT.** Cette discussion n'a guère que quarante ans de date. Il est certain que la déviation utérine est rarement la seule cause des phénomènes douloureux. Très souvent la muqueuse utérine et les annexes sont atteintes simultanément et produisent les souffrances dont les malades se plaignent.

L'endométrite est fréquemment entretenue par la déviation utérine.

Il faut donc traiter et l'endométrite et la déviation de la matrice. Si on ne redresse pas l'utérus, la métrite récidive. Et si on ne traite pas la métrite, la douleur peut persister malgré les tentatives faites pour remettre la matrice dans sa situation normale.

M. Lucas-Championnière prétend que ce sont les affections des annexes qui déterminent toutes les douleurs. Cette affirmation est discutable.

L'opération de Nicoletis n'est pas susceptible de bien fixer l'utérus. On accroche, en effet, la matrice au vagin, c'est-à-dire à des parois mobiles, flasques, extensibles. Où est le point d'attache fixe? Il n'y en a pas.

M. **TILLAUX.** Les flexions utérines sont rarement les causes des douleurs. Cependant celles-ci sont produites quelquefois par la déviation de la matrice.

M. Tillaux a observé une femme qui était en parfaite santé, quand elle fut prise d'une vive douleur, en tirant son lit. Cette femme n'avait eu auparavant aucune affection du côté de l'utérus. La douleur était telle qu'il lui était impossible de rester debout.

M. Tillaux trouva l'utérus en rétroflexion, avec légère rétroversion. L'utérus était mobile, pas augmenté de volume. L'ovaire, un peu gros, était douloureux à la pression.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1251.

M. Tillaux a redressé l'utérus et a obtenu instantanément la disparition des douleurs.

Dans ce cas, la rétroflexion était l'unique cause des douleurs éprouvées par cette femme.

M. BOUILLY. Dans certains cas, la rétroflexion simple, sans complication, est bien la seule cause des troubles dont se plaignent les malades. Il suffit de redresser l'utérus pour faire cesser instantanément toutes les douleurs. Chez les malades de cette catégorie, il faut maintenir l'utérus, dans la bonne position qu'on lui donne, à l'aide d'un pessaire de Hodge. En laissant ce pessaire en place pendant trois mois, six mois et même plus, on obtient une guérison définitive, sans qu'il soit nécessaire de faire aucune opération.

M. RICHELOT. Il faut attendre que les faits soient plus anciens pour pouvoir porter un jugement définitif sur l'hystéropexie vaginale. L'avenir nous éclairera sur la valeur de cette opération.

L'amputation sus-vaginale contribue peut-être à redresser l'utérus rétrofléchi. C'est un élément du redressement que l'on cherche par l'opération de Nicoletis. La disposition des sutures a une importance réelle. En tirant sur les fils, on voit l'utérus rétrofléchi remonter et se placer, sinon en antéflexion, du moins dans une position qui en est voisine.

M. Lucas-Championnière ne fait pas le traitement de la métrite. Il pense que cette affection doit être délaissée. Il faut, à son avis, se contenter d'agir sur les annexes. Tout le monde n'est pas de cet avis. Les complications du côté des annexes, quoique fréquentes, ne sont pas constatées dans toutes les déviations utérines.

Parfois, on agit sur l'utérus seul et on n'obtient qu'un insuccès. Dans ce cas, il y avait autre chose. On est forcé de recourir à la laparotomie. Mais assez souvent le curage utérin et le redressement de l'utérus amènent la disparition de tous les symptômes qu'accusaient les malades.

On ne peut pas proposer la laparo-hystérectomie à toutes les femmes qui souffrent d'une flexion utérine. Malgré la méthode antiseptique, il y a quelque danger à ouvrir le ventre d'une femme pour fixer l'utérus à la paroi abdominale. Du reste, beaucoup de malades refuseront de se laisser ouvrir le ventre pour une simple déviation de la matrice.

Au contraire, on peut sans danger réel pratiquer l'hystéropexie vaginale. Il suffit de suivre les règles de la méthode antiseptique et de connaître exactement le manuel opératoire.

LECTURE

Ostéite tuberculeuse du maxillaire inférieur. — M. TACHARD lit un travail sur l'ostéite tuberculeuse du maxillaire inférieur; récidives; phlegmons répétés; fracture spontanée de la mâchoire; septicémie; mort. (Ce travail est renvoyé à une commission.)

PRÉSENTATION DE MALADES

Vaste brûlure de la paroi thoracique. — M. JALAGUIER présente aux membres de la Société un jeune garçon qui avait une vaste plaie de la paroi thoracique. La perte de substance, due à une brûlure, n'avait aucune tendance vers la guérison. M. Jalaguier lui fit des greffes successives par le procédé de Thiersch-Socin. Le résultat, qui est fort satisfaisant, a été obtenu en deux semaines.

M. BERGER constate qu'au niveau de la réparation, il existe, non une surface cutanée, mais une réparation cicatricielle. La cicatrice est souple, mobile, mais enfin ce n'est pas une peau normale.

M. QUÉNU a obtenu un résultat merveilleux en se servant des griffes dermo-épidermiques d'après le procédé de Thiersch.

M. LE FORT. L'opéré de M. Jalaguier présente, à la place de son ancienne plaie, un tissu rétractile. Ce n'est pas de la peau.

M. BRUN. La greffe, d'après le procédé de Thiersch, ne met pas obstacle à la rétractilité. Or, c'est là un inconvénient grave dans certains cas. Le procédé de M. Le Fort est bien supérieur. M. Brun a restauré deux paupières par le procédé de M. Le Fort et les résultats sont fort beaux. On obtient, à la place de la perte de substance, un lambeau qui a tous les caractères de la peau.

M. POZZI. Les greffes que l'on décrit sous le nom de procédé de Thiersch ont été pratiquées depuis bien longtemps par M. Ollier (de Lyon).

M. SEGOND a eu de beaux résultats en se servant du procédé de M. Le Fort.

M. TRÉLAT. On peut réparer les pertes de substance de la peau par plusieurs procédés :

1° La méthode italienne, plus ou moins modifiée par M. Berger, donne des résultats très beaux, mais c'est une méthode difficile, incommode, pénible pour le patient;

2° La méthode de M. Le Fort est excellente, mais elle ne réussit pas toujours. Les échecs sont relativement fréquents;

3° La méthode d'Ollier-Thiersch est plus commode, plus sûre dans ses résultats. Mais ceux-ci sont moins satisfaisants, en ce sens que l'étoffe est moins belle.

M. BERGER. Les indications sont différentes. Quand on veut lutter contre la rétraction cicatricielle, il faut combler la perte de substance par une peau souple, non rétractile. Ce résultat n'est pas obtenu par les greffes dermo-épidermiques.

M. LE DENTU n'a pas eu recours au procédé de M. Ollier. Il a eu l'occasion de faire une autoplastie du cou. Il a fait basculer un grand lambeau qu'il avait taillé dans le dos. Au cours de l'opération, qui a été accompagnée d'une perte de sang assez considérable, M. Le Dentu a été presque effrayé d'avoir produit une si large plaie. Le résultat a été fort satisfaisant. Cependant, le malade a pâti pendant les deux premiers jours, et a eu quelque peine à se remettre de sa perte de sang.

M. Le Dentu ne ferait pas la même opération à un sujet faible, vieux ou ayant une tare organique. Il préférerait employer des greffes dermo-épidermiques.

M. HUMBERT, comme M. Le Dentu, a été surpris quand il s'est trouvé en présence d'une énorme perte de substance qu'il avait créée pour pratiquer une autoplastie du cou. Son malade a bien guéri, mais il était jeune.

M. BERGER. Il ne faut pas s'effrayer des grandes pertes de substance. On arrive à les combler presque entièrement.

Opération de Mickulicz. — M. CHAPUT présente un malade auquel il a pratiqué l'opération de Mickulicz (1).

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire des plantes (2), par le professeur H. BAILLON.

Le tome IXe de l'*Histoire des plantes* nous offre l'étude des Aristolochiacées, Cactacées, Mésembryanthémacées, Portulacacées, Caryophyllacées, Chénopodiacées, Élatinacées, Frankéniacées, Droséracées, Tamaricacées, Salicacées, Batidacées, Podostémacées, Plantaginacées, Solanacées et Scrofulariacées.

Comme on le voit, par cette énumération, certaines petites familles, promenées et ballottées par les divers auteurs, semblent prendre leur place dans la série. Les Élatinacées se rapprochent davantage des Chénopodiacées que des Caryophyllacées. L'écart n'est pas très grand; mais les Élatines faisaient tache dans cette dernière famille. On ne comprenait pas très bien ce qu'elles y venaient faire. Les Salicacées viennent se ranger à côté des Tamaricacées; ce groupement nouveau satisfait l'esprit. Les Batidacées et les Podostémacées prennent enfin une place justifiée entre les Salicacées et les Plantaginacées.

Habitué, par le maniement de grandes collections, à compulser perpétuellement le *Prodromus* de De Candolle, nous ne manquerons pas de respect et de reconnaissance envers cette précieuse pu-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 460, 708.

(2) Gr. in-8°. Prix : 25 francs. — Paris, Hachette et Cie.

blication, en avouant que, bien souvent, nous avons été surpris et choqué de certaines affinités peu compréhensibles. L'*Histoire des plantes* donne au naturaliste la vive satisfaction de faire disparaître ces incertitudes. Les discussions de M. Baillon portent la conviction dans l'esprit du lecteur.

Passons en revue les diverses familles traitées dans le volume que nous analysons.

Aristolochiacées. — Cette famille, qui doit son nom à Lindley, est une famille par enchaînement. En 1789, A.-L. de Jussieu admettait une famille des Aristoloches. M. Baillon divise cette famille en cinq séries : Aristolochiées, Népenthées, Rafflésiacées et Hydnorées.

Cactacées. — C'est encore Lindley qui a donné le nom à cette famille. Elle se divise assez naturellement en deux séries : Opuntiées et Cierges.

Mésembryanthémacées. — Cette famille, formée, pour certains auteurs, par le seul genre Ficoïde, renferme pour d'autres un grand nombre de Portulacacées. M. Baillon n'admet que deux séries : Ficoïdes et Tétragones. Par les premières, la famille se relie aux Cactacées ; par les dernières, aux Portulacacées.

Portulacacées. — Famille artificielle comme la précédente, varie selon les auteurs. M. Baillon admet trois séries : Portulacées, Aizoïdées et Molluginées.

Caryophyllacées. — Cette famille par enchaînement comprend plusieurs ordres décrits comme distincts par bien des auteurs. M. Baillon, considérant comme puérile la séparation des Polypétales et des Apétales, refuse d'admettre comme séries de la famille, les Paronychiées de A. Saint-Hilaire et les Illécébracées de R. Brown. Il observe des transitions insensibles entre les *Lychnis* et les Œillets, genres à fleurs pourvues d'une corolle très développée et d'un ovaire multiovulé, et les *Paronychia* ou les *Scleranthus*, dont les fleurs sont apétales et dont l'ovaire ne renferme plus qu'un ovule. M. Baillon distingue, par suite, seulement six séries dans ce vaste ensemble : Lychnidées, Cérastiées, Polycarpées, Paronychiées, Comètées, Scléranthées et Illécébrées. M. Baillon estime à environ huit cents les espèces de cette famille cosmopolite ; il fait remarquer que leur nombre a été, bien à tort, porté à peu près au double.

Chénopodiacées. — M. Baillon comprend dans cette famille les Salsolacées, les Amarantacées, les Basellacées et quelques petits groupes secondaires, dont il fait autant de séries. Celles-ci, au nombre de onze, comprennent cent vingt-sept genres et plus de mille espèces, et sont les suivantes : Chénopodiées, Polycnémées, Salicorniées, Salsolées, Sarcobatées, Basellées, Microtées, Leucastérées, Amarantées, Gomphrénées et Célosiées.

Élatinacées. — Cette petite famille, confondue autrefois dans celle des Caryophyllées, ne comprend que deux genres.

Frankéniacées. — Le seul genre Frankenia constitue cette famille à peine distincte.

Droséracées. — Par leur port, leurs glandes, leur singulière inflorescence, la vernation de leurs feuilles, les Droséracées constitueront toujours un petit groupe tout à fait exceptionnel.

Tamaricacées. — M. Baillon admet deux séries : Tamariscées et Réaumuriées.

Salicacées. — Cette famille était autrefois confondue, parmi les Amentacées, avec les Castanéacées. M. Baillon adopte l'idée émise par plusieurs botanistes éminents, repoussée par un certain nombre d'autres, que les Saules représentent une forme réduite de *Tamarix*, à fleurs unisexuées et sans périanthe ; celui-ci nous montrant déjà un certain degré de développement dans les peupliers.

Batidacées. — Cette famille ne renferme qu'un seul genre.

Podostémacées. — Cette petite famille qui, d'après M. Baillon, représente un type amoindri, aquatique, des caryophyllacées, peut être distribuée dans les cinq séries suivantes : Lawiées, Weddellinées, Mourerées, Podostemonées et Hydrostachydées.

Plantaginacées. — Cette famille, par son inflorescence, rappelle les Hydrostachydées, et n'a aucun caractère distinctif absolu qui la sépare des Solanacées.

Ces considérations pourraient porter à rayer les Plantaginacées et à les transporter en tête des Solanacées. Nous aurions alors, dans les Solanacées, de douze à treize séries, commençant par la série des Plantaginées. M. Baillon, qu'on n'accusera certes pas de manquer d'énergie dans ses coupes sombres ordinaires, n'a pas osé aller encore si loin. Il se borne à indiquer ce que présente d'artificiel la famille des Plantaginacées.

Solanacées. — Cette famille, limitée d'une façon tout artificielle, ne diffère de la précédente que par le port et l'inflorescence spiciforme des plantains. M. Baillon les distribue dans les douze séries suivantes : Solanées, Atropées, Strychnées, Loganiées, Spigéliées, Buddléiées, Potaliées, Daturées, Hyoscyamées, Nolanées, Cestrées et Nicotianées.

Scrofulariacées. — Cette famille, indiquée par les plus anciens botanistes, comprend, pour M. Baillon, 188 genres et environ 2000 espèces, qui habitent toutes les régions chaudes, tempérées et froides du globe. L'auteur admet les dix-huit séries suivantes : Salpiglossées, Verbascées, Aptosimées, Leucophyllées, Myoporées, Selaginées, Hebenstreitiées, Globulariées, Alonsoées, Calcéolariées, Antirrhinées, Scrofulariées, Sésamées, Chaenostomées, Gratiolées, Digitalées, Gérardiées et Rhinanthées.

En résumé, ce nouveau volume de l'Histoire des Plantes renferme 16 familles, 541 genres et 594 figures.

Toute louange de ce travail est inutile. Le monde scientifique apprécie à sa juste valeur l'Histoire des Plantes. Encore trois ou quatre volumes et M. Baillon aura achevé le plus remarquable ouvrage élevé dans notre siècle à la science botanique.

L'éducation de nos fils (1), par M. le docteur Jules Rochard.

Après le grand mouvement qui se produisit en France, à la suite de l'année fatale, en faveur de l'instruction primaire et supérieure, on devait s'attendre à un mouvement d'opinion de même ordre en faveur de l'instruction secondaire. L'Université n'a pas manqué à sa tâche et le Conseil supérieur de l'Instruction publique a recueilli et discuté toutes les pièces de cette vaste enquête. M. Jules Rochard a pris part à ces délibérations et, sous l'impression de ces travaux, il a écrit le livre de « L'éducation de nos fils ».

Il divise son livre en quatre chapitres :

Dans le premier, il étudie la réforme scolaire, montre sa nécessité, son but et les bases sur lesquelles elle doit reposer ;

Le second, consacré à l'éducation physique, est le résumé de la grande enquête ouverte dans le pays ;

Dans le troisième, l'éducation morale est envisagée au point de vue des devoirs, du caractère, des mœurs et du savoir-vivre ;

Enfin, l'éducation intellectuelle fait l'objet du dernier chapitre.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le docteur Le Sourd, *directeur de la* Gazette des hôpitaux.

Paris, 13 décembre 1889.

Mon cher Directeur,

Il a paru, il y a quelques semaines, dans la *Gazette*, une note disant que le docteur P. Ménière abandonnait la profession médicale et cédait son journal de gynécologie, pour de graves raisons de santé.

J'ai appris que beaucoup de confrères avaient cru qu'il s'agissait de moi, *sans se préoccuper du prénom.*

Je tiens à rassurer mes amis au sujet de ma santé, qui est parfaite, et à les remercier de leurs marques d'affectueuse sollicitude.

Croyez, mon cher Directeur, à mes meilleurs sentiments.

Dr E. Ménière,
Médecin auriste du dispensaire Furtado-Heine
et de la Cie Paris-Lyon-Méditerranée.

(1) In-16. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

— *Concours de l'externat.* — Anatomie : dix-huitième séance (samedi 7 décembre) : « Artère carotide primitive. »

Dix-neuvième séance (mardi 10 décembre) : « Œsophage. »

— M. le docteur Bérillon reprendra le samedi 14 décembre, à dix heures du matin, rue Saint-André-des-Arts, son cours sur les applications de l'hypnotisme à la neuropathologie. Il le continuera les samedis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 144. — MARDI 17 DÉCEMBRE 1889. 62e ANNÉE. MARDI 17 DÉCEMBRE 1889. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL DU MIDI. — M. Ch. MAURIAC.

Hérédo-syphilis (1).

II

Les symptômes de la syphilis héréditaire, qui s'étaient élaborés dans la période fœtale, n'apparaissent ordinairement que vers la troisième semaine de la vie. Quant aux manifestations ultérieures, soit qu'elles succèdent aux premières, soit qu'elles surviennent d'emblée et sans elles, leur éventualité est presque indéfinie, puisqu'on a vu des cas d'hérédo-syphilis jusqu'à l'âge de dix-huit, vingt ans et même au delà.

A partir du moment où l'individu entre dans la période active de la vie sexuelle et en accomplit les fonctions, il est plus exposé qu'auparavant à contracter la syphilis. Dès lors, la démonstration de l'hérédo-syphilis chez lui devient plus problématique.

C'est que la syphilis héréditaire ne crée point de lésions ni de symptômes qui lui soient propres. Elle donne lieu à toutes les manifestations de la syphilis acquise, sauf au chancre infectant dont ne sont jamais atteints les hérédo-syphilitiques. Mais s'ils en sont exempts, ils peuvent le donner, car ils sont éminemment contagieux par toutes leurs lésions secondaires exsudatives et peut-être aussi par leurs lésions tertiaires.

Ces dernières sont très précoces; elles se montrent souvent à l'époque où la virulence du nouvel être est à son point le plus aigu et le plus puissant de contagiosité. Du reste, la distinction entre la période secondaire et la période tertiaire est beaucoup plus difficile à établir et surtout plus factice ici que dans la syphilis acquise. Aussi, est-il à peu près impossible de dire à quelle époque les hérédo-syphilitiques cessent d'être contagieux, de même qu'il l'est tout autant d'affirmer qu'ils possèdent, temporairement ou pour toute leur existence, une immunité contre la syphilis acquise.

S'il y a beaucoup de lésions semblables dans la syphilis acquise et dans la syphilis héréditaire, cette dernière en possède toute une catégorie d'une importance majeure qui résultent, non pas d'une néoplasie spécifique scléro-gommeuse, mais simplement d'une imperfection ou d'une perversion nutritives. Ce sont les conséquences du trouble produit dans l'évolution par le virus, sans son intervention directe, immédiate, et comme un affaiblissement natif, une sorte d'ataxie et d'insuffisance originelles dans le principe vital qui préside à la formation de l'hérédo-syphilitique. Ces lésions parasyphilitiques diffèrent peu, en définitive, de celles que produirait, dans cet ordre-là, toute autre cause morbide générale, susceptible de cachectiser d'une façon ou d'une autre le nouvel être, depuis les premières ébauches de sa création, jusqu'au terme de son évolution vers l'équilibre stable de la vie organique. De là résultent la petitesse de la taille, la gracilité des membres, le ratatinement de tout le corps, le retard dans la dentition, l'infantilité exagérée comme caractère et comme durée, les malformations osseuses, la faiblesse et l'imbécillité du fonctionnement cérébral, la surdité, la dégradation de toute la personne physique et morale, etc.

Et tout cela n'empêche point l'hérédo-syphilis de stigmatiser ses victimes d'une empreinte toute personnelle et qui n'appartient qu'à elle. Combien de fois n'observe-t-on pas des infiltrations gommeuses, des gommes viscérales discrètes ou le plus souvent confluentes, qui se sont développées avant la naissance? Diffuses, symétriques, ainsi que les éruptions généralisées de la peau et des muqueuses, si communes en pareil cas, elles restent telles après la naissance et pendant les premières années de la vie; mais plus tard elles ont de la tendance à se circonscrire comme dans la forme acquise.

A côté de ces lésions syphilitiques et parasyphilitiques, placez celles que produisent d'autres grandes diathèses, telles que la scrofule et la tuberculose. Sans doute l'hérédo-syphilis ne les crée pas de toutes pièces, mais ne favorise-t-elle pas leur apparition? Ne se trouve-t-elle pas si intimement unie à leur étiologie, qu'on a cru pendant longtemps à une combinaison où les deux maladies perdaient leur autonomie respective pour créer une hybridité scrofulo-tuberculo-syphilitique? Pour le rachitisme n'est-on pas allé plus loin? Parrot prétendait qu'il n'avait pas d'autre cause que la syphilis. Erreur profonde. Là encore la syphilis ne joue que le rôle de cause excitante, et jamais celui d'une cause primordiale. Les prétendus lupus syphitiques ne peuvent plus être confondus avec les lupus vrais depuis la

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1286.

découverte du bacille tuberculeux par Koch. Assurément, certaines syphilides tuberculeuses tardives prennent parfois quelques traits de la physionomie propre aux lupus; mais il n'y a aucune relation pathologique intime entre les deux affections.

On s'imagine que la syphilis héréditaire présente dans son processus des particularités étranges qui la distinguent profondément, à cet égard, de la syphilis acquise. Il en peut paraître ainsi quand on ne va pas au fond des choses, ou qu'on ne les voit que par quelques côtés singuliers. Tenez pour certain que, dans ses grandes lignes, l'évolution reste toujours la même. Seulement c'est parfois celle d'une syphilis grave, maligne, dont les lésions éclosent partout simultanément, s'entassent les unes sur les autres, se poursuivent, se devancent et luttent de vitesse comme dans un steeple-chase pathologique où le prix est remporté par les plus dangereuses. Cette subintrance excessive n'est pas toujours la règle, tant s'en faut. Elle appartient à la phase intra-utérine et aux premières années de la vie. Plus tard, l'accalmie se fait dans ce tumulte désordonné, et les poussées se succèdent, séparées par des intervalles de santé et de repos qui permettent à l'organisme de reprendre haleine et de réparer ses forces. Dans un grand nombre de cas, même dans ceux où l'état général n'est plus qu'une ruine irréparable, vous verrez le processus se dérouler comme dans la syphilis acquise avec une chronicité lente, entrecoupée de sommeils diathésiques. Bien plus, ce sommeil diathésique, avec les apparences d'une santé exempte de toute teinte spécifique, peut exister dès la naissance, se prolonger pendant la première et la seconde enfance, et n'être interrompu que vers l'adolescence ou ultérieurement par l'explosion d'un tertiarisme tardif que rien ne faisait présager. N'est-ce pas ce que nous voyons dans certaines syphilis acquises dont la première et la seconde période ont été si atténuées, si légères qu'elles sont restées ignorées ou méconnues?

Dans l'hérédo-syphilis comme dans la syphilis acquise, les premières manifestations cutanées et muqueuses ont ce caractère de diffusion et de généralisation qui caractérise la période secondaire. On y rencontre quelquefois simultanément des lésions diaphyso-épiphysaires ou des viscéropathies qui remontent à la vie intra-utérine. N'y a-t-il pas aussi dans la syphilis secondaire acquise des lésions périosto-osseuses et des déterminations viscérales?

Les exanthèmes cutanés ou muqueux, survenus pendant les premières années de l'hérédo-syphilis, s'éteignent définitivement comme dans la syphilis acquise pour ne plus reparaître. On ne trouve jamais de plaques muqueuses, par exemple, chez un hérédo-syphilitique après la dixième année, ni même avant. On peut même dire que tout enfant qui a une roséole ou une syphilide papuleuse généralisées, vers quatre ou cinq ans, n'est pas un syphilitique de naissance. De pareils accidents, qu'il s'agisse d'une syphilis acquise, infantile ou héréditaire, ont une signification chronologique d'une fixité presque immuable. Ils indiquent une infection jeune. Tout autrement en est-il des lésions gommeuses ou scléro-gommeuses, surtout en matière de syphilis héréditaire.

Quoique la syphilis héréditaire stigmatise l'organisme d'une façon souvent si saisissante qu'il est difficile de la méconnaître, cependant maintes fois on la confond dans ses manifestations tardives avec la scrofule. Comment n'en serait-il pas ainsi? N'est-ce pas à la même époque de la vie que les deux maladies constitutionnelles se rencontrent sur le même terrain, et y font éclore aux mêmes endroits des lésions presque identiques? Autrefois on les mettait à peu près toutes indistinctement sur le compte de la scrofule. Comment les distinguer? Par une analyse minutieuse de leurs caractères intrinsèques, par une enquête rigoureuse sur le passé des petits malades et sur la santé de leurs parents. Un autre moyen de diagnostic à peu près infaillible dans les cas douteux, c'est la merveilleuse rapidité avec laquelle le traitement spécifique, et en particulier l'iodure, amende et guérit les lésions pseudo-scrofuleuses qui émanent de l'hérédo-syphilis.

La syphilis infantile acquise après la naissance présente avec la syphilis héréditaire des différences très grandes dans son début, ses premières phases et son évolution. Mais son tertiarisme ressemble tellement à celui de la syphilis, que l'enquête seule sur les antécédents et la santé des géniteurs peut résoudre la question de sa provenance. Ce diagnostic rétrospectif ne présente pas, du reste, en pareil cas, un intérêt pratique considérable. Le grand point c'est de ne pas confondre le tertiarisme de la syphilis héréditaire ou infantile avec les manifestations de la scrofule.

Le pronostic de la syphilis héréditaire est d'une gravité qui surpasse de beaucoup celle de la syphilis contractée à n'importe quelle période de l'existence. Combien d'enfants ne tue-t-elle pas dans l'utérus? Combien dans les premiers jours, dans les premières semaines, dans les premiers mois de leur vie, sans compter les victimes qu'elle fait plus tard jusqu'à l'adolescence et au delà? Suivant diverses statistiques, sur 100 enfants issus de parents syphilitiques, il y en a 70 à 83 qui succombent à diverses époques de leur vie, par le seul fait de leur infection héréditaire.

Heureusement que ces dangers si redoutables, nous pouvons les conjurer ou les combattre par la médication mercurielle et iodurée. Le mercure prévient jusqu'aux probabilités de l'infection. Il l'atténue dans ses premiers effets, pendant la vie intra-utérine; il en guérit les premières manifestations après la naissance. Par une sorte de privilège qui compense la gravité de l'hérédo-syphilis, les enfants et les adolescents montrent pour le traitement spécifique une tolérance admirable.

Mais ce qui est bien plus merveilleux encore, c'est que les deux spécifiques développent leur action curative dans l'enfance et l'adolescence avec une rapidité, une plénitude et une puissance qu'on n'obtient pas au même degré ultérieurement. Il semble que les cellules apportent alors dans leur effort éliminateur, suscité par l'iodure et l'hydrargyre, la même sûreté, la même énergie, la même concentration vitale que dans leur accroissement et leur tendance à l'équilibre organique où s'installe, pour un temps trop court, l'être dans sa maturité.

SUR LA VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE

DE L'UROBILINURIE

Par M. le professeur Hayem.

On sait que les maladies du foie sont très souvent latentes pendant la première période de leur évolution. Tous les signes qui peuvent permettre de les diagnostiquer à cette période sont donc précieux, d'autant plus précieux que les chances de guérison diminuent considérablement avec l'ancienneté des lésions.

Or, l'examen des urines me paraît avoir, pour ce diagnostic

précoce des affections hépatiques, l'importance qu'il a pour les maladies des reins.

Dans le cas d'altérations rénales, on se préoccupe de l'albumine, de l'urée, de l'acide urique, etc. Dans le cas de lésions hépatiques, c'est du côté des pigments — et spécialement l'urobiline — qu'il faut porter son attention.

A l'inverse de ce qu'on observe chez les animaux de laboratoire, l'urobilinurie est extrêmement fréquente chez l'homme adulte, surtout dans la clientèle hospitalière. Cela me paraît tenir à la rareté de l'état absolument sain du foie des adultes, rareté due elle-même à de mauvaises habitudes alimentaires, et surtout à l'usage des boissons alcooliques.

Je m'empresse d'ajouter que, pour avoir une signification pathologique nette, l'urobilinurie doit être habituelle, durable, quitte à présenter d'un jour à l'autre certaines variations quantitatives. Dans ces conditions de permanence, l'urobilinurie, fût-elle en proportion faible, indique un foie anomal, ayant subi, dans sa constitution anatomique, une modification plus ou moins profonde. Aussi, suis-je conduit à envisager, d'une manière générale, l'urobiline comme le pigment de l'insuffisance hépatique.

J'ai observé l'urobilinurie dans les circonstances suivantes :

1° Au début des cirrhoses alcooliques. C'est souvent la première manifestation de la maladie ; d'où son importance clinique en pareil cas ;

2° Il en est de même chez les cardiaques, dont le foie n'est pas tuméfié. Chez ces malades, elle peut être également à elle seule un indice de lésions hépatiques commençantes ;

3° Dans un assez grand nombre de maladies aiguës survenant chez des alcooliques ; dans la fièvre typhoïde, par exemple. Dans cette maladie, une forte proportion d'urobiline doit même inspirer des réserves pour le pronostic ;

4° Chez les nouvelles accouchées et les nourrices ;

5° Dans la plupart des cachexies.

En terminant, je rappellerai que l'urobiline a un faible pouvoir tinctorial, et qu'on peut en trouver une proportion notable dans des urines pâles. Dans le cas où l'urine est condensée, haute en couleur (fatigues, courbature, fièvre avec sudation, etc.) le plus souvent la coloration foncée, qui fait donner à ces urines le qualificatif d'*hépatiques*, est due non à l'urobiline, mais principalement au pigment normal : l'urochrone.

DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

DANS SES RAPPORTS AVEC L'EAU POTABLE ET LES POUSSIÈRES.

Par M. le docteur VAILLARD,

Médecin-major de deuxième classe, chargé de l'enseignement de la bactériologie au Val-de-Grâce.

Malgré des preuves multiples, quelques auteurs persistent encore à ne pas attribuer à la contamination des eaux potables la part légitime et grande qui lui revient dans l'étiologie de la fièvre typhoïde. S'appuyant sur des expériences de laboratoire ils essayent de montrer que les eaux vulgaires constituent un milieu absolument antipathique aux bactéries pathogènes.

Or, ayant été chargé de faire l'analyse microbiologique des eaux distribuées dans les garnisons de France, principalement lorsque la fièvre typhoïde venait à y sévir, j'ai pu, plusieurs fois, pendant le cours de ces épidémies, prouver la présence du bacille typhique dans les eaux d'alimentation. Cette constatation a été particulièrement démonstrative pour cinq épidémies qui ont sévi sur des corps de troupe à Melun, Cherbourg, Mirande, Bourg-en-Bresse et Châtellerault, dans ces deux dernières années. Pour Melun, notamment, dont la garnison s'alimentait à sept puits différents, creusés dans la caserne, et à une canalisation d'eau de Seine, les renseignements qui me furent fournis après mon analyse m'apprirent que la fièvre typhoïde n'avait atteint précisément que les escadrons faisant usage des puits dans l'eau desquels le bacille d'Eberth avait été trouvé.

Je passe, bien entendu, sous silence les procédés techniques mis en œuvre pour isoler le bacille typhique dans ces différents cas. Je me borne à dire que sa recherche a été parfois très difficile, que la détermination certaine de son identité est semée d'embûches et de causes d'erreur. J'ajouterai encore, afin de prévenir les critiques, que j'ai eu pour règle invariable de ne jamais affirmer la présence du bacille typhique dans les eaux avant d'avoir soumis l'organisme considéré comme tel à l'épreuve des cultures comparatives faites avec le bacille d'Eberth, extrait de la rate d'un typhique.

Les faits que j'ai observés fournissent donc, je crois, une nouvelle preuve du rôle de l'eau de boisson comme vecteur du germe typhique et surtout de la possibilité d'y déceler réellement la présence de ce germe.

Est-ce à dire que la souillure des eaux potables constitue l'unique cause de l'entretien de la fièvre typhoïde dans les grandes agglomérations, et que le seul effort de la prophylaxie doive consister à faire distribuer des eaux de boisson absolument pures ? Sans doute l'eau est le véhicule le plus ordinaire, le plus important peut-être, le plus redoutable assurément du germe typhique ; mais personne, même parmi les partisans les plus résolus de la propagation de la maladie par les eaux potables, n'a songé à soutenir que cette condition étiologique suffisait à expliquer tous les cas de dothiénentérie. On admet et on sait, au contraire, que l'agent pathogène peut et doit résider en des milieux différents où nous risquons de le puiser par des procédés multiples. Dans cet ordre d'idées je vous demande la permission de vous exposer un fait bien observé et qui me paraît fort digne d'attention. Il confirme une opinion maintes fois émise par des épidémiologistes militaires, à savoir que les poussières réparties à la surface ou dans les interstices des planchers peuvent éventuellement recéler la cause de la fièvre typhoïde et que cette circonstance est de nature à expliquer soit la permanence, soit la localisation plus accentuée de la maladie dans certaines casernes ou dans quelques chambres d'une même caserne. Le document dont il s'agit émane d'un médecin militaire russe, M. Chour. J'en dois la connaissance à l'obligeance de M. le directeur du service de santé au ministère de la guerre. Voici ce fait :

Deux régiments d'infanterie stationnés à Silomir et recevant la même eau potable sont très inégalement atteints par la fièvre typhoïde. L'un, le régiment n° 127, fournit une morbidité de 9,6 p. 1000 en 1885 et de 3,2 p. 1000 en 1886. L'autre, le régiment de Kourlk, présente pendant les mêmes périodes une morbidité bien plus élevée et dont l'étude détaillée aboutit à des constatations significatives.

Ce régiment de Kourlk est réparti en des points différents de la ville. La fraction logée à la caserne Hammermann se fait remarquer par une morbidité typhoïde de beaucoup supérieure à celle qui est relevée pour l'ensemble des autres parties du même corps. Tandis, en effet, que les atteintes portant sur ces derniers étaient de 11 p. 1000 en 1885 et de 16 p. 1000 en 1886, elles se chiffraient à la caserne Hammermann par 15 p. 1000 en 1885 et 50,7 p. 1000 en 1886. Une donnée plus importante encore se dégage des éléments de la statistique : parmi les troupes de la caserne Hammermann, une compagnie, la quatrième, est surtout frappée en 1886 et fournit à elle seule quatorze cas de fièvre typhoïde sur un effectif de quatre-vingt-dix hommes, soit la proportion énorme de 155 p. 1000.

Cette manifestation intensive de la maladie en une partie limitée de la caserne Hammermann suggérait l'idée d'un facteur étiologique localisé en quelque sorte dans les chambres dont les occupants étaient si éprouvés. Aussi, en décembre 1886, le médecin en chef du corps d'armée provoquait-il l'évacuation des locaux habités par la quatrième compagnie et la désinfection énergique, non seulement des murs et planchers, mais encore des effets d'habillement et de la literie. Ceux-ci furent passés à la vapeur d'eau ; les planchers furent enlevés, tout l'entrevous fut imprégné d'acide phénique à 5 p. 100 et son contenu renouvelé : le stucage des murs et des plafonds fut démoli ; on fit vaporiser

dans les chambres du chlore mélangé à de l'acide phénique à 5 p. 100, enfin toutes les boiseries furent repeintes à neuf. Après l'exécution de ces mesures radicales la quatrième compagnie vint occuper à nouveau son casernement habituel; sa morbidité typhoïde se réduisit à 1,7 p. 1000 en 1887, pour devenir nulle en 1888.

Or, pendant le même laps de temps, dans les chambres de la caserne qui n'avaient pas été soumises à la désinfection, la fièvre typhoïde continuait à sévir avec persistance, donnant une morbidité de 22 p. 1000 en 1887 et de 33 p. 1000 en 1888, alors que les atteintes n'étaient que de 11 p. 1000 et de 16 p. 1000 pour l'ensemble des autres parties de garnison.

La disparition si remarquable de la maladie dans les locaux soigneusement désinfectés, sa persistance, au contraire, et à un taux élevé, dans ceux qui n'avaient été l'objet d'aucune mesure de ce genre apportaient une confirmation de plus à l'hypothèse d'une cause locale inhérente à l'habitat lui-même. Sur l'avis du médecin en chef du corps d'armée les poussières du plancher et de l'entrevous des chambres infectées furent soumises à un examen bactériologique. Dans les poussières, éminemment riches en microbes (14 millions par gramme), on parvint à déceler la présence du bacille typhique; c'était l'explication précise des particularités mises en lumière par les données statistiques et la démonstration complète du rôle joué par les souillures des parquets dans la fréquence plus grande de la fièvre typhoïde à la caserne Hammermann.

Les chambres contagionnées furent immédiatement évacuées et les hommes allèrent camper dans un bois voisin. Trois cas furent encore constatés, du 5 au 20 mars, chez les hommes qui avaient quitté la caserne en état d'incubation, mais, à partir de cette époque, aucun cas ne fut observé, ce qui permit de considérer la maladie comme éteinte.

Si donc il est indispensable de veiller à la bonne qualité des eaux potables, il n'est pas inutile d'envisager aussi les dangers qui peuvent éventuellement venir des poussières répandues dans les locaux habités, surtout lorsqu'il s'agit d'habitations collectives.

Ce qui est vrai de la tuberculose, paraît l'être également pour la fièvre typhoïde et sans doute aussi pour bon nombre d'affections transmissibles : la pneumonie, la diphthérie, par exemple.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 décembre 1889.—Présidence de M. CADET DE GASSICOURT.

COMMUNICATIONS

Étiologie de la fièvre typhoïde. — M. VAILLARD expose les rapports de la fièvre typhoïde avec l'eau potable et les poussières. (Voir plus haut, p. 1315.)

M. CHANTEMESSE fait remarquer que cette épidémie de fièvre typhoïde, causée par des poussières, semble le premier cas bien authentique et bien observé.

Continuant ses communications sur l'influence pathogénique de l'eau de Seine, il rappelle que, du 10 au 30 septembre, la substitution de l'eau de Seine a eu lieu pour la seconde fois, dans les XIIIe, XIVe, XVe et XVIe arrondissements, c'est-à-dire dans les quartiers qui, après avoir eu de l'eau de Seine au mois de juin, avaient subi en juillet une mortalité par fièvre typhoïde, de trois à quatre fois plus grande, proportionnellement, que celle du reste de la ville. Ils avaient acquis, de par ce fait, une certaine dose d'immunité.

Aussi, pendant le mois d'octobre, les entrées par fièvre typhoïde dans les hôpitaux n'ont pas été nombreuses (46 entrées du 6 au 12 octobre, 46 entrées du 13 au 19; et 39 du 20 au 26). Mais, à la fin d'octobre, survient la rupture d'une conduite; l'eau de Seine est substituée, dans toute la ville, à l'eau de la Vanne du 31 octobre au 5 novembre, et les entrées s'élèvent à 36, puis 40, 95, 77, 185 et 189 (du 1er au 7 décembre).

L'influence typhogène de l'eau du fleuve ne peut plus être mise en doute.

M. RICHARD. Pendant trois ou quatre années consécutives, la fièvre typhoïde a sévi sur la garnison d'une ville de Hanovre. L'eau d'alimentation des troupes était irréprochable. Le médecin-major du régiment fit désinfecter tous les effets des hommes et ceux des magasins de réserve, et l'épidémie cessa.

De l'urobilinurie. — M. HAYEM fait une communication sur la valeur diagnostique et pronostique de l'urobilinurie. (Voir plus haut, page 1314.)

Épidémie régnante. — M. LEGROUX. L'épidémie, qui sévit actuellement à Paris, n'offre généralement pas les caractères classiques de la grippe. Les manifestations catarrhales sont exceptionnelles. Après une période prodromique de deux ou trois jours, caractérisée par de la courbature plus accentuée le matin que le soir, de la céphalalgie, des douleurs au niveau des globes oculaires, on voit survenir des nausées, des coliques, de la fièvre; le malade prend le lit, le garde deux ou trois jours, et les accidents disparaissent.

Quelques cas sont, en apparence, un peu plus graves. Comme phénomènes de début, on observe des douleurs de tête abominables, des envies de vomir, de la torpeur cérébrale, du délire, le pouls à 120 et la température au-dessus de 39 degrés au bout de quarante-huit heures. Tout était fini avec un peu d'antipyrine.

Chez les enfants, la bronchite et le coryza sont associés, plus souvent, on observe du catarrhe gastro-intestinal avec selles très fétides. Lorsqu'il y avait catarrhe bronchique, la durée de la maladie était beaucoup plus courte.

M. SEVESTRE. Les cas observés se rattachent à deux variétés bien distinctes. Dans l'une, c'est la grippe classique; dans l'autre, la plus fréquente, il y a phénomènes catarrhaux, douleurs très vives dans les yeux et les reins, fièvre et éruption scarlatiniforme ou rubéolique, comme dans la dengue; mais éruption moindre. En somme, on ne peut appeler cette épidémie du nom de grippe sans changer le sens ordinaire de ce mot.

M. CHAUFFARD accepte les distinctions de M. Sevestre. Mais on se trouve peut-être en présence d'une seule espèce morbide avec ou sans exanthème, et cela dans le même foyer.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Hôpitaux de Paris.

C'est le 31 décembre de cette année, date fixée par les règlements de l'administration de l'Assistance publique, que MM. Empis et Labric, médecins, et M. Marc Sée, chirurgien des hôpitaux, sont atteints par la limite d'âge et doivent quitter leur service actif pour l'échanger contre l'honorariat.

On sait, en effet, que la limite d'âge est fixée à soixante-cinq ans pour les médecins et à soixante-deux ans pour les chirurgiens. Le service actif cesse au 31 décembre de l'année, pendant laquelle les chefs de service atteignent cet âge. D'autre part, un décret de 1885 fixe la limite d'âge à soixante-dix ans, pour les professeurs de la Faculté, sauf pour les professeurs membres de l'Institut, pour lesquels la limite d'âge a été reculée à soixante-quinze ans.

Il nous a paru intéressant de rechercher, à ce propos, quels étaient, parmi nos maîtres des hôpitaux, les plus anciens et les plus jeunes.

I

Le plus âgé des médecins des hôpitaux est M. Gendrin (Augustin-Nicolas), qui naquit à Châteaudun (Eure-et-Loir), le 16 dé-

cembre 1796. Sa thèse de doctorat (*Considérations sur le traitement de la blennorrhagie*) est du 12 avril 1821. Il fut attaché en dernier lieu à l'hôpital de la Pitié, et il est médecin honoraire depuis le 1er janvier 1862. M. Gendrin est chevalier de la Légion d'honneur. Il a quatre-vingt-treize ans aujourd'hui même 16 décembre 1889.

Parmi les médecins encore en exercice, le plus âgé est M. Germain Sée, actuellement professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu. Né à Ribeauvillé (Haut-Rhin), le 6 février 1818, il passe sa thèse à vingt-huit ans, le 15 juillet 1846 (*Recherches sur les propriétés du seigle ergoté et de ses principes constituants*), après avoir été interne et lauréat des hôpitaux. Il est nommé médecin du Bureau central, le 1er juillet 1852, et c'est le 18 octobre 1855, qu'il commence son service actif dans les hôpitaux. M. Germain Sée aura soixante-douze ans le 6 février 1890, il est attaché à l'Hôtel-Dieu depuis le 17 juillet 1876; il est commandeur de la Légion d'honneur et membre de l'Académie de médecine (1869). M. Germain Sée devrait être à la retraite, puisqu'il a dépassé soixante-dix ans et qu'il n'est pas membre de l'Institut. Mais, appelé à une chaire à la Faculté sans avoir passé par l'agrégation, M. Sée n'a pas droit encore à sa retraite de professeur. Telle est, si nous sommes bien informé, la cause de sa situation irrégulière.

Vient ensuite M. Empis (Georges-Gaspard-Joseph). Né le 22 mars 1824, il passe sa thèse à vingt-six ans (en 1850). Nommé au Bureau central, le 21 avril 1856, il devient titulaire le 14 février 1859. A l'époque où M. Empis fut nommé titulaire, il existait un engagement obligatoire de rester attaché pendant cinq ans à certains hospices. Ayant accepté cet engagement à défaut de ses collègues plus anciens, il prit rang ainsi, parmi les médecins titulaires, avant son tour de nomination au Bureau central. Depuis 1864, les prises de possession des services ont toujours eu lieu dans l'ordre de nomination au Bureau central. M. Empis est membre de l'Académie de médecine depuis 1875, et officier de la Légion d'honneur. Ayant eu soixante-cinq ans, le 22 mars dernier, il est atteint par la limite d'âge, le 31 décembre courant; il quittera donc à cette époque l'Hôtel-Dieu, où il est médecin depuis le 1er janvier 1879.

M. Labric (Noël-Adrien) est médecin de l'hôpital des Enfants-Malades depuis le 1er janvier 1865. Il naquit à Paris, le 7 août 1824, passa sa thèse à vingt-huit ans, le 13 janvier 1852 (*De la ponction abdominale dans la tympanite*). Nommé au Bureau central le 11 avril 1857, il prend son service actif le 13 novembre 1861. M. Labric a pour gendres M. Rendu, médecin de l'hôpital Necker et agrégé de la Faculté, et M. Champetier de Ribes, accoucheur à l'hôpital Tenon. Il est officier de la Légion d'honneur, depuis le 14 juillet 1888. Ayant eu soixante-cinq ans le 7 août de cette année, il passe médecin honoraire le 31 décembre courant.

MM. Empis et Labric sont les seuls médecins atteints cette année par la limite d'âge. Par suite de leur retraite, les mutations suivantes ont lieu dans le service médical des hôpitaux.

M. Ed. Labbé passe de la Maison municipale de santé à l'Hôtel-Dieu; M. Robert Moutard-Martin passe du Bureau central à la Maison municipale de santé; M. d'Heilly passe de l'hôpital Trousseau à l'hôpital des Enfants-Malades; M. Sevestre passe de l'hospice des Enfants-Assistés à l'hôpital Trousseau; M. Hutinel passe de l'hôpital de la Pitié aux Enfants-Assistés; M. Straus passe de l'hôpital Saint-Antoine à la Pitié; M. Letulle passe de l'hôpital Tenon à l'hôpital Saint-Antoine; M. Muselier passe de Sainte-Périne à l'hôpital Tenon; M. Merklen passe du Bureau central à Sainte-Périne; M. Brissaud passe de La Rochefoucauld à Saint-Antoine; et M. Faisans passe du Bureau central à La Rochefoucauld.

Le plus jeune des médecins des hôpitaux est M. Gilbert (Augustin-Nicolas). Né à Buzancy (Ardennes), le 15 février 1858, médaille d'or de l'internat, lauréat de l'Académie de médecine, il passe sa thèse à vingt-huit ans, le 16 avril 1886 (*Contribution à l'étude du cancer primitif du foie. — Du cancer massif du foie*). Il est médecin du Bureau central depuis le 5 juillet 1888, et il a été nommé agrégé de la Faculté de Paris (section de médecine), au dernier concours. M. Gilbert aura trente-deux ans, le 16 février 1890. Ce n'est donc que le 31 décembre 1923 qu'il deviendra médecin honoraire.

II

Parmi les chirurgiens, le doyen d'âge est, comme pour les médecins, un chirurgien honoraire. M. Gustave Monod est né le 30 décembre 1798. Après avoir été prosecteur à la Faculté, il soutient sa thèse pour obtenir le grade de docteur en chirurgie, le 1er février 1831 (*Propositions sur l'anatomie pathologique des os*). C'est à la Maison de santé qu'il fut attaché en dernier lieu, il est chirurgien honoraire depuis le 1er janvier 1859, trois ans avant M. Gendrin. M. Monod, officier de la Légion d'honneur, et agrégé de la Faculté de médecine, atteindra ses quatre-vingt-onze ans, le 30 décembre prochain. Il est le père de M. Charles Monod, le chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

Rappelons que M. Ricord, qui mourut le 22 octobre dernier, était né le 10 décembre 1800.

Depuis la démission de M. le professeur Richet, qui aura soixante-quatorze ans le 16 mars 1890, M. le professeur Verneuil est le plus âgé des chirurgiens encore en exercice. M. Verneuil (Aristide-Auguste) est né le 28 novembre 1823. Docteur en 1850, chirurgien du Bureau central le 28 avril 1856, titulaire le 31 janvier 1862, il était attaché à l'hôpital de la Pitié depuis le 15 octobre 1872. M. Verneuil est professeur de clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu depuis le 19 novembre dernier, membre de l'Académie de médecine et de l'Institut (Académie des sciences). Il était officier de la Légion d'honneur depuis le 4 août 1880, le zèle qu'il a déployé comme président du jury des récompenses de la classe XIV, à la dernière Exposition, lui a valu la croix de commandeur (29 octobre 1889).

M. Marc Sée est le seul chirurgien atteint cette année par la limite d'âge. C'est à Ribeauvillé, comme son cousin, M. le professeur Germain Sée, qu'il naquit le 17 février 1827; il soutint sa thèse sur *L'accommodation de l'œil et du muscle ciliaire*, le 23 mai 1856, et fut chef des travaux anatomiques de la Faculté de Paris; du Bureau central le 1er juillet 1866, son service actif dans les hôpitaux date du 18 décembre 1867. Il est chirurgien de la Maison de santé depuis le 1er janvier 1876, membre de l'Académie de médecine (1878) et chevalier de la Légion d'honneur.

Par suite de la retraite de M. Marc Sée, atteint par la limite d'âge, les mutations suivantes ont lieu dans le service chirurgical des hôpitaux.

M. Schwartz passe de Bicêtre à la Maison municipale de santé; M. Segond passe du Bureau central à l'hospice de Bicêtre.

M. Ricard (Alfred-Louis) est le plus jeune de nos chirurgiens des hôpitaux. M. Gilbert, le plus jeune médecin des hôpitaux, est son aîné de trois mois. M. Ricard est né à Sens, le 31 mai 1858. Sa thèse sur *la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille*, est du 12 janvier 1885. Ancien interne lauréat, lauréat de l'Académie de médecine, il fut successivement prosecteur et chef de clinique de la Faculté. Il est chirurgien du Bureau central du 1er juillet 1889, et a été nommé agrégé, dans la section de chirurgie, au dernier concours (mai 1889).

III

Quant aux accoucheurs des hôpitaux, ce titre étant de création relativement récente, le plus âgé est encore un jeune. M. Adolphe Pinard, nommé, il y a quelques mois, professeur de clinique obstétricale à la Maternité, est accoucheur des hôpitaux depuis le 5 juillet 1882. Il commença son service actif à l'hôpital Lariboisière dès le 16 octobre de la même année, et il resta attaché à cet établissement jusqu'au 1er juillet 1889, époque à laquelle il passa à la Maternité. M. Pinard aura quarante-six ans le 4 février 1890. Il est chevalier de la Légion d'honneur.

Le plus jeune des accoucheurs des hôpitaux est le dernier nommé : M. Bonnaire (Érasme). Né au Mans (Sarthe), le 26 mars 1858, il soutient sa thèse le 27 mai 1885 : *Recherches anatomiques et anatomo-pathologiques sur le broiement de la tête fœtale, avec quel-*

ques considérations particulières sur le mode d'action du basiotribe Tarnier. M. Bonnaire est ancien interne et ancien chef de clinique du professeur Tarnier. Il est accoucheur des hôpitaux depuis le 1er juillet dernier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société médicale des hôpitaux a désigné M. Dumontpallier, médecin de l'Hôtel-Dieu, pour la représenter dans le conseil de l'Assistance publique, en remplacement de M. Siredey démissionnaire.

— Par décret, en date du 11 décembre 1889, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Duchemin, en remplacement de M. Paoli, retraité ; maintenu à son poste actuel de directeur du service de santé de la division d'Oran.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. Josien, en remplacement de M. Durant, retraité; désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble ; — Laurens, en remplacement de M. Duchemin, promu ; maintenu provisoirement à son poste actuel de médecin-chef de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Mercier, en remplacement de M. Letellier, mis en non-activité pour infirmité temporaire ; maintenu au 90e d'infanterie ; — Alban, en remplacement de M. Boucher, retraité; maintenu au 140e d'infanterie; — Billot, en remplacement de M. Amat, retraité ; désigné pour le 46e d'infanterie ; — Ebstein, en remplacement de M. Josien, promu ; maintenu au 67e d'infanterie ; — Landriau, en remplacement de M. Laurens, promu ; désigné pour le 36e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Vogelin, en remplacement de M. Bréau, mis en non-activité pour infirmité temporaire ; maintenu au 23e d'infanterie ; — Dupeyron, en remplacement de M. Robert, mis en non-activité; maintenu au 93e d'infanterie ; — Chameroy, en remplacement de M. de Voisins, mis en non-activité pour infirmité temporaire; maintenu au 67e d'infanterie ; — Clavelin, en remplacement de M. Mercier, promu ; maintenu au 65e d'infanterie ; — Levêque, en remplacement de M. Alban, promu ; désigné pour le 7e bataillon d'artillerie de forteresse; — Dumontier, en remplacement de M. Billot, promu ; maintenu au 136e d'infanterie ; — de Poul de Lacoste, en remplacement de M. Ebstein, promu ; désigné pour le 134e d'infanterie ; — Billet, en remplacement de M. Landriau, promu ; désigné pour le 73e d'infanterie ; — Galibern, en remplacement de M. Evesque, réformé ; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Oran.

— Par décision ministérielle, en date du 11 décembre 1889, M. Dieu, médecin principal de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Marseille, est nommé médecin-chef de l'hôpital militaire de Versailles. M. Dieu remplira en même temps les fonctions de membre du comité technique de santé.

— Par décision ministérielle, en date du 11 décembre 1889, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin principal de première classe Marvaud, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital Villemanzy (à Lyon).

MM. les médecins-majors de première classe Landois, pour l'hôpital de Perpignan ; Desmonceaux, pour l'hôpital de Bourges ; Aubry, pour le 42e d'infanterie ; Maria, pour le 31e d'infanterie ; Annesley, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; Grandmougin, pour le 54e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Gat dit Gentil, pour le 71e d'infanterie; Coquand, pour le 1er bataillon de chasseurs à pied; Duc, pour le 6e d'infanterie ; Pascal (C.-A.-J.), pour la place d'Alger; Courtot (A.-A.), pour le 9e chasseurs à cheval ; Marty (J.-E), pour le 4e d'infanterie ; Bachos, pour le 160e d'infanterie ; Vinsac, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; Baills, pour le 54e d'infanterie ; Cauchy, pour le 3e zouaves ; Bodinier, pour le 15e bataillon d'artillerie de forteresse ; Couderc, pour le 16e bataillon d'artillerie de forteresse ; Rostan, pour la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam ; Hugues, pour le 99e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe David (H.-P.-I.-B.-A.), pour le 9e chasseurs à cheval ; Cahen, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; Barreau, pour l'École de Saint-Cyr ; Creton, pour le 24e d'artillerie ; Viela, pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

M. le médecin aide-major de deuxième classe de Viville, pour le 51e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 décembre 1889, des médailles d'argent ont été accordées à MM. les docteurs Ferrand, médecin aide-major, au 12e hussards, et Lejeune, médecin, aide-major, au 24e dragons, pour leur dévouement, lors d'une épidémie de fièvre typhoïde, à Dinan.

— Nous sommes heureux d'annoncer que M. le professeur Morache, directeur au service de santé du 18e corps d'armée, vient d'être nommé commandeur de l'Ordre du mérite militaire d'Espagne.

— M. le docteur Tapie est nommé médecin du lycée Buffon (emploi nouveau).

M. le docteur P. Delbet est nommé chirurgien du lycée Buffon (emploi nouveau).

— *École de médecine de Reims.* — M. le professeur Lemoine est nommé professeur honoraire.

Un congé est accordé à M. Lenglet, suppléant des chaires de médecine.

— *École de médecine de Rouen.* — Ont été proclamés lauréats de l'École pour l'année scolaire 1888-1889.

Doctorat en médecine : prix Pillore, M. Halipré.

Deuxième année : premier prix, M. Delabost; deuxième prix, M. Houdeville ; mention honorable, M. Lefebvre.

Troisième année : premier prix, M. Halipré ; deuxième prix *ex æquo*, MM. Bouju et Sorel.

Officiat. — Premier prix, M. Létorey.

Prix des hopitaux. — MM. Delabost et Houdeville.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Andiau (de Chenullé); Drouadaire (de Paris); Lagout (d'Aigueperse).

— La sixième conférence annuelle Broca aura lieu le jeudi 26 décembre 1889, à quatre heures de l'après-midi, à la Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'École-de-Médecine.

Ordre du jour : M. le docteur Georges Hervé : les Prétendus quadrumanes. — M. le docteur Mathias-Duval : Rapport sur le prix Godard. — M. le docteur Chervin : Rapport sur le prix Bertillon.

— Une consultation publique aura lieu les mardis, jeudis et samedis à neuf heures, à l'hospice des Enfants-Assistés, sous la direction de M. Kirmisson.

— M. le professeur A. Gautier commencera le cours de chimie biologique, le mardi 17 décembre 1889, à une heure, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, et le continuera les mardis suivants à la même heure. — Objet du cours : La digestion. La lymphe. Le sang.

— M. le professeur Frémy commencera son enseignement de la chimie inorganique expérimentale, au Muséum d'histoire naturelle, le mercredi 18 décembre 1889, à midi, et le continuera tous les jours de midi à cinq heures.

Des conférences auront lieu deux fois par semaine. Les élèves qui désirent prendre part aux manipulations devront se faire inscrire immédiatement au laboratoire de M. Frémy, 63, rue de Buffon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pharmacologie, de thérapeutique et de matière médicale, par T. Lander Crunton, membre du collège médical royal de Londres, traduit par MM. les docteurs L. Deniau et Lauwers. Deux vol. in-8°. — Prix : 25 francs. — Bruxelles, A. Manceaux.

Des polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier, étude clinique et anatomo-pathologique par Mme Dejerine-Klumpke, docteur en médecine, ancienne interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8°. — Prix : 6 francs. — Paris, Félix Alcan.

Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus, faites à l'Hôtel-Dieu par le docteur V. Cornil, et recueillies par MM. Laffitte et Toupet. 1 vol. in-8° avec 35 figures intercalées dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris. F. Alcan.

Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies des oreilles et des fosses nasales, par le professeur Simon Duplay. In-18 de 168 pages, avec 36 figures dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.**	» — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a consacré sa séance à l'étude de l'épidémie actuellement en cours. On verra, par le compte rendu, que les préoccupations académiques étaient plus extérieures que de coutume. Les orateurs ont surtout parlé pour le grand public. Il fallait rassurer les populations, non contre des craintes que ne semblent pas justifier les accidents si rapidement conjurés, mais contre les mises en interdit dont souffre si cruellement le commerce parisien.

Quant à nous autres médecins, que devons-nous conclure de tout ce qui a été dit; sinon que la maladie actuelle n'est très probablement pas la dengue, mais une grippe à forme très particulière et qui rendra encore un peu plus confuse l'étude déjà si embrouillée de cette maladie.

SUR LA FIÈVRE DENGUE
ET SES RAPPORTS AVEC L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE

Par M. le professeur Proust,
Inspecteur général des services sanitaires.

La dengue, ou *fièvre rouge*, ou *dandy fever*, probablement originaire des zones torrides, a maintenant de la tendance à se propager aux régions tempérées. C'est ainsi que, cet été, après avoir frappé Chypre, Rhodes, Syra, les îles de l'Archipel grec, elle éclatait encore à Smyrne, et, franchissant les frontières de l'Europe, sévissait avec violence à Constantinople, Salonique et Athènes. Pour M. de Brun la nouvelle étape franchie par la dengue est une des dernières qui la séparent de nos frontières.

Dans les diverses épidémies qui ont sévi dans le bassin oriental de la Méditerranée, la maladie s'est attaquée à tout le monde, frappant même, dans quelques cas, deux ou trois fois un même sujet à quelques jours d'intervalle. A Jaffa, toute la population, sans exception, aurait, affirme-t-on, été atteinte. A Smyrne, sur 200,000 habitants, 150,000 ont eu la maladie.

L'altitude, qui passait pour une barrière infranchissable pour la dengue, n'a nullement arrêté l'épidémie cette année, car on l'a vue sévir à 1,200 et 1,500 mètres au-dessus du niveau de la mer.

On sait, du reste, qu'en 1872, dans l'Hindoustan, on compta les malades par millions. Au Caire, les neuf dixièmes de la population furent touchés.

A Constantinople, la maladie paraît avoir été importée par des fuyards de Smyrne. Les récidives ont été très fréquentes.

L'abaissement de température observé fin octobre, loin de diminuer l'intensité des manifestations morbides, a plutôt déterminé une certaine aggravation dans les complications.

En résumé, en 1889, la dengue a certainement touché plusieurs millions d'habitants sur un espace mesurant plus de dix degrés.

M. de Brun fait cette remarque qu'à l'inverse du choléra, la dengue s'établit, le plus souvent, d'une manière définitive dans les contrées qu'elle a une première fois visitées.

Ainsi, à Beyrouth, elle s'est montrée quatorze fois depuis sa première apparition dans cette ville en 1861.

M. de Brun craint, en outre, que la maladie ne continue sa marche envahissante dans le Nord et l'Ouest. Ce qui justifie cette crainte c'est, d'une part, la violence de son invasion en Europe où elle a conservé les mêmes allures qu'en Syrie, où, du premier coup, elle a frappé une quantité incalculable d'individus — preuve certaine que sa virulence n'a pas été atténuée par un climat relativement tempéré. C'est, d'autre part, la facilité des communications et des voies de transport. C'est précisément la rareté des grandes routes, la difficulté des déplacements qui ont permis à la dengue de rester si longtemps cantonnée au littoral phénicien.

Quels sont, maintenant, les symptômes de cette maladie?

Le début est parfois tout à fait caractéristique.

Le malade est, en quelque sorte, immobilisé dans la position qu'il occupait au moment de l'attaque. Martialis cite le cas d'un individu contrefaisant la démarche d'un malade affecté de dengue et qui fut atteint du mal au milieu même de sa pantomime.

D'après ce qui a été observé à Smyrne par les docteurs Stamatiadès et Léoni, le tableau symptomatique habituel peut être résumé ainsi :

Début brusque, en pleine santé, par un frisson et une céphalalgie frontale très intense, localisée parfois au fond de l'orbite. Haleine très fétide ; langue chargée d'un enduit blanchâtre. Inappétence complète. Douleurs articulaires et

musculaires très vives, surtout aux membres inférieurs. Anxiété précordiale. Température montant rapidement à 39, 40 et 41 degrés centigrades. Pouls, de 100 à 120, parfois 130. Urines normales ; constipation. Rien au foie, à la rate ou à la poitrine. Toux sèche dans quelques cas. Intelligence nette.

La fièvre dure généralement quarante-huit heures, accompagnée de sueurs profuses, d'une odeur *sui generis*.

Avec l'abaissement de température, qui est tantôt brusque, tantôt graduel, apparaît une éruption tantôt scarlatineuse, tantôt rubéoleuse, parfois pustuleuse, durant un à deux jours, et sujette à récidiver après une rémission de deux à quatre jours. Elle siège généralement à la face ; mais elle n'est pas constante comme les autres symptômes énumérés plus haut. Avec son apparition, coïncide une démangeaison intolérable, tandis que les douleurs disparaissent peu à peu. Souvent l'éruption est terminée par une desquamation furfuracée presque imperceptible.

La convalescence est ordinairement d'une dizaine de jours, pendant lesquels le malade est généralement très prostré. On dirait qu'il relève d'une grave maladie.

Parfois, il y a des épistaxis, et, chez les femmes, des métrorrhagies.

Aucun décès n'a été constaté, jusqu'à ce jour, qui soit imputable à la dengue.

A Beyrouth, M. de Brun a noté la fréquence des épistaxis et l'existence de douleurs thoraciques, ainsi que de douleurs des élévateurs des paupières.

On voit, par ce tableau, que la dengue a des caractères tellement tranchés qu'on ne saurait la confondre avec d'autres maladies.

M. de Brun ne se souvient pas d'avoir vu un seul cas de dengue dans une maison sans que les autres habitants de la même maison aient été atteints en même temps, ou successivement, à intervalles très rapprochés.

La dengue est manifestement une maladie contagieuse. En effet :

1° Partout elle a été le résultat d'une importation ;

2° Sa propagation ne s'est pas effectuée en raison de la proximité des localités, mais en raison de la facilité des communications ;

3° Partout où elle s'est montrée elle a commencé à frapper exclusivement un quartier pour s'étendre ensuite de proche en proche, sans interruption ni discontinuité ;

4° Dans certaines villes, comme à Alep, l'importation a été prise sur le fait. La maladie y fut importée par une personne partie d'Alexandrette en pleine éruption de dengue. La dengue se déclara tout d'abord à Alep dans la maison où cette personne s'était installée, puis dans celle de la blanchisseuse à laquelle elle avait donné son linge. Puis la maladie se répandit dans toute la ville, de proche en proche.

La possibilité de la propagation de la dengue aux animaux, bien qu'admise par certains auteurs, demande de nouvelles observations.

Aucune expérience d'inoculation n'a été tentée sur l'homme. Un essai d'inoculation pratiquée sur un singe, par Voderman, a donné un résultat négatif, mais si cette unique expérimentation n'a pas donné de résultats, l'observation des épidémies et l'étude des faits cliniques établissent, comme nous l'avons vu, cette transmission d'une façon évidente.

Au point de vue de sa distribution géographique, la dengue, comme presque toutes les grandes épidémies, a eu pour berceau la zone intertropicale. Elle y occupe à l'état sporadique ou à l'état endémo-épidémique, deux foyers principaux, l'un en Amérique, l'autre sur les côtes baignées par l'océan Indien et la mer Rouge. En Amérique, elle fut observée, dès 1780, à Philadelphie, par Rush, qui la décrivit sous les noms de *fièvre bilieuse rémittente* et de *fièvre brisant les os*.

Je ne puis terminer cette communication sans dire quelques mots de l'épidémie qui sévit en ce moment à Paris et à propos de laquelle le mot de *dengue* a été prononcé par quelques médecins.

Sans doute, en faveur de cette opinion, on peut faire valoir la prostration du début, l'aspect empourpré du visage, l'éruption que l'on constate dans un certain nombre de cas, l'aspect rosé de la gorge, les douleurs rhumatoïdes, etc. On peut ajouter enfin que la dengue est une maladie protéiforme — l'histoire des diverses épidémies le prouve — et qu'on peut bien avoir affaire à elle à Paris, bien qu'elle ne revête pas ici les formes qu'elle a revêtues sous les tropiques et même sur les bords de la Méditerranée. Et, à l'appui, on pourrait dire que le climat tempéré et froid imprime à la maladie une modalité différente et atténue ses manifestations et sa durée.

Ces hypothèses sont d'autant plus permises que jamais la dengue n'a été observée dans les conditions de latitude et de température qui sont les nôtres. Elle n'avait pas dépassé jusqu'ici le 45e degré de latitude Nord, et le 21e degré de latitude Sud. Elle avait toujours coexisté avec l'extrême chaleur et l'extrême humidité. Même dans les pays chauds, c'était une maladie d'été ou d'automne.

Mais, d'autre part, contre l'hypothèse qui veut que nous ayons affaire à la dengue, on peut dire ceci :

1° Jusqu'à présent, lorsqu'une épidémie envahit un pays pour la première fois, elle est remarquable par sa sévérité. Témoin les épidémies de choléra, qui sont devenues chez nous de moins en moins graves ;

2° Dans l'épidémie actuelle, on ne note pas l'état saburral de la langue, si souvent signalé dans la dengue ;

3° On ne note pas, non plus, la douleur spéciale des genoux, qui imprime à la démarche une allure si caractéristique que les Arabes lui ont donné le nom d'*Abou-Recab* (père des genoux) ;

4° Jamais on n'a noté dans la dengue les localisations respiratoires qui sont observées chez un certain nombre de malades, dans l'épidémie actuelle ;

5° On n'a pas signalé encore les sueurs fétides, la desquamation et les démangeaisons intolérables qui ont été notées dans la dengue ;

6° Dans notre épidémie, la convalescence est rapide. Elle est longue dans la dengue, comme on le voit dans les travaux adressés à l'Académie par M. de Brun, et elle s'accompagne d'une débilitation considérable ;

7° Enfin, on a cité un certain nombre d'épidémies de grippe ou d'*influenza*, remarquables comme celle-ci par la faible importance des manifestations catarrhales et par l'existence d'éruptions polymorphes, tout à fait semblables à celles que l'on constate actuellement chez un certain nombre de malades.

En résumé, l'épidémie d'*influenza*, qui règne en ce moment à Paris, ne présente pas tous les caractères classiques de la grippe ordinaire, mais elle n'offre pas davantage l'ensemble des phénomènes de la dengue classique. On ne pourra se prononcer qu'à la fin de l'épidémie et lorsqu'on

sera à même de comparer les formes observées dans les différentes villes atteintes (Saint-Pétersbourg, Berlin, Vienne, Londres, Rome, Copenhague, Madrid, Paris, etc.).

On ne doit pas moins reconnaître que les deux maladies ont de nombreux points de ressemblance, qu'elles sont notamment susceptibles de la même extension, qu'elles ont presque la même morbidité. Ces analogies sont si prononcées, que certains épidémiologistes, dont je ne partage pas l'opinion, M. Léon Colin, entre autres, pensent que la dengue est l'influenza des pays chauds, et qu'elle aurait son foyer d'origine et de rayonnement dans la zone intertropicale, comme la grippe aurait le sien dans les régions circumpolaires.

Quoi qu'il en soit, ce que nous pouvons dès aujourd'hui affirmer, c'est que l'épidémie de Paris est la même que celle des autres grandes villes citées plus haut; c'est ensuite que cette épidémie est remarquable par le peu de durée des accidents qu'elle provoque et également par leur bénignité.

C'est le côté important et rassurant sur lequel tous les observateurs sont d'accord et sur lequel nous croyons devoir insister en terminant.

UN CAS DE PSEUDO-RHUMATISME DIPHTHÉRITIQUE

Par M. le docteur J. DAURIAC (de Bordeaux).

Pendant toute la première moitié de ce siècle on a confondu, sous le nom de rhumatisme, toute polyarthrite aiguë, quelle que fût sa nature.

Toutes les arthropathies survenant au cours de la scarlatine, de la blennorrhagie, étaient considérées comme du rhumatisme, et on pensait que les maladies infectieuses agissaient simplement comme causes prédisposantes en réveillant la diathèse rhumatismale.

C'est à M. le professeur Bouchard que revient l'honneur d'avoir isolé du rhumatisme vrai tout un groupe d'états pathologiques qui n'ont du rhumatisme que l'apparence, et qui sont à proprement parler des déterminations articulaires des maladies infectieuses. Cette conception nouvelle du rhumatisme fut exposée par M. Bouchard à son cours de 1881 et peut se résumer à ceci : « Toutes les maladies infectieuses peuvent présenter, parmi leurs manifestations contingentes, des déterminations articulaires absolument distinctes du vrai rhumatisme et relevant de l'infection générale de l'économie. » Cette doctrine, reprise et développée dans la thèse de M. Bourcy en 1883, a été pleinement acceptée par M. de Lapersonne dans sa thèse d'agrégation sur les *Arthrites infectieuses*, en 1886.

Tout récemment, au mois de février 1888, M. le docteur Marfan, chef de clinique médicale, a publié, dans la *Gazette des hôpitaux*, un excellent article qui résume l'état actuel de la question qui nous intéresse. Cet auteur fait observer avec raison que, si l'on admet la théorie de M. Bouchard sur les pseudo-rhumatismes infectieux, il en découle naturellement une obligation pour le clinicien : établir les caractères différentiels de ces arthropathies infectieuses, de ces pseudo-rhumatismes avec le rhumatisme articulaire aigu.

Dans cet ordre d'idées, les arthropathies de la plupart des maladies infectieuses ont été étudiées et sont aujourd'hui bien connues. Les *diphthéritiques*, quoique signalées par Follin, par Muller et par Paulin, sont néanmoins assez rares pour que nous ayons cru devoir publier le cas suivant que nous avons eu l'occasion d'observer.

OBSERVATION. — Marie L..., âgée de dix ans et demi, est fille d'un père et d'une mère qui ont toujours été bien portants et qui ne sont pas rhumatisants. Elle a un frère âgé de seize ans, également bien portant.

Elle a eu la rougeole à l'âge de six ans, et une bronchite capillaire à l'âge de huit ans.

Le 23 novembre, je suis appelé à voir cette petite fille, qui se plaint depuis la veille de mal à la gorge avec des douleurs qui irradient dans le cou et dans les oreilles. A l'inspection de la gorge, je trouve les amygdales rouges, tuméfiées, recouvertes de quelques fausses membranes discrètes qui occupent également les piliers du voile du palais.

Les ganglions cervicaux sont gonflés et douloureux. Température 37°8.

Pas d'albumine dans les urines.

Traitement. Toucher les fausses membranes avec du jus de citron. Gargarisme à l'acide salicylique et perchlorure de fer à l'intérieur.

Le 24 novembre. Légère amélioration.

Le 25 novembre. Les fausses membranes ont diminué en nombre et en étendue. Les douleurs de la gorge sont moins violentes. Température 37°5. La malade se lève deux heures dans la journée, malgré ma défense.

Le 26 novembre. Le lendemain, je trouve la petite malade beaucoup plus souffrante que la veille.

Les douleurs de la gorge ont reparu plus violentes qu'au début de la maladie, et je trouve les amygdales et les piliers du voile du palais tapissés de fausses membranes. Température 38°4. Je continue le même traitement, et je prescris en outre de toucher les fausses membranes avec une solution de perchlorure de fer.

Le 27 novembre. Légère albuminurie.

Les 28 et 29 novembre. Un peu d'amélioration. Température 38 degrés.

Le 30 novembre. Les douleurs de la gorge ont sensiblement diminué, les fausses membranes sont moins abondantes. Mais, dans la nuit, ont apparu des douleurs très vives, arrachant des cris à la malade, dans toutes les articulations du membre inférieur droit, dans le genou gauche, dans toutes les articulations du bras droit, dans le coude, le poignet et la main gauches. La petite malade accuse en même temps dans la nuque des douleurs non moins vives qui l'empêchent de soulever sa tête. Les articulations envahies sont rouges et médiocrement enflées. Les bruits du cœur sont absolument normaux. Les urines contiennent toujours un peu d'albumine. La température se maintient à 38 degrés. Malgré l'existence de l'albuminurie, je prescris le salicylate de soude à la dose de deux grammes dans les vingt-quatre heures, avec ordre de le supprimer, si la quantité des urines venait à diminuer.

Le 1er décembre. Légère détente dans l'acuité de la douleur. La malade a eu des sueurs abondantes. Il y a encore quelques fausses membranes sur les amygdales. Bruits du cœur normaux. Un peu d'albumine dans les urines.

Le 2 décembre. Grande diminution de la douleur. La petite malade, qui avait perdu l'usage de ses deux bras, peut se servir très bien de son bras gauche, et peut remuer les doigts de la main droite.

Le 3 décembre. Les douleurs ont encore diminué. La malade peut se servir de son bras droit.

Les fausses membranes ont disparu. Pendant les jours suivants, les douleurs des jambes diminuent graduellement, et, le 8 décembre, elles ont totalement disparu. Les urines contiennent encore des traces d'albumine. Les bruits du cœur sont toujours normaux.

Si nous cherchons à mettre en relief les principaux caractères de cette observation, nous constatons les phéno-

mènes suivants. L'explosion du pseudo-rhumatisme diphthéritique a eu lieu huit jours après le début de l'angine, d'une façon soudaine, et s'est généralisée d'emblée à un grand nombre d'articulations sans élévation de température. Ces arthropathies ont coïncidé avec l'apparition de l'albuminurie. Les articulations étaient peu gonflées, mais très douloureuses : nous avions donc affaire à la forme arthralgique du pseudo-rhumatisme. Ces arthropathies, soudaines dans leur apparition, ont été promptes à rétrocéder, et ont cédé en huit jours à la médication salicylée. Signalons aussi l'absence de complications cardiaques et paralytiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 décembre 1889. — Présidence de M. Moutard-Martin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° des plis cachetés de MM. Vidal (d'Hyères) et Rappin (de Sautron); — 2° une lettre de M. Pilat (de Lille) se portant candidat au titre de correspondant national; — 3° un rapport par M. le docteur Courtois; — 4° une note sur une épidémie de dengue, par M. Romanowski (de Bedon); — 5° une note sur un fœtus monstrueux, par M. Villanueva (de Philippeville); — 6° et une lettre de M. G. Moreau (de Paris), sur le traitement de la phthisie.

VACANCES

M. LE PRÉSIDENT déclare deux vacances : 1° l'une, dans la section de pathologie, en remplacement de M. Maurice Perrin; l'autre, dans la classe des associés libres, en remplacement de M. Chevreul.

COMMUNICATION

La fièvre dengue. — M. PROUST présente, au nom de M. Le Roy de Méricourt et au sien, les résultats de l'examen que l'Académie les a chargés de faire de deux mémoires, adressés par M. de Brun (de Beyrouth), sur la fièvre dengue. (Voir plus haut, p. 1321.)

M. BROUARDEL tient à répéter, avec M. Proust, que l'épidémie, qui règne actuellement à Paris et dans la plupart des grandes villes de l'Europe, est essentiellement bénigne.

Quel nom doit-on donner à cette épidémie? Est-ce la grippe? Est-ce la dengue? Certains médecins, en l'absence du catarrhe pulmonaire, ne veulent pas admettre qu'il s'agisse de grippe. Mais il suffit de reprendre l'histoire des épidémies de grippe qui ont ravagé l'Europe pour voir que le catarrhe pulmonaire survient en certains cas, mais n'est pas nécessaire.

En 1580, Heinsch écrit que la maladie se caractérise par de la dyspnée, par un état soporeux, par des sueurs profuses dans certains cas; il n'est pas question de catarrhe pulmonaire.

En 1762, Monro a observé une épidémie de grippe très bénigne; elle n'a produit que deux morts, et sur deux soldats anglais qui étaient alcooliques.

Ce qui a mis le doute dans l'esprit de certains médecins, c'est que l'épidémie actuelle s'est accompagnée, parfois, d'éruptions; mais Héberden, en 1775, a cité des faits semblables.

Ainsi, l'épidémie actuelle est bien ce que les anciens ont décrit sous le nom de grippe. Avec le temps, le mot « grippe » a été dévié de son sens primitif; on a quelquefois décrit sous ce nom des catarrhes pulmonaires, mais ce n'est pas la vraie grippe. Cette idée fausse qu'on se fait souvent de la grippe explique la difficulté qu'ont certains médecins à désigner sous ce nom l'épidémie actuelle, qui ne présente pas de catarrhe pulmonaire.

La grippe est une maladie caractérisée par des prodromes toujours les mêmes : céphalalgie, nausées, abattement, tous phénomènes qui font défaut dans le catarrhe pulmonaire.

M. ROCHARD. Deux épidémies sont actuellement en marche, l'une qui vient du Sud, la dengue ; l'autre du Nord, la grippe. Toutes deux ont un caractère de bénignité très net; on comprend qu'on ait tendance à les considérer comme une seule épidémie.

Mais, pour qui connaît la dengue, il n'y a pas de confusion possible entre elle et la grippe.

La grippe actuelle est la même que celle de 1837.

Quant à la dengue dont M. Rochard a observé quelques cas au Sénégal, c'est une maladie toute différente. Les malades sont rouges, cramoisis ; d'où le nom de fièvre rouge qui a été donné à cette maladie. Certes, il y a des dengues sans éruption, mais le fait est rare et si la maladie qui existe actuellement à Paris était la dengue, au lieu d'avoir quelques rares cas d'éruptions, comme cela est, on en observerait, au contraire, de très nombreux.

C'est donc la grippe qui règne. La dengue est une maladie des pays intertropicaux et la marche des précédentes épidémies permet de penser qu'elle y restera localisée.

M. LÉON COLIN. L'épidémie de grippe actuelle offre ce caractère particulier d'être séparée par un long intervalle des dernières grandes explosions de l'affection ; on pouvait supposer que nous étions à la fin de ces manifestations pandémiques parcourant en quelques mois ou semaines, le monde entier.

A part ce retard, l'épidémie actuelle est identique aux cent ou cent-cinquante épidémies d'influenza signalées depuis le XIIIe siècle ; elle en a la syndromie, la presque simultanéité d'apparition dans les capitales de l'Europe ; malgré cette extrême rapidité d'extension, elle n'est pas plus universelle et ne marche pas plus vite aujourd'hui qu'aux siècles derniers où, malgré l'absence de moyens rapides de communication, elle atteignait, en vingt-quatre heures, Vienne, Londres et Paris. Elle démontre, une fois de plus, son indépendance de tout moyen de transport par les communications humaines, traversant aussi vite les mers, les régions inhabitées que les pays à population dense. Il n'y a que les agents physiques les plus rapides, la lumière, l'électricité, qui aillent aussi vite. Sans doute, le nouveau monde est atteint aujourd'hui comme l'ancien, et l'a été dans des conditions plus rapides que la traversée la plus courte.

C'est une modification atmosphérique s'accomplissant sur une vaste surface. Comme les épidémies analogues, elle vient encore du Nord ; Saint-Pétersbourg a été, comme d'habitude, sa première étape, au moment où elle a franchi les limites de la zone boréale ; autant de traits qui, en caractérisant la grippe, en prouvant son immuabilité étiologique et épidémiologique, la différencient d'une maladie dont, à d'autres égards, je l'ai moi-même rapprochée : la dengue.

Cette dernière affection, originaire des régions intertropicales, s'est toujours éteinte dans ses expansions épidémiques aux latitudes méditerranéennes ; elle n'aurait pénétré, en nos climats, si elle avait pu y accéder en hiver, que par Marseille et par notre littoral méditerranéen.

M. CHARPENTIER. Dans un voyage que j'ai fait l'année dernière, à Constantinople, j'ai subi une attaque de dengue. J'étais dans cette ville depuis cinq jours ; je venais de faire une excursion pénible à cheval toute la journée et je me couchai le soir très fatigué. A trois heures du matin, je me réveillai subitement avec un sentiment de froid, auquel fit suite un sentiment d'angoisse très pénible, et avec des douleurs thoraciques si violentes, que j'ai cru pendant une heure que j'allais succomber. J'ai pris 1 gramme de sulfate de quinine. Deux heures après, j'étais inondé de sueurs et j'avais une température de 40 degrés. Trois quarts d'heure après, je n'avais plus que 36°4. Le lendemain soir, j'étais beaucoup mieux. Je n'ai pas eu d'éruption. Les médecins de Constantinople m'ont affirmé cependant que j'avais eu un accès de dengue.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. Je crois que nous devons faire des

réserves sur le nom à donner à l'épidémie actuelle. Quand les anciens ont décrit l'influenza, ils ne connaissaient pas la dengue. Aujourd'hui, les deux existent ensemble. Il faut attendre qu'elles aient fini leur évolution, avant d'affirmer qu'elles n'ont rien de commun.

Il est probable que l'épidémie actuelle est la grippe, mais il est permis de douter encore. La dengue est peut-être l'influenza des pays chauds.

En voulant rapprocher aujourd'hui la grippe de la dengue, on fait absolument ce que les anciens avaient fait en assimilant le typhus à la fièvre typhoïde. La grippe et la dengue sont deux maladies différentes et ce que nous observons actuellement à Paris est bien la grippe, telle que les anciens l'avaient décrite, c'est-à-dire sans catarrhe pulmonaire.

M. BUCQUOY. Je ne veux intervenir dans cette discussion que pour y apporter des documents basés sur des observations cliniques. Dans un établissement d'instruction, dont je suis le médecin, il n'y avait, il y a huit jours, aucun malade; tout à coup, du jour au lendemain, je vis vingt-cinq malades, pris en même temps. Chez tous, les symptômes étaient les mêmes : brisement des membres, douleurs multiples et, notamment, cette douleur des genoux qu'on a signalée dans la dengue.

Ces enfants, quand je les vis quelques heures après le début de l'affection, se présentaient sous deux aspects différents; les uns avaient déjà une fièvre vive, étaient rouges, plus rouges même qu'on ne le voit d'ordinaire dans la fièvre; les autres, chez lesquels la fièvre n'avait pas encore commencé, étaient pâles.

Tous répondirent à mes questions qu'ils ne souffraient pas de la gorge; mais, qnand on examinait le voile du palais, on constatait une rougeur des piliers, rougeur qui s'étendait le lendemain sur tout le voile. De plus, quand on avait soin d'examiner minutieusement les malades, on trouvait chez tous, ou presque tous, un rash qui variait, il est vrai, comme coloration et comme intensité, mais qui était constant; chez les uns, c'était une éruption scarlatiniforme; d'autres fois, une simple teinte rosée qu'il fallait chercher.

Or, les cas, qui tous, je le répète, ont évolué de la même manière, ont été très nombreux; chaque jour, il y en a de vingt-cinq à trente nouveaux. Sur une population de 500 enfants, le total de ceux atteints est aujourd'hui de 157.

En résumé, c'est une affection qui se montre chez tous les enfants d'une façon absolument semblable. L'évolution en est rapide; quelquefois seulement au bout de cinq à six jours on observe — quand les malades ont fait des imprudences — des accidents fébriles nouveaux.

Je ne connais pas la dengue; je ne puis dire si nous sommes en présence de cette affection, mais je suis frappé de ce fait que deux épidémies, qui ont bien des caractères communs, se sont levées en même temps.

Peut-être la maladie que nous observons est-elle la même que la dengue; elle aurait changé de caractères en changeant de latitude.

M. LE ROY DE MÉRICOURT. Je désire tout d'abord m'élever contre le nom d' « influenza » que l'on donne à l'épidémie qui sévit en ce moment, et qui n'est autre que l'affection déjà désignée en France sous le nom de grippe, dès le XVe siècle. Si je me lève contre ce mot étranger, ce n'est pas seulement par patriotisme, c'est aussi parce que je crains qu'en donnant un mot nouveau à une affection connue, on ne laisse croire qu'il s'agit d'une maladie nouvelle plus grave qu'elle n'est en réalité.

En ce qui concerne la dengue, je crois bien la connaître, parce que je l'ai observée longtemps à la Réunion dès 1851, et parce que j'ai eu l'occasion, depuis, de lire de nombreux travaux faits sur ce sujet par des médecins de marine.

Or, je dois le dire, la dengue n'a rien de commun avec ce que nous observons aujourd'hui. La dengue s'accompagne d'un affaissement considérable, et ses débuts sont tellement graves, que, dans les pays à fièvre jaune, presque toujours on croit voir débuter cette maladie. Au bout de quarante-huit heures de fièvre ardente survient une éruption qui siège toujours à la face postérieure des membres; cette éruption est papuleuse au point de simuler une variole. Ensuite, on observe constamment une desquamation qui fait défaut dans l'épidémie actuelle. La maladie se termine généralement sans grave complication, mais elle laisse après elle une lassitude, une faiblesse considérable. Elle sévit plus fortement sur les blancs. A la Réunion, on l'appelait la fièvre rouge, ou fièvre chinoise, parce qu'on supposait qu'elle avait été importée par ces derniers.

Au point de vue de l'épidémie actuelle, il y a de nombreuses variétés qui tiennent au tempérament de chaque malade. Les cas de M. Bucquoy se ressemblent, mais cela tient à ce qu'il a observé sur des sujets du même âge et du même sexe. En ce qui me concerne, j'ai vu la maladie affecter des caractères différents sur un frère et sa sœur. Chez la sœur, il y avait du rhume et des râles bronchiques; chez le garçon, ce sont surtout les douleurs névralgiques qui ont dominé.

Je suis bien persuadé de l'impossibilité de prendre des mesures prophylactiques. On ne prend pas de ces mesures contre une maladie qui atteint toute une nation.

Le traitement varie suivant les cas, mais il faut reconnaître que l'on n'en obtient pas tout ce que l'on veut. Dans un cas où les accidents névralgiques dominaient, j'ai donné l'antipyrine, le bromure de potassium, mais tout cela a été vain.

M. OLLIVIER. Depuis quelques jours, la maladie dont il est question en ce moment me paraît revêtir un caractère de gravité qu'elle n'avait pas eu au début.

Ce n'est plus deux à trois jours qu'elle dure, mais sept et huit jours; en outre, elle se complique assez fréquemment de bronchite, de congestions pulmonaires, voire même de bronchite capillaire. Je connais même un décès à la suite de cette dernière complication.

Dans ces conditions, je me demande s'il est indifférent d'exposer les jeunes gens de nos lycées aux conséquences de l'agglomération dans des milieux où sévit l'épidémie, et s'il ne serait pas prudent de licencier les lycées où sévit la maladie.

M. BROUARDEL. Dès le début de l'épidémie, son incontestable bénignité m'a engagé à déconseiller le licenciement des lycées, et l'on s'est contenté de rendre tous les enfants que réclamaient leurs familles. Aujourd'hui, M. Ollivier demande que l'on revienne sur cette décision, en raison de la gravité que prend l'épidémie; je dois dire que, pour mon compte, cette gravité je ne la vois nullement dans les cas que j'observe, et il en est certainement de même de la plupart de nos collègues. Dès lors, je persiste à croire, jusqu'à nouvel ordre, qu'il n'y a nul inconvénient à laisser les élèves dans les lycées.

M. BOUCHARD. Je crois, comme tous mes collègues, que la maladie actuelle est la grippe et non la dengue, et cette opinion, je la fonde surtout sur le mode de dissémination de l'épidémie actuelle.

La dengue est manifestement contagieuse, et, par suite, son apparition se révèle au début, par un petit nombre de cas autour desquels, peu à peu, il s'en produit d'autres, en plus ou moins grand nombre.

La grippe, par contre, ne me paraît pas contagieuse, dans sa forme primitive tout au moins; et précisément son mode d'apparition est exactement celui que nous observons pour la maladie actuelle : la maladie est à Saint-Pétersbourg, puis tout à coup, sous une influence cosmique, un vent d'Est par exemple, à 500 lieues de son foyer primitif 50,000 personnes sont prises en une seule nuit.

M. BUCQUOY. Je partage l'opinion de M. Brouardel, au sujet du licenciement des lycées; ce serait une chose déplorable. Sans doute, nous sommes fort gênés par les grippeux de nos lycées, mais en transformant les dortoirs en infirmerie, en soignant convenablement les enfants qui y sont logés, nous venons facilement à bout de l'épidémie, et il y aurait inconvénient à faire plus.

En ce qui concerne les complications, j'ai observé, il est vrai,

en ville une métrorrhagie et une hémoptysie, mais ce sont là des accidents rares, et qui ne peuvent motiver l'adoption de mesures générales.

M. PROUST. En somme, je suis heureux de constater que l'Académie est presque unanime à considérer l'épidémie actuelle comme peu grave, et qu'elle n'a aucun lien de parenté avec la dengue.

Il est évident qu'il n'y a pas de mesure prophylactique à prendre contre elle.

En ce qui concerne la dengue, on pourrait peut-être veiller à ce que toutes les personnes arrivant d'Orient et qui seraient atteintes de cette maladie, fussent isolées quelque temps; mais c'est là une question à examiner.

Pour ce qui est de l'influence du froid sur l'atténuation de la dengue, je crois que l'expérience a répondu dans le sens de la négation. A Constantinople, l'épidémie a débuté pendant les chaleurs, elle ne s'est pas sensiblement modifiée avec l'apparition des froids.

Enfin, en ce qui concerne l'épidémie de Russie, je dirai que ce matin j'ai reçu des nouvelles de Saint-Pétersbourg, d'après lesquelles l'épidémie toucherait à sa fin. Les formes observées ont été très variables, on a vu, en effet, des formes bronchiques, gastro-intestinales, pneumoniques, etc.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1889-1890.

1. M. CHABRUT. Étude critique de l'anémie pernicieuse progressive. — 2. M. PERINELLE. De l'accès pernicieux tétanique de la malaria. — 3. M. STEIN. Contribution à l'étude de l'influence des hautes températures, dans quelques maladies aiguës. — 4. M. MONTILLIER. Le chancre mou et son traitement. — 5. M. VANHEUWERSVYN. Du rôle comparatif du cœur gauche et du cœur droit dans l'asystolie. — 6. M. DUFOUR. Des méningo-myélites blennorrhagiques. — 7. M. BARRÉ. Contribution à l'étude du lentigo épithéliomateux. — 8. M. GOSSELIN. De la suspension dans l'ataxie locomotrice progressive et dans deux cas de sclérose en plaques. — 9. M. DUBARRY. Contribution à l'étude du traitement des décollements de la rétine par les injections intra-oculaires de teinture d'iode. — 10. M. SAUZAY. Un chirurgien au siècle dernier : P.-J. Desault. — 11. M. AUSTRIC. Fractures expérimentales de l'épicondyle. — 12. M. CADET. Traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus, par le massage. — 13. M. MARÉ. Épiplocèles adhérentes au sac. — 14. M. FAUVEL. Des différents modes d'intervention dans le cas de dystocie par hydrocéphalie. — 15. M. BOSSU. Du menthol en injections intra-trachéales et laryngiennes dans la tuberculose du poumon et du larynx. — 16. M. TYMOWSKI. De l'ictère infectieux fébrile (maladie de Weil). — 17. Mlle MEILACH. Les sucres comme diurétiques. — 18. M. GRÉMILLON. Quelques considérations sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement des abcès du foie. — 19. M. MOUTET. Début cardiaque du goître exophthalmique. — 20. M. PELTIER. Des accidents atropiniques dans le traitement des maladies des yeux. — 21. M. LANDOIS. Des déviations du rachis dans leurs rapports avec la névropathie héréditaire. — 22. M. RATULD. De la myopie et quelques considérations sur son étiologie et sa prophylaxie. — 23. M. VACHER. Étude démographique et médicale sur le ralentissement de la population en France. — 24. M. COURTET. Embarras gastrique fébrile et fièvre typhoïde. — 25. M. CROUZAT. De l'opération du varicocèle (procédé de M. le docteur Horteloup). — 26. M. FRANQUET. Du lymphadénome ganglionnaire et de son traitement par l'arsenic. — 27. M. IGARD. Contribution à l'étude de l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle, considéré plus spécialement sous le rapport de la morale et de la médecine légale. — 28. M. CHARTIER. Étude des éruptions brightiques. — 29. M. AUBERT. Contribution à l'étude des luxations des vertèbres cervicales. — 30. M. JOUANNEAU. De la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire. — 31. M. GORDON (Moïse). De la taille hypogastrique chez l'enfant. — 32. M. VALENTIN. De la délivrance dans le cas de fœtus mort et macéré. — 33. M. TISSIER. Essai sur la pathologie de la sécrétion biliaire. Étude chimique expérimentale et clinique. — 34. M. AMIARD. Traitement de l'ongle incarné. — 35. M. LEPICARD. Contribution à l'étude des troubles nerveux chez les arthritiques. — 36. Mlle COULACOFF. Déchirures et perforations des petites lèvres dans les accouchements. — 37. M. LEGUY. Du massage, et principalement de son application au traitement des paralysies. — 38. M. ORVAL. Des lymphangites vénériennes de la verge. — 39. M. LARCHER. Des paupières rudimentaires chez l'homme. — 40. M. MORLAT. Contribution à l'étude du traitement du phlegmon diffus (méthode de Dolson). — 41. M. KGROHEN. Dysentérie palustre. — 42. M. MOUSSAUD. Des varices de la vulve et des hémorrhagies consécutives à leur rupture. — 43. M. BERGADA. De l'incision transpleurale appliquée aux collections sous-phréniques et, en particulier, aux kystes hydatiques du foie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 décembre 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve de l'armée active :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Chabert, médecin principal de l'armée active, retraité.

— Par décret, en date du 14 décembre 1889, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Bresson, Chartier, Cornet, Michel, Sebileau, Dupont, Plicque, Brunet, Auché, Chaleix, Berry, Widal, Douillet, Lesage, Robin, Joubert, Caylus, Deney, Viaud, Rougier, Méry, Martin, Bourgeois, Loysel, Teulières, Casabianca, Caubet, Hédon, Chauvet, Schrœder, Lesur, Meugy, Specker, Dumur et Fistié.

— Par décret, en date du 14 décembre 1889, ont été nommés dans le cadre de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Derode, Wins, Danhiez, Barban, Boiron, Wurtz, Lavie, Dieudonné, Martres, Chrétien, Mullot, Texier, Martha, Potherat, Boutarel, Crouslé, Bouyges, Pallier, Bataillard, Bosselut, Chibrac, Récamier et Perrou.

— *Hôpitaux de Rouen.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Bouju, Delabost, Gofestre, Houdeville, Lefebvre et Martel.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant, ci-après, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire, par le docteur Ch. MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi, lauréat de l'Institu et de l'Académie de médecine. 1 vol. gr. in-8° de 1168 pages. — Prix : 20 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De la trépanation dans les épilepsies jacksoniennes non traumatiques, par le docteur Adhémar PÉCHADRE, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Gr. in-8°. de 112 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

25

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

36

NI GASTRALGIES, NI ENTÉRALGIES!

ROB LECHAUX

La cuillerée à soupe contient :

Iodure de potassium recristallisé.	0gr 40
Extrait de quinquina calisaia. . .	0 20
Extrait de salsepareille	0 25

RACHITISME, SYPHILIS
ANÉMIES GRAVES
MALADIES DE LA PEAU
ADÉNOPATHIES STRUMEUSES

Envoi gracieux d'échantillons aux médecins.

164, rue Ste-Catherine, BORDEAUX, et phies.

79

PILULES SUISSES

(*Pilules de coloquinte composées*)

PURGATIVES, LAXATIVES, DEPURATIVES

MM. les médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

67

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

56

VIN DE MILLET CHALYBÉ BALSAMIQUE

Efficacité certaine contre : *Anémie, Affections chroniques, Fièvres, Maladies des pays chauds, Scrofule, Lymphatisme.* — Ech. fo à MM. les Méds. **3** f. le flon. Phie MILLET, 41, r. ds Francs-Bourgeois.

56

MALTINE GERBAY

Véritable spécifique des Dyspepsies amylacées.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET.

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a reçu l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon. Académie des sciences de Paris. Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

46

PILULES DE BLANCARD

A L'IODURE FERREUX INALTÉRABLE

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris

Employées dans l'**anémie**, la **chlorose**, la **leucorrhée**, l'**aménorrhée**, la **cachexie scrofuleuse**, la **syphilis constitutionnelle**, le **rachitisme**, etc., etc.

N. B. — Exiger toujours la signature ci-contre.

Pharmacien, 40, rue Bonaparte, Paris.

53

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur Bon Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

38

VIN E. GRIMAUD FERRO-ERGOTÉ

3 récompenses obtenues en 1888

BARCELONNE	PARIS	BRUXELLES
médlle d'argt	diplôme d'honneur	médlle d'argt

Le **VIN GRIMAUD** ferro-ergoté, préparé avec un vin d'Espagne de 1re qualité, est le meilleur des toniques et reconstituants. Il est d'un goût très agréable, d'une composition irréprochable. — Le **Vin ferro-ergoté** est employé avec un succès constant dans les **Chloroses, Pâles couleurs, Convalescences longues** et **Anémies** de toute sorte.

DOSE : *Un petit verre à liqueur après chaque repas, chaque verre contient exactement : Citrate de fer ammoniacal, 20 cent.; seigle ergoté, 10 cent.*

PRIX DU FLACON : **4** FRANCS

Se trouve dans toutes les bonnes pharmacies.

Vente en gros : DUFILHO, phien, St-Cloud, prs Paris.

80

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

28

MÉDAILLE D'OR, PARIS 1888

VIN GUÉRIN

PEPSI-PHOSPHATÉ,

Digestif, Reconstituant,

Ferments physiologiques, Amers, Analeptiques.

Convalescences, Anémie, Palpitations Dyspepsies, Anorexie, Débilité

verre à madère avant le repas. Envoi fo d'échns.

PRIX : **4** FRANCS

Dépôt général : TRAPENARD, phen, 35, rue des Dames Paris, et toutes pharmacies.

111

ÉLIXIR FERRO-ERGOTÉ MANNET

Par cuil. à café : Ergot, 0,05; Citr. de fer amm., 0,10.

INDICATIONS : **Chlorose des jeunes filles,** anémie liée à des troubles utérins, **Métrite chronique,** inertie de la matrice, **Incontinence d'urine, Métrorrhagies** consécutives à l'avortement et à l'accouchement, **Ménorrhagie** de la puberté, etc.

2, Place Vendôme, PARIS.

67

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César. Paris.

42

SIROP POLYPHOSPHATÉ, ÉLIXIR POLYPHOSPHATÉ

VIN LOGEAIS POLYPHOSPHATÉ

aux PHOSPHATES de POTASSE et de SOUDE et à la NOIX de KOLA.

Un verre à liqueur représente 0,70 centigr. de phosphates combinés.

Réparateur des Os, des Muscles, du Sang.

Paris, 37, avenue Marceau, et toutes pharmacies.

55

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

37

MÉDICATION ANTI-BACILLAIRE

Phthisies, tuberculoses, adénites.

PERLES D'IODOFORME DE CLERTAN

Chaque perle contient, sous une enveloppe gélatineuse mince, transparente et très soluble, cinq centigr. d'iodoforme en solution dans l'éther.

Dose moyenne : 4 par jour, 2 à chaque principal repas.

PERLES DE CRÉOSOTE DE CLERTAN

Chaque perle contient, sous une enveloppe gélatineuse mince, transparente et très soluble, cinq centigr. de *créosote pure* de hêtre, en solution dans l'éther. — Dose moyenne 4 par jour, 2 à chaque principal repas.

Fabrication et gros : Maison L. FRERE, 19, rue Jacob, Paris, et dans toutes les pharmacies.

10

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811

Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres,* etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

19

PHTHISIE, TUBERCULOSES

BRONCHITES, CATARRHES

LES CAPSULES COGNET

à l'Eucalyptol *ABSOLU* **iodoformo-créosoté**

constituant dans l'état actuel de la science

L'ANTIBACILLAIRE PAR EXCELLENCE

Paris, 4, rue de Charonne, et toutes phies.

N° 146. — SAMEDI 21 DÉCEMBRE 1889. 62e ANNÉE. SAMEDI 21 DÉCEMBRE 1889. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris.—L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Nature et traitement de la diphthérie.

Par MM. CRITZMAN et THIROLOIX,
Internes des hôpitaux.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. — BOUCHARD. *Cours de la Faculté*, 1889. — BRETONNEAU. *Traité de la diphthérie*. — CHANTEMESSE et WIDAL. Recherches expérimentales sur le traitement de la diphthérie. *Journal des connaissances médicales*, n° 29, 1889. — CHARRIN. Société anatomique, 1884. — CORNIL. *Archives de physiologie*, 1881. — CORNIL et BABÈS. *Les bactéries*, 1886. — DARIER. Société de biologie, 7 novembre 1885. — GAUCHER. Nouvelles observations sur le traitement de la diphthérie. *Journal des connaissances médicales*, n° 38, 1889. — GAUCHER. Note sur la néphrite infectieuse diphthérique. Société de biologie, 1881 ; *Pathogénie des néphrites*. Th. agrégation, 1886 ; *Archives de laryngologie*, 1887. — GRANCHER. Isolement et antisepsie à l'hôpital des Enfants-Malades. *Bulletin médical*, nos 20, 21, 1889. — HENNING. *Berl. Klin. Wochens.*, 1889. — HUTINEL. *Deux cliniques inédites faites à l'hôpital des Enfants-Malades*. — JACOBI (de New York). Ueber Diphteritsbehandlung. *Arch. f. kinderheilkunde*, fasc. VI, p. 460, 1889. — KLEBS. *Beitrage zur Kenntniss der Micrococcn*, 1873. — LETZERICH. *Uber diphtheritis*. Berlin, Hirschwald, 1872. LŒFFLER. *Mittheilungen des K. Gesundheitsamte*, t. II, Berlin, 1884. — LOREY. *Deutsch. med. Wochenschf.*, 1888. — MÉGNIN. Maladies des oiseaux, extrait de l'*Acclimatation*, Paris. — NICATI. *Revue d'hygiène*, 1879. — ŒRTEL. *Ziemssen's Handbuch*, t. II. — RENOU. *La diphthérie, son traitement antiseptique*, 1889. — ROUSSY. Académie de médecine, 12 février 1889. — ROUX et YERSIN. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888-1889. — DE SAINT-GERMAIN. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, novembre 1889. — SANNÉ. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. — SEIBERT. *Med. Monatschrift*, n° 1, 1889, New-York. — SEVESTRE. Prophylaxie et traitement de la diphthérie. *Abeille médicale*, 23 septembre 1889. — JULES SIMON. Traitement de la diphthérie. *Bulletin médical*, n° 28, 1889. — SPRONCK. Académie des sciences, septembre 1889. — TALAMON. *Progrès médical*, 1881. — THAON. Société de biologie, 17 octobre 1885. — TRASBOT. Société de biologie, 1879. — TROUSSEAU. *Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu*.

I

La diphthérie est peut-être la maladie dont la thérapeutique a le plus vivement ressenti le contre-coup de la pathogénie c'est-à-dire de l'opinion admise sur sa nature. C'est toujours en effet dans cette dernière que les médecins ont cherché une idée directrice pour l'intervention. Ainsi se trouve justifié le titre de cette Revue. Les derniers travaux sur la diphthérie, ceux de MM. Roux et Yersin, Chantemesse et Widal, Spronck (d'Utrecht) pour ne citer que les principaux, permettent de se rendre compte de la nature réelle de la diphthérie et de l'action des divers agents thérapeutiques proposés pour la combattre. Il est ainsi devenu possible d'établir une thérapeutique logique, positive, justifiée, ayant pour base une pathogénie étayée sur la clinique et l'expérimentation.

Jusqu'à cette année les théories émises sur la nature de la diphthérie se résumaient de la façon suivante. Pour les uns, fidèles adeptes des idées de Bretonneau et de Trousseau, la diphthérie est une maladie pseudo-membraneuse spécifique, infectieuse, contagieuse, locale d'abord, se généralisant ensuite.

Pour les autres, elle est une affection « totius substantiæ », infectieuse, générale d'emblée. Le poison diphthéritique pénètre le plus souvent dans l'économie par les voies respiratoires. La fausse membrane n'est que la manifestation extérieure de ce poison répandu dans toute l'économie primitivement. Elle joue le rôle d'une manifestation éruptive. La diphthérie a, dans le cadre nosologique, sa place à côté de la variole, de la rougeole, de la scarlatine, etc. Les productions pseudo-menbraneuses, comme les pustules varioliques, ne sont que des accidents secondaires, qui ne peuvent avoir ainsi qu'une signification pronostique et diagnostique. Sanné, Barthez et Renou sont les derniers défenseurs d'une théorie qui avait pour conséquence capitale l'abandon de tout traitement local énergique.

Les partisans de la première hypothèse devenaient, dans ces dernières années, de plus en plus nombreux et tous proposaient un traitement systématiquement antimicrobien, destiné à enrayer la maladie par destruction du foyer infectieux local primitif. Quoique la nature microbienne de la diphthérie fût loin d'être éclaircie, ces auteurs la comparaient à une maladie d'inoculation, qui, après une incubation de quelques jours, détermine l'infection générale et les accidents secondaires qui la traduisent cliniquement. M. Bourneville, allant plus loin, avait cru pouvoir indiquer que l'infection commençait vers le quatrième jour. La généralisation, ainsi que le croyaient Baumgarten, M. Gaucher entre autres, était due à l'introduction et à la pullulation dans toute l'économie de microbes primitivement localisés

en un point, ce qui fait qu'à chaque instant on voit des auteurs, comme Trousseau, comparer la diphthérie à la pustule maligne, la bactéridie charbonneuse restant cantonnée un certain temps en un point, puis pénétrant dans toute l'économie. Attaquer directement l'affection locale, le nid parasitaire, était le seul moyen d'enrayer la maladie générale dont cette affection était la première manifestation.

Cette théorie semblait avoir reçu une confirmation anatomique à la suite des recherches de Hueter, Tomassi Crudeli, Oertel et M. Gaucher qui avaient découvert, dans les reins et le sang des malades ayant succombé à la diphthérie, des microcoques.

La nature bactérienne de la maladie était ainsi admise; mais on n'avait aucune notion exacte sur l'identité, la morphologie du bacille pathogène. Hallier, Letzerich, Œrtel, Eberth, Nossiloff, MM. Talamon, Cornil virent, dans les fausses membranes, divers champignons et microcoques qu'ils regardèrent comme cause de la maladie. Pour beaucoup d'auteurs, M. Jacobi entre autres, les lésions diphthéritiques étaient produites par plusieurs microbes. Les recherches faites sur la fausse membrane permettaient, en effet, d'en décrire une variété considérable. On obtint même des fausses membranes avec plusieurs d'entre eux sur les animaux.

Bretonneau, s'appuyant sur la clinique et l'anatomie pathologique, avait démontré la spécificité de la diphthérie et l'identité entologique de l'angine pseudo-membraneuse, du croup et des diverses localisations cutanées ou muqueuses que l'on peut rencontrer au cours d'une épidémie. L'une ou l'autre de ces manifestations peut, en effet, se transmettre à plusieurs individus, en donnant naissance aux localisations les plus différentes. Cette conception, défendue et vulgarisée par Trousseau, Barthez, MM. Peter, Hervieux, a reçu une confirmation éclatante dans les recherches récentes de la bactériologie.

II

Avec Klebs commence l'ère des résultats précis. Il montre que des bacilles, placés perpendiculairement et très serrés, siègent étalés à la surface de la fausse membrane fibrineuse et sont séparés à la surface muqueuse, dépouillée de son épiderme par une couche de fibrine granuleuse. Il indique que toujours on trouve en même temps des chaînettes, des microcoques isolés ou groupés, mais que les bacilles sont d'autant plus abondants qu'on a soin d'examiner la fausse membrane à son début; alors, en effet, la partie superficielle de celle-ci est formée par une couche presque uniquement composée de bacilles. Dans certains cas cependant, les bacilles sont en quantité sous le lacis fibrineux en contact direct avec la muqueuse.

Lœffler reprend ces recherches et le premier isole et cultive à l'état de pureté le bacille vu presque constamment par Klebs dans les fausses membranes. Puis, il l'inocule et reproduit des fausses membranes typiques chez les animaux (pigeons, poules, lapins et cobayes).

Toutefois, il ne conclut pas à la spécificité de ce microbe pour plusieurs raisons.

Il n'est pas parvenu à reproduire chez les animaux un des phénomènes principaux de la diphthérie humaine: la paralysie; il a trouvé ce bacille dans la bouche d'un enfant sain; il a vu que le simple contact de la matière virulente avec une muqueuse non lésée ne donnait aucun résultat. Enfin, dans certains cas de diphthérie typique, il n'a pu trouver la bacille de Klebs.

Le travail de MM. Roux et Yersin, confirmé récemment dans toutes ses parties par les recherches de Spronck (d'Utrecht), a levé tous les doutes et mis en complète évidence la spécificité du bacille Klebs-Lœffler. Ces auteurs en ont étudié complètement la morphologie, les propriétés physiologiques et l'action sur les animaux. L'idée que nous avons aujourd'hui de la nature de la diphthérie repose tout entière sur leurs expériences, qui ont vérifié et complété largement celles de Klebs, Lœffler et Hoffmann. Nous allons reproduire tout ce qui, dans ces recherches, éclaire la nature de la diphthérie.

Klebs et Lœffler avaient vu et isolé un bacille presque toujours présent dans les fausses membranes et produisant chez les animaux des lésions absolument semblables à celles de la diphthérie humaine; mais les conclusions de leurs travaux étaient cependant trop incomplètes et insuffisamment précises pour faire admettre la spécificité de ce bacille.

III

Pour isoler et cultiver le bacille de Klebs-Lœffler, il faut prendre une fausse membrane récente, constater au microscope sa présence après coloration par le bleu de Lœffler. Presque toujours, en même temps que ces bacilles, on trouve des microcoques et des chaînettes. Les bacilles se présentent sous l'aspect de bâtonnets immobiles, rectilignes ou incurvés à l'une de leurs extrémités, plus courts et plus épais que ceux de la tuberculose; ils sont granuleux parfois. La coloration est plus marquée à leurs extrémités. Le bacille cultivé coloré paraît plus petit. Sur la surface de cette fausse membrane dont nous avons constaté la richesse en microbes, passons un fil de platine. Ce fil est promené à la surface de trois tubes de sérum solidifié qui constitue son meilleur milieu de culture, sans être rechargé de matière virulente. Dès le lendemain ou au bout de trente-huit à quarante heures, on voit, sur les tubes semés en dernier lieu et mis à l'étuve à 33 degrés, apparaître de petites colonies blanc grisâtre suffisamment isolées d'abord, mais qui ne tardent pas par leur extension progressive à couvrir toute la surface du milieu nutritif. Le bacille de la diphthérie a sur le sérum un développement tellement rapide qu'il est apparent alors que les organismes d'impureté n'ont pas encore pullulé.

Après avoir constaté la forme, l'identité, le parfait isolement des bacilles cultivés, on peut ensemencer, avec ces cultures dont la pureté doit être absolue, du bouillon de veau légèrement alcalinisé en grande quantité pour servir aux expériences ultérieures.

MM. Roux et Yersin sont parvenus à démontrer qu'il était possible de reproduire chez les animaux la fausse membrane et les divers phénomènes de l'intoxication diphthérique en inoculant des cultures pures du microbe de Klebs. Sa spécificité est donc ainsi démontrée. Les animaux les plus sensibles sont les lapins, cobayes, chiens, moutons (Nocard), pigeons, poules, petits oiseaux. Les rats et les souris se sont toujours montrés réfractaires.

Quelle que soit la muqueuse touchée, conjonctive, vulve, trachée, pharynx, la fausse membrane apparaît toujours si on a soin de la léser légèrement avant l'inoculation. Le simple badigeonnage d'une muqueuse saine ne suffit pas. La peau, dépouillée de son épiderme par un vésicatoire,

donne après inoculation de belles fausses membranes typiques.

La mort des animaux (lapins, cobayes, chiens, etc.) est encore amenée par les injections de cultures pures sous la peau, dans les muscles ou dans les veines. Leur autopsie montre une dilatation générale du système vasculaire, des hémorrhagies nombreuses, une hypertrophie de groupes de ganglions lymphatiques, une dégénérescence graisseuse du foie et des altérations des reins. Mais, chez tous ces animaux morts à la suite des inoculations muqueuses, sous-cutanées, intra-musculaires, intra-veineuses ou péritonéales, faites avec les bouillons de culture ou les cultures pures sur sérum ou gélose, l'examen microscopique le plus minutieux, les ensemencements même de parcelles de parenchyme ne permettent pas de déceler aucun micro-organisme spécifique ni dans les viscères, ni dans le sang ou la sérosité accumulée dans les plèvres. Le bacille ne se généralise donc pas : il ne se trouve qu'au point d'inoculation, dans les fausses membranes. Il est de même absent des organes et du sang des personnes qui ont succombé à la diphthérie. Pour être certain qu'avant la mort des animaux inoculés, il n'y a jamais généralisation, MM. Roux et Yersin ont ensemencé de deux heures en deux heures le sang et la pulpe de la rate ou du foie. Ce n'est que tout à fait accidentellement qu'ils ont eu des résultats positifs.

Chez les animaux qui ne meurent pas vite, ils ont observé assez fréquemment des paralysies typiques après les inoculations trachéales, intra-veineuses ; mais ce sont surtout les inoculations sous la peau, faites avec des doses faibles de cultures un peu anciennes, dont la virulence a légèrement diminué, qui ont produit chez les lapins et pigeons des paralysies caractéristiques dont ils ont pu même guérir.

IV

L'examen de tous les parenchymes reste toujours négatif au point de vue bacillaire. La paralysie, les altérations du sang et du système vasculaire ne peuvent ainsi résulter que de l'action d'un poison sécrété par les microbes sur les points des muqueuses ou de la peau lésés et recouverts de fausses membranes, puis absorbé et répandu dans tout l'organisme.

Pour la démonstration de ce fait, il suffit de prendre un bouillon de culture ensemencé depuis un temps suffisant, de le filtrer sur porcelaine pour retenir tous les éléments figurés. Le liquide obtenu est parfaitement limpide et légèrement acide. Pour être certain qu'il ne contient plus aucun micro-organisme, on le laisse quelque temps à l'étuve, il ne doit pas cultiver. Il suffirait en effet qu'il restât quelques unités microbiennes pour que le milieu de culture reprît son aspect primitif, c'est-à-dire devînt trouble et contînt un dépôt bacillaire sur le fond et les parois du vase.

L'injection de ce liquide filtré aux lapins, cobayes, etc., amène la mort après avoir donné naissance à tous les phénomènes ordinaires de l'intoxication diphthéritique, ou est suivie, si ces derniers sont légers, de paralysies typiques. La dose du poison fait varier l'intensité des phénomènes : en injectant aux animaux des quantités diverses du poison soluble, on reproduit les différentes formes de l'intoxication, foudroyante, hypertoxique, toxique ou bénigne se terminant par la guérison ou suivie de paralysie.

La fausse membrane seule manque à l'ensemble symptomatique de la maladie diphthéritique.

Il nous est donc possible de comprendre pourquoi on ne trouve pas de micro-organisme dans les organes ou le sang des personnes ou des animaux atteints de diphthérie, pourquoi une petite plaque de fausse membrane peut tuer. La diphthérie ne se comporte donc pas comme le plus grand nombre des maladies infectieuses.

La généralisation n'est pas due à la pénétration et la pullulation dans tous les points de l'économie du bacille pathogène, mais à l'absorption de substances toxiques solubles. La diphthérie évolue en quelque sorte en dehors de l'organisme. S'il y a infection locale, il y a par contre intoxication générale.

Une colonie de bacilles Klebs-Lœffler trouve, en un point excorié de la peau ou de la muqueuse, toutes les conditions favorables à son développement. Elle y pullule, y vit en sécrétant des substances chimiques toxiques très actives que les lymphatiques de la région absorbent et introduisent ainsi par le torrent circulatoire dans tout l'organisme. Le premier effet local de cette existence des bacilles sera la production de la fausse membrane qui n'est ainsi qu'un élément contingent de la maladie, un premier effet second de la vie du microbe. Tous les autres phénomènes relèvent de l'intoxication. La nocivité du bacille de Klebs semble donc résider tout entière dans la toxicité des matières sécrétées par lui. Le nid parasitaire, le laboratoire muqueux ou cutané où s'élabore le poison peut être supprimé par les antiseptiques, on n'en a pas pour cela fini avec la maladie. Les matières solubles toxiques absorbées continuent leur action sur le rein, le foie, les vaisseaux, le système nerveux, en viciant la nutrition de leurs éléments nobles, car, comme l'a montré M. le professeur Bouchard, cette élimination des poisons est toujours lente et demande de douze à quatorze jours par être complète. Le rein est dans l'espèce le principal organe éliminateur.

Pour montrer que ce poison imprègne tous les organes et s'élimine par l'urine, on injecte de l'urine filtrée de diphthéritique ou des macérations d'organes de personnes mortes de diphthérie, et on reproduit ainsi les phénomènes de l'intoxication diphthérique lente.

Or, ce n'est pas par des antiseptiques que l'on annihile l'action d'un poison : tout au plus peut-on, par eux, légèrement modifier leur action. Il semble donc au moins inutile de s'engager dans la recherche de l'atténuation du bacille de la diphthérie, maladie qui récidive avec tant de facilité et si communément. Jusque maintenant l'atténuation régulière dans des conditions de culture bien déterminées n'a pu être obtenue. C'est un antidote de ce poison qu'il faut chercher, antidote minéral, végétal, ou élaboré par un autre microbe, qui puisse rendre inoffensif le poison sécrété sur une muqueuse ou la peau, et disséminé dans tout le corps.

On peut détruire l'agent infectieux pullulant sur des surfaces accessibles, mais il serait désirable de pouvoir neutraliser enfin ces matières toxiques à leur foyer de production et dans l'organisme. Lorsque l'absorption est effectuée, notre intervention ne peut que se borner à forcer l'élimination du poison diphthéritique par les émonctoires, le rein surtout, à agir sur la nutrition des cellules pour rendre l'économie plus puissante et éviter ainsi les suites lointaines de la maladie.

MM. Roux et Yersin ont voulu compléter leur travail en cherchant la nature de ce poison, ses réactions physiologiques. Ils l'ont assimilé à une diastase à cause de la manière dont il se comporte à la chaleur et à l'air. La cha-

leur diminue, en effet, considérablement son pouvoir toxique. Chauffé à 58 degrés, il ne produit plus d'action qu'à dose considérable.

Toutefois, de fortes quantités de ce liquide chauffé, inactif en apparence, tout d'abord, amènent des troubles profonds de l'organisme des animaux au bout d'un temps plus ou moins long. Ils maigrissent lentement, bien qu'ils mangent comme à l'ordinaire, et présentent des phénomènes parétiques ou paralytiques plus ou moins généralisés avant la mort. Les cultures du bacille de la diphthérie n'ont des propriétés énergiques, que lorsqu'elles sont redevenues alcalines : or, la diastase pancréatique, par exemple, a une action plus considérable en milieu alcalin.

Le poison diphthérique adhère comme les diastases à certains précipités produits dans les liquides qui le contiennent. Le précipité qui entraîne le plus facilement la substance active diphthérique est le phosphate de chaux. On recueille le précipité ainsi produit et on le lave avec soin avec de l'eau distillée stérilisée. Une parcelle humide, grosse comme un petit pois, introduite sous la peau de lapins ou de cobayes, amène la mort des animaux avec une phénoménalité absolument pareille à celle que produisent les cultures ou le liquide toxique filtré. Toutefois, la réaction locale est toujours plus intense et il est même possible d'obtenir sous la peau une véritable fausse membrane, dont la formation s'explique par la diffusion lente du poison retenu énergiquement par le précipité. Son activité, énorme sous un poids presque infime, le rapproche encore de ces substances.

Une particularité intéressante à signaler est la résistance que les souris et les rats présentent vis-à-vis du poison diphthérique. Des doses considérables n'amènent chez eux ni eschare au point d'inoculation, ni malaise. Il est de plus impossible d'accoutumer les animaux sensibles au poison diphthérique à cause de sa grande activité et surtout à cause de ses effets à longue portée.

V

Ces études, sur le bacille de la diphthérie et le poison qu'il engendre, ont eu l'immense avantage de nous montrer que la diphthérie est une affection bacillaire spécifique, contagieuse dans des conditions que nous déterminerons plus loin, primitivement locale, tout à fait superficielle puisque le derme n'est pas altéré, retentissant sur toute l'économie par l'intermédiaire d'un toxique soluble dont l'action est lente à s'éteindre.

Cette conception de la diphthérie, qui nous permet de nous rendre compte d'une façon suffisante de l'unité nosologique, nous explique-t-elle tous les phénomènes, toutes les lésions de la maladie envisagés séparément et surtout les modalités cliniques si différentes de la maladie?

Les divers degrés de l'affection, foudroyante dans un cas, traînante dans l'autre, s'expliquent non seulement par la résistance plus ou moins considérable du terrain organique à l'action morbigène, terrain qui s'oppose avec une intensité variable au passage du poison diphthérique; la tolérance plus ou moins grande de l'organisme à l'action toxique, d'où le si grand rôle joué par les détériorations antérieures de la santé générale, mais encore par la quantité des bacilles, le point primitif de l'inoculation et les propriétés physiologiques de l'agent infectieux. La fonction chimique du bacille, c'est-à-dire la faculté de produire des substances toxiques, peut être exaltée, diminuée ou presque nulle. Cette manière de concevoir l'action d'un microbe par son degré de plus en plus considérable d'activité dans l'élaboration des substances toxiques, démontrée expérimentalement par MM. Bouchard et Charrin, pour la maladie pyocyanique, par MM. Chantemesse et Widal, Brieger pour la fièvre typhoïde, est applicable à la diphthérie dans une plus grande mesure encore. Ce dernier élément peut ainsi rendre compte de la gravité extrême de certaines épidémies, de certains cas. Mais, à côté de la qualité du germe morbide, il faut aussi tenir grand compte de la quantité, de la dose du virus, de son lieu plus ou moins facile de pénétration. La bénignité ou la malignité d'une diphthérie découle ainsi d'un grand nombre de facteurs, dont un des plus importants est, dans l'espèce, la résistance si variable des individus vis-à-vis des poisons. Le plus ou moins d'étendue des fausses membranes ne peut donner que peu d'indications pronostiques. C'est surtout leur durée, leur repullulation, qui doivent faire craindre une intoxication grave. Aussi dans le croup, faut-il, une fois l'obstacle mécanique à la respiration levé, continuer à détruire les fausses membranes accessibles.

Tous les phénomènes de la diphthérie peuvent trouver leur explication dans la théorie exposée. Nous allons passer en revue les principaux.

La fausse membrane, ce nid à microbes et réservoir du poison, dont le rôle est si grand en clinique, n'est pas un produit spécifique : beaucoup d'autres micro-organismes, comme l'a montré M. Talamon, et de poisons (cantharidine, chlore, ammoniaque) peuvent donner naissance à des membranes absolument semblables à celles de la diphthérie. Elles sont dues ici à l'action du poison sécrété sur la muqueuse ou la peau. Ce poison, en effet, ne se dialyse que lentement, ce qui explique son action locale. Les expériences faites par MM. Roux et Yersin, sur le précipité obtenu par l'addition de phosphate de chaux dans un bouillon de culture de bacilles de Klebs, nous permettent d'assister pour ainsi dire à sa formation. Ce précipité, injecté en petite quantité sous la peau d'un lapin, amène la mort de l'animal, après avoir provoqué au point d'inoculation une véritable fausse membrane. Le poison, lentement séparé du sel auquel il adhérait, a, sur les éléments anatomiques et les vaisseaux de la région d'inoculation, une action absolument pareille à celle que présente le bacille pullulant sur une muqueuse et sécrétant le poison.

La fièvre reconnaît pour causes des facteurs pathogéniques divers, dont le plus influent, au cours de la maladie, est la broncho-pneumonie. Celle qui accompagne la diphthérie non compliquée est-elle due à une matière pyrétogène spéciale, comme le voudrait M. Roussy, ou n'est-elle qu'un des nombreux effets du poison; il est impossible de répondre dans l'état actuel de la science.

L'albuminurie est un phénomène des plus fréquents de la diphthérie. Presque toujours elle reconnaît pour cause une néphrite, mais il est d'autres facteurs que l'on peut invoquer dans certaines circonstances. M. le professeur Bouchard a montré, en effet, que des produits toxiques pouvaient provoquer la formation de produits albuminoïdes pathologiques qui sont emportés par le torrent sanguin et éliminés par la sécrétion urinaire. Dans certains cas, l'albuminurie semble liée à des troubles de la circulation, car elle disparaît immédiatement après la trachéotomie qui supprime l'asphyxie. Parfois, enfin, elle est due à des infec-

tions secondaires : c'est ainsi qu'il faut expliquer les néphrites observées par Hueter et Tommasi, Œrtel, M. Gaucher, etc. Dans l'immense majorité des cas, l'albuminurie de la diphthérie traduit une néphrite toxique aiguë, provoquée par l'élimination de la substance nuisible par l'émonctoire rénal. Elle ressemble à la néphrite cantharidienne ; la cantharidine, apportée par le courant sanguin, irrite directement la cellule, en trouble la nutrition et les fonctions physiologiques.

Spronck (d'Utrecht), dans un travail lu récemment à l'Académie des sciences, a non seulement vérifié et confirmé les résultats des expériences de MM. Roux et Yersin, mais encore étudié le poison diphthérique au point de vue de son action sur le rein. Prenant le poison dans les liquides stériles, il l'injecte soit dans les veines, soit sous la peau des lapins, et toujours l'albuminurie se montre. Pour que cette albuminurie apparaisse, il faut que l'empoisonnement soit réglé de telle sorte que l'animal survive plusieurs jours. Elle manque lorsque le poison amène la mort en quelques heures. Toujours elle prend naissance si on a soin de fractionner ou de diminuer les doses toxiques, vingt-quatre heures ou quarante-huit heures après l'infection. L'injection sous-cutanée a une action moins rapide sur le rein que l'injection intra-veineuse. Il y a, dans ces cas, néphrite véritable. L'albuminurie de la diphthérie reconnaît pour facteur pathogénique primordial une néphrite aiguë liée à l'élimination du poison.

Les paralysies, qui se montrent dans le cours ou le plus souvent à la suite de la diphthérie, ont été aussi reproduites expérimentalement par MM. Roux, Yersin et Spronck. Le poison frappe le système nerveux dans ses fonctions de motricité de la vie de relation ou de la vie végétative et de sensibilité. La paralysie diphthérique rentre dans le cadre des paralysies toxiques, se rapprochant des paralysies qui se montrent au cours des intoxications par les poisons minéraux (arsenic, plomb, sulfure de carbone). La paralysie résulte de l'action de la substance soluble toxique sur les tubes nerveux et non d'un trauma microbien. Ce poison impressionne les cellules, vicie leur nutrition, amène des troubles dans leurs fonctions physiologiques. C'est ainsi que s'expliquent les localisations tardives de l'intoxication diphthérique. Le poison a pu disparaître, mais le trouble nutritif des cellules reste et continue son action.

Une des particularités les plus intéressantes que présente en effet le virus diphthérique est son action souvent lointaine, tardive, sur le système nerveux. Dans tous les cas, il ne semble pas que le poison agisse sur l'ensemble des tubes des troncs nerveux ; car l'absence d'atrophie, la conservation des réflexes et de la réaction électrique, ainsi que le niveau inégal de la paralysie dans les divers départements musculaires, ne peuvent reconnaître qu'une telle action.

Les paralysies se sont toujours montrées tardivement chez les animaux qui avaient résisté aux accidents immédiats de l'inoculation. Elles étaient caractérisées par la paralysie des pattes ou des ailes chez le pigeon ; la paraplégie, la paralysie de la nuque, du train postérieur, des muscles respiratoires, de divers groupes musculaires chez le lapin. Leur terminaison a été le plus souvent la mort, précédée d'un amaigrissement général ou d'une généralisation de la paralysie, et amenée par arrêt du cœur ou de la respiration. Parfois elle a été subite. La guérison est rare. On voit ainsi que, par leurs grands caractères, ces paralysies se rapprochent beaucoup des paralysies de la diphthérie humaine.

Les phénomènes généraux du début de la maladie relèvent de l'intoxication et sont souvent les premiers signes d'une diphthérie évoluant silencieusement. Ceux du cours de l'affection sont produits par le même facteur.

Les hémorrhagies, les dilatations vasculaires, dont l'apparition est toujours un signe d'une gravité extrême, sont dues à l'action directe du poison sur le sang qui subit de profondes modifications, et sur les parois vasculaires dont la fragilité augmente par suite des troubles nutritifs dont leurs éléments sont le siège.

Les infections secondaires au cours de la diphthérie ne sont pas rares et trouvent leur explication dans la présence constante, au niveau de la fausse membrane, de microbes divers ; le streptococcus pyogenes semble être constant. Ils nous rendent compte des phlegmons, des adéno-phlegmons, des érysipèles, de certaines broncho-pneumonies et néphrites. MM. Darier et Thaon ont trouvé dans ces foyers de broncho-pneumonie des microcoques et des bacilles.

Après l'exposé des recherches si nettement concluantes de MM. Klebs, Lœffler, Hoffmann, Roux et Yersin, Spronck, il est impossible de nier la spécificité du bacille dont nous venons d'étudier l'action : on peut ainsi appliquer à la diphthérie ce que M. Pasteur a dit du charbon. La diphthérie est la maladie du bacille de Klebs, comme la gale est la maladie de l'acarus.

La diphthérie ainsi envisagée est-elle spéciale à l'espèce humaine ? Celle que l'on rencontre chez le veau, les gallinacées, est-elle produite par le même agent pathogène, le bacille de Klebs? Nicati avait conclu de ses recherches que la diphthérie des gallinacées est absolument semblable à celle de l'espèce humaine, mais ces conclusions furent battues en brèche et rejetées par Trasbot et Mégnin. Dans tous les cas, il existe maintenant dans la science un grand nombre d'observations de diphthéries humaines, qui semblent reconnaître pour cause la diphthérie des gallinacées. On trouvera, dans le rapport de M. Ollivier, sur les épidémies pour 1886, une très belle observation de ce genre.

Ce bacille de Klebs, cause unique de la maladie, semble être très répandu dans la nature. Deux fois il a été trouvé dans la bouche d'individus sains (Roux, Lœffler), et l'on cite un grand nombre de cas de diphthérie gagnée par le lait, la viande, les animaux, etc.

VI

Il est actuellement démontré que la population française décroît d'une manière sensible, le nombre des naissances diminuant de plus en plus, le nombre des décès augmentant de plus en plus ; c'est le cœur serré qu'on se demande où l'on s'arrêtera sur cette pente rapide. Les affections qui tuent l'enfance se multiplient. Mais, il y en a surtout deux qui, par leur intensité, menacent de devenir un péril national. C'est la diphthérie d'abord ; c'est la rougeole ensuite. Les chiffres, dans ces cas, présentent quelque chose de lugubre. En 1866, dit M. Ollivier, la mortalité par la diphthérie était à Paris 815, elle devient 2390 en 1882 ; donc, après seize ans à peine, la progression de la diphthérie, dit notre excellent maître M. le professeur Grancher, est rapidement croissante, beaucoup plus rapidement que le chiffre de la population. Il y a donc là un danger réel, qu'il faut combattre à outrance non seulement parce que l'humanité le veut, mais aussi parce qu'il y a là une grave question d'économie sociale.

Il est donc du devoir du médecin d'empêcher l'éclosion,

autant que faire se peut, et la propagation de la diphthérie, c'est là le rôle du médecin hygiéniste; c'est le plus important : aussi allons-nous commencer par lui.

Prophylaxie. — Les germes de la diphthérie sont d'une diffusion difficile, et, pour notre maître M. Grancher, la transmission de la diphthérie ne se fait pas à distance, par voie atmosphérique, mais par contact plus ou moins immédiat. L'air atmosphérique n'est que rarement, qu'exceptionnellement le véhicule des germes contagieux. Les épidémies décrites par M. le docteur Dumez et par M. le docteur Cazin (de Berck-sur-Mer) sont très instructives à cet égard. Le docteur Dumez a observé une épidémie diphthérique dans une école où dans une salle commune vivaient filles et garçons, séparés par un espace de 2 mètres de longueur et par le pupitre du professeur; la diphthérie, apportée par une fillette, frappa les filles exclusivement; aucun garçon ne fut atteint. De même, dans l'histoire d'un pensionnat, rapportée par M. le docteur Cazin, où quatre groupes de personnes vivaient en commun, la famille du directeur, les pensionnaires, les demi-pensionnaires, et les petites pensionnaires, un seul groupe fut touché, celui qui vivait dans la plus complète intimité, les autres échappèrent à la contagion ; et M. Grancher de conclure que la transmission de la diphthérie ne se fait pas à distance, par voie atmosphérique, mais seulement par contact plus ou moins immédiat.

D'autre part, les germes diphthériques ont une vitalité prolongée. Dans un cas de M. le docteur Darolles, l'infection s'était faite par un berceau, qui avait servi à deux enfants, ayant succombé successivement à une laryngite diphthérique. La *mort du premier remontait déjà à plus de deux ans.*

M. Nocard a communiqué à M. Grancher un cas de contagion analogue à celui qui précède; le cas de M. Worms est encore plus topique. Dans une lettre à M. Grancher, M. Worms raconte le fait suivant :

« Il y a sept ou huit ans, dit-il, un de mes amis, âgé alors de cinquante ans environ, n'ayant par sa profession aucun rapport avec des malades, a été pris de diphthérie grave suivie de paralysie très étendue. Or, j'ai appris, après des investigations approfondies, que mon ami ayant eu un mal de gorge catarrhal un certain dimanche, avait été badigeonné au citron avec un pinceau qui avait été enfermé dans un papier depuis quatre ans, et qui avait servi au même usage pour la jeune fille de cet ami, âgée alors de sept ou huit ans. Elle avait eu une atteinte de diphthérie de moyenne intensité et avait guéri. »

Les recherches de MM. Roux et Yersin confirment cette notion de la vitalité prolongée du bacille de Lœffler.

Ces cas expliquent suffisamment les prétendues diphthéries spontanées; de même que, pour le choléra ou la scarlatine, il suffit de bien chercher pour trouver l'origine proche ou éloignée du contage. La diphthérie se propage aussi bien de l'homme à l'homme que des animaux à l'homme. Les gallinacées sont souvent décimées par une véritable épidémie de diphthérie. M. Ollivier en cite de très beaux exemples.

Si la contagion est méconnue, c'est que certaines affections angineuses, diphthériques en réalité, sont rangées parmi les angines simples, et, en cherchant bien, on trouve souvent, comme point de départ d'une épidémie de diphthérie, une simple angine pultacée, voire herpétique; le clinicien se refuse à admettre l'identité possible entre ces sortes d'angine et l'angine diphthérique. Jacobi n'a-t-il pas trouvé, dans l'angine folliculaire des adultes, la cause primordiale de certaines épidémies de diphthérie? Et le danger est d'autant plus grand que l'adulte porteur d'une de ces angines folliculaires se promène dans les rues, infecte les voitures, embrasse les enfants et répand ainsi autour de lui une véritable infection, qui gagne de proche en proche et qui ne tarde pas à prendre les allures terrifiantes d'une épidémie. Cette forme d'angine est donc particulièrement dangereuse. Le médecin devra la considérer comme diphthérique.

Tout individu, atteint d'angine folliculaire, sera donc rigoureusement observé pendant toute la durée de l'affection assez longue, d'ailleurs; même après guérison. Le médecin devra, pendant quelque temps encore, examiner la gorge du malade; car l'angine folliculaire des adultes est essentiellement sujette à récidive.

Les origines de l'infection diphthérique sont multiples; et *a priori*, il semble difficile sinon impossible d'empêcher la maladie de se propager. Cependant, l'affection prise au début se laisse enrayer au point de vue du contage. Il ne faut pas oublier que la propagation de la diphthérie se fait surtout par contact médiat ou immédiat. A ce point de vue M. Sevestre partage entièrement l'opinion de M. Grancher.

Si la diphthérie, dit-il, peut se transmettre aussi par l'air ou par contact direct, elle se propage le plus souvent d'une manière médiate, par l'intermédiaire d'un objet quelconque. Toute diphthérie bénigne ou maligne doit être isolée. Cet isolement sera à double effet. L'enfant atteint sera enfermé dans une ou deux pièces, aussi peu garnies de meubles que possible. Il ne sortira pas; les enfants sains de la maison seront éloignés. De cette manière, toute promiscuité devient impossible. Si, à cet isolement absolu, on joint une désinfection radicale de tous les objets qui ont pu servir au malade, on réalise à quelque chose près tout ce qui est médicalement indiqué contre la diffusion du germe diphthérique.

La désinfection doit jouer un grand rôle surtout en temps d'épidémie. Les théâtres, les salles publiques, les cafés, dit Jacobi, doivent être considérés, en temps d'épidémie, comme des hôpitaux, et être désinfectés à intervalles réguliers. Il en est de même des voitures de places, omnibus, chemins de fer, etc. Raisonnables au point de vue théorique, ces mesures sont, au point de vue pratique, absolument dépourvues de valeur, précisément à cause de l'impossibilité de leur application.

Dans les familles peu aisées, l'isolement absolu de l'enfant est pour ainsi dire irréalisable. Les autres enfants sont plus ou moins en contact avec le malade atteint de diphthérie. Il faudra donc veiller avec un soin scrupuleux sur l'état de leur gorge, qu'on inspectera une ou deux fois par jour. En outre, les enfants passeront le plus de temps possible, soit dans la cour, soit dans des jardins publics. Il serait à souhaiter, surtout pendant l'hiver, que les autorités publiques bâtissent des maisons (refuges pour les enfants sains d'une famille frappée de diphthérie), nous ne croyons pas que cela soit difficile à réaliser. Un grand nombre de mères de familles hésitent à envoyer leurs enfants à l'hôpital; il y a même à cet égard des préjugés fort tenaces ; mais elles n'hésiteront pas lorsqu'il s'agira d'isoler les enfants bien portants dans des maisons *ad hoc*. Dès qu'il y a plusieurs cas de diphthérie dans une école, celle-ci doit être fermée; il serait peut-être mieux, dit Jacobi, de fermer les écoles avant même qu'une épidémie de diphthérie ait atteint une gravité plus

accentuée. D'ailleurs, l'inspection de la gorge pourrait être confiée aux instituteurs; il n'est pas difficile, en temps d'épidémie, de leur donner les quelques notions primordiales nécessaires au diagnostic d'une affection suspecte de la gorge; de cette manière, tout enfant présentant quelque chose d'anomal du côté des amygdales, voile du palais, etc., pourra immédiatement être éloigné de l'école.

En tout cas, dès qu'une diphthérie s'est déclarée dans une famille, le médecin doit trouver le point de départ du mal. Il poussera l'enquête aussi loin que possible, et la cause connue, rien de plus simple que de prendre les mesures de rigueur.

Dans les familles où il y a des enfants, la domesticité ne sera pas recrutée au hasard; les gens atteints d'affections chroniques du pharynx sont généralement d'excellents terrains de culture.

Il en est de même des enfants; la plupart des enfants atteints de diphthérie présentent des grosses amygdales, des végétations adénoïdes, des desquamations simples de la muqueuse linguale. Soigner et guérir ces états morbides qui prédisposent singulièrement à la diphthérie, c'est faire de la prophylaxie. Il faut éviter autant que possible les angines de toutes sortes, et, si elles existent, il faut agir énergiquement avant que le bacille diphthérique ait eu le temps de pénétrer dans la muqueuse dépouillée de son épithélium.

L'enfant une fois guéri, il faut procéder à la toilette de la pièce où il a séjourné. Le lit, la literie, le linge, tous les menus objets qui ont servi à l'enfant doivent être passés à l'étuve chauffée à 115 degrés. La chambre sera désinfectée, et les meubles qui ont été laissés dans la pièce du petit malade, et qui ne peuvent pas être passés à l'étuve, doivent être exposés à l'air et au soleil pendant longtemps, dix jours au minimum.

Une des questions les plus difficiles est certainement la désinfection d'une chambre, adultérée presque dans tous les coins. Esmarch (de Berlin) pense que le meilleur moyen consiste à frotter les murs avec de la mie de pain qu'on jettera dans un brasier au fur et à mesure qu'elle sera employée; mais c'est là un moyen fort peu applicable et d'une efficacité encore douteuse. Il faut revenir toujours au vieux moyen de nos pères, à l'acide sulfureux.

MM. Dubief, Boutel et Gaillard, sous l'instigation de M. Dujardin-Beaumetz, ont institué des nouvelles expériences sur la désinfection des locaux, par le gaz acide sulfureux. Pour ces auteurs, l'acide sulfureux à l'état gazeux a une action microbicide des plus évidentes sur les germes contenus dans l'atmosphère; cette action s'exerce le plus activement en présence de la vapeur d'eau. La désinfection de la pièce dans laquelle un diphthérique a séjourné, se fera donc de la manière suivante. La chambre sera hermétiquement close.

Dans un réchaud plein de charbon condensé (charbon de Paris), on fait brûler du soufre en quantité variable, de 30 à 40 grammes environ par mètre cube d'air, et cela pendant quarante-huit heures au minimum. Il est inutile d'ajouter qu'avant toute obturation les papiers peints seront enlevés, les murs grattés, et la pièce complètement évacuée. Sur un second réchaud on pourrait faire bouillir de l'eau, pour faciliter, par la présence des vapeurs d'eau dans la chambre, l'action du gaz sulfureux. Après quarante-huit heures, on ouvrira les portes et fenêtres et on laissera entrer l'air et le soleil, qui sont des désinfectants excellents.

Toutes ces mesures sont d'ordre domestique; mais il y en a d'autres dont l'application rigoureuse est apte à enrayer la marche en avant de la diphthérie. Nous voulons parler de l'antisepsie et asepsie du médecin. Toutes les fois qu'il sera appelé près d'une diphthérie, le médecin aura le devoir rigoureux de se désinfecter autant que possible; autrement il portera dans les plis de ses habits, sur ses mains ou sur sa figure, les germes diphthériques.

Le médecin, avant de toucher au malade, fera bien de se faire donner une blouse qu'il revêtira après avoir enlevé sa redingote. Cette blouse restera à demeure dans la chambre du diphthérique. L'examen fini, les mains et la figure seront soigneusement lavés au savon d'abord, au sublimé ensuite. Cette eau sera bouillie avant d'être jetée.

M. Sevestre est très catégorique sur ces points de propreté médicale. L'isolement sans l'antisepsie des personnes chargées de soigner le malade n'est qu'un leurre, qui, pour des raisons faciles à concevoir, est extrêmement dangereux.

Les déjections du malade seront désinfectées en versant dans le vase qui les contient une certaine quantité d'une solution de sulfate de cuivre à 5/100, de chlorure de zinc à 10/1000, ou d'acide sulfurique à 5/100.

Après la terminaison de la maladie, M. Sevestre conseille de faire prendre au malade avant de le rendre à la vie commune un ou plusieurs bains antiseptiques.

A l'hôpital, les bains de sublimé sont possibles, mais, en ville, ils ne le sont guère. On peut cependant à l'aide d'une éponge faire des lotions avec du sublimé au millième. Ces lotions seront toujours précédées d'un bain de savon noir (250 grammes de savon pour un bain d'adulte).

VII

Les recommandations que nous venons de faire, après tant d'autres, ne seront pas toujours suivies à la lettre; et, quoi que les médecins fassent pour éviter l'apparition de la diphthérie, elle apparaîtra souvent; le médecin aura donc pour devoir d'abord d'empêcher la propagation du mal et nous avons vu comment, et ensuite de traiter la maladie elle-même. Nous nous occuperons ici du traitement de la diphthérie en général et non pas de ses localisations spéciales comme dans le larynx par exemple. Le croup a ses indications que nous envisagerons peut-être ultérieurement, mais qui ne nous occuperont pas pour le moment.

Le problème thérapeutique de la diphthérie contient deux facteurs d'une égale importance. La fausse membrane d'une part, et de l'autre l'intoxication organique que cette pseudo-membrane cause.

Prenons, par exemple, une des manifestations diphthériques la plus constante, la diphthérie pharyngée. Or, les expressions cliniques de celle-ci sont extrêmement variables; en effet, quelle différence n'y a-t-il pas entre les diphthéries bénignes et les diphthéries malignes? Comment croire que cet enfant rose et riant, se plaignant d'un léger mal de gorge, puisse avoir le même sort que cet autre enfant au cou proconsulaire, à la face bleuâtre et ayant du bleu dans la palette, suivant l'expression pittoresque de M. Labric? Là, c'est un mal purement local, sans retentissement aucun; ici, c'est une intoxication profonde de l'organisme, se terminant par la mort.

Cette différence clinique est réelle puisqu'elle existe, mais le clinicien ne doit pas y attacher une trop grande importance. La diphthérie la plus bénigne, celle qui se manifeste par quelques points blancs dispersés sur les amygdales ou

dans l'arrière-gorge, abandonnée à elle-même, peut d'un coup devenir des plus malignes. On n'a pas le droit de négliger la moindre fausse membrane ; même lorsque le diagnostic est douteux, le médecin ne doit pas hésiter. Toute angine douteuse sera pour lui une angine diphthérique; il devra diriger son traitement en conséquence et dès qu'une angine diphthérique est prise au début, alors qu'il n'y a pas de retentissement général, elle doit guérir, et elle guérit toujours à moins d'une malchance vraiment extraordinaire; non pas parce qu'actuellement on possède un spécifique de la diphthérie. Il n'y a pas de médicament qui donné à l'enfant empêche la fausse membrane de pulluler et l'empoisonnement de se faire. Jadis, et ce jadis n'est pas bien loin de nous, il est encore avec nous, lorsqu'on croyait que la diphthérie était une maladie générale à expression locale, l'abus des spécifiques a régné en maître. Ils sont tellement nombreux ces spécifiques, que leur richesse apparente cache une misère noire. Le brome, l'iode, les balsamiques, le cubèbe, le kermès, le jaborandi et la pilocarpine, l'acide oxalique, le perchlorure de fer, le permanganate de potasse, le soufre et les sulfites, l'acide phénique et les phénates, l'acide salicylique et les salicylates, le benzoate de soude, l'eucalyptus, et nous en passons encore et des pires, tous ces agents thérapeutiques ont eu leur moment de vogue. Qui les sauvera du juste oubli ?

Maintenant, on ne croit plus aux spécifiques, au moins à ceux qui, donnés intus, empêchent l'éclosion du mal. On s'attaque tout autrement à l'affection. Le danger de la diphthérie résulte de la résorption des produits solubles sécrétés par le bacille de Lœffler, tout l'effort doit donc porter sur ce dernier bacille, sur la fausse membrane en d'autres termes; en détruisant celle-ci, on détruit du coup la source du poison. C'est à M. Gaucher (1889), que revient le mérite d'avoir le premier fait ressortir l'importance du traitement antiseptique local. Sa méthode consiste dans l'ablation des fausses membranes et la cautérisation antiseptique de la muqueuse sous-jacente; il est vrai qu'avant lui nombre d'auteurs avaient déjà proposé cette sorte d'intervention thérapeutique. Bretonneau, Trousseau comparaient, il y a des années déjà, la diphthérie à la pustule maligne qui, elle aussi, a d'abord une période locale précédant l'infection générale : celle-ci peut être supprimée, si l'on intervient localement à temps. Il faut donc, et nous ne craignons pas de nous répéter, attaquer le mal localement et le plus vite possible.

Quel est le meilleur antiseptique de la diphthérie, ou, en un mot, y a-t-il un agent chimique qui arrête sûrement le développement du bacille de Lœffler? MM. Chantemesse et Widal se sont chargés de répondre en partie à cette question. Ils prennent des fils de soie stérilisés et les immergent dans une culture de bacilles diphthériques virulents; puis ces fils sont plongés, pendant une, deux et trois minutes, dans le liquide antiseptique à essayer; au sortir de ce bain, on les plaçait soit dans de l'eau distillée stérilisée, soit dans l'alcool à 95 degrés, pour les priver de la petite quantité d'antiseptique qu'ils auraient pu emmagasiner et entraîner avec eux.

Ils étaient ensuite inoculés dans des tubes de bouillon pur et mis à l'étuve. Des fils témoins, qui n'avaient pas été soumis à l'antiseptique, subissaient le même lavage avec l'eau stérilisée et l'alcool à 95 degrés; ils donnaient de très belles cultures.

Ces expériences, aussi bien conditionnées que possible, ont démontré à MM. Chantemesse et Widal, que les substances suivantes ne sont guère d'une efficacité utile : l'eau de chaux, le tannin en solution aqueuse à 2 p. 100, l'acide phénique à 1 p. 100, l'acide borique à 4 p. 100, le sulfate de cuivre et le sulfate de zinc à 1/2 p. 100, l'eau naphtolée, l'eau salolée, l'acide salicylique en solution alcoolique à 5 p. 100, le perchlorure de fer en solution aqueuse à 1 p. 100, le bi-iodure de mercure à 1/2 p. 1000, soit pur, soit additionné d'acide tartrique ou d'acide citrique.

Le mélange qui a donné les meilleurs résultats serait, d'après les mêmes auteurs, l'acide phénique mêlé à la glycérine et au camphre. Voici d'ailleurs la formule employée :

Acide phénique pur	5 grammes.
Camphre.	20 —
Glycérine	25 —

Le liquide est agité et mis pendant dix minutes dans un bain-marie d'eau bouillante. On laisse refroidir. Par le repos, le mélange se divise en deux couches, une inférieure, liquide, l'autre supérieure, blanche, visqueuse, formée par un glycérolé de phénol et de camphre. C'est cette couche qui présente toute l'activité antiseptique du mélange.

Celui-ci est faiblement caustique, assez adhérent aux surfaces sur lesquelles on le place; on pourrait sans inconvénient, disent MM. Chantemesse et Widal, qui ne l'ont point expérimenté au point de vue clinique, en toucher les parois d'une gorge atteinte de diphthérie, une ou deux fois par jour. C'est sur la muqueuse mise à nu que l'antiseptique produira les meilleurs effets. Son application doit donc toujours être précédée d'un nettoyage de la gorge avec un tampon d'ouate assez dur pour enlever les fausses membranes.

M. Gaucher n'admet pas la glycérine dans son mélange; d'après cet auteur, la glycérine est diffusible, et en voulant cautériser un point déterminé de la gorge, on arrive à intéresser les parties avoisinantes saines, à les ulcérer, et on crée de cette manière autant de portes d'entrée à la pénétration du germe diphthérique. A la place de la glycérine, notre maître emploie l'huile de ricin, qui est soluble dans l'alcool, et qui permet d'obtenir une mixture limpide.

On peut ne pas employer l'acide tartrique. L'addition d'acide tartrique n'augmente pas le pouvoir antiseptique du mélange de M. Gaucher (Chantemesse et Widal).

L'acide phénique n'est pas toujours admis comme absolument efficace. M. Jules Simon fait les badigeonnages avec une solution d'acide salicylique dont voici la formule :

Acide salicylique . . .	50 cent. à 1 gr.
Alcool	q. s. pour dissoudre.
Glycérine	40 grammes.
Infusion d'eucalyptus.	60 —

Cette solution, moins douloureuse que le mélange Gaucher, possède une grande activité antiseptique.

Il est cependant bon de rappeler que les expériences de MM. Chantemesse et Widal infirment cette manière de voir.

Que dire de la méthode de M. Renou (de Saumur)? Cet auteur professe une indifférence absolue pour les manifestations pseudo-membraneuses, lorsqu'elles n'amènent pas des accidents d'ordre purement mécanique. Tout l'effort doit porter sur l'état général. A la rigueur, avec le traitement de M. Renou et le mépris que cet auteur professe pour la fausse membrane, il n'est pas étonnant que l'état général des diphthériques devienne inquiétant. Les vaporisations phéniquées telles que les pratique M. Renou, peuvent ce-

pendant être très utiles, à la seule condition d'appliquer vigoureusement un traitement antiseptique local, quel qu'il soit. La guerre que M. Renou fait aux cautérisations et badigeonnages de la gorge part de la conviction puissante que la diphthérie est une maladie générale; mais, actuellement, après les travaux de MM. Roux et Yersin, dire que la pseudo-membrane n'est rien ou à peu près, et que l'infection primitive est tout, c'est aller à l'encontre des idées généralement admises.

Nous ne voulons pas trop prolonger cette Revue, déjà longue; aussi n'examinerons-nous pas les autres médications locales plus ou moins délaissées et dont le temps a fait justice. D'ailleurs, toutes les interventions contre la diphthérie trouvent leur défense dans des succès apparents, et nullement dans une statistique comparative rigoureusement faite. Les diphthéries bénignes, qui guérissent avec n'importe quel agent thérapeutique et quelquefois malgré la médication employée, sont d'une assez grande fréquence; et beaucoup de médications, prônées comme infaillibles, ont vu le jour à la faveur de quelques séries heureuses. Il n'y a que des statistiques bien faites qui puissent trancher la question.

Mais la bactériologie nous a montré une voie, et une voie scientifique, pour attaquer la diphthérie. L'intoxication générale est secondaire, le danger, c'est la fausse membrane et les microbes qui l'habitent. En détruisant ceux-ci, on empêche l'intoxication de se faire, et la diphthérie évolue comme une affection infectieuse étroitement locale.

Nous exposerons ici les méthodes employées par nos maîtres; elles ont donné des succès et, jusqu'à présent, en dehors de M. Renou, elles n'ont pas trouvé de détracteurs.

Méthode de M. Gaucher. — 1° Ablation des fausses membranes. Cette opération doit être pratiquée avec la plus grande douceur. M. Gaucher n'a jamais conseillé le râclage. Il faut enlever toutes les fausses membranes, mais il faut s'efforcer de produire le moins de lésions possibles : l'énergie n'exclut pas la douceur, dit M. Gaucher. Pour le nettoyage de la gorge, notre maître a renoncé à l'emploi d'un écouvillon d'ouate ou du pinceau de crin doux, taillé en brosse. Il emploie actuellement les pinceaux de molleton de M. le docteur de Crésantignes, et s'en trouve très bien.

2° Badigeonnage de la muqueuse bucco-pharyngienne.

La mixture, primitivement employée par M. Gaucher, a été modifiée de la manière suivante :

Camphre	20	grammes.
Huile de ricin.	15	—
Alcool à 90 degrés. . . .	10	—
Acide phénique cristallisé	5	—
Acide tartrique	1	—

Dans la première formule, la solution était étendue d'huile d'olives ou d'amandes douces; mais, dans cette mixture, l'huile surnageait, et il était nécessaire d'agiter chaque fois le liquide avant de s'en servir. Pour faire disparaître cet inconvénient, M. Gaucher emploie maintenant l'huile de ricin, qui est soluble dans l'alcool et qui permet d'obtenir une mixture absolument limpide.

L'ablation de la fausse membrane et l'application de la mixture phéno-camphrée doivent être répétées toutes les trois ou quatre heures, plus souvent même si les fausses membranes se reproduisent rapidement.

Comme partie adjuvante du traitement, M. Gaucher insiste beaucoup sur la nécessité des irrigations phéniquées pratiquées toutes les deux heures. Ces irrigations entraînent les débris pseudo-membraneux qui pourraient rester flottants dans la gorge et, en même temps, réalisent un milieu antiseptique, par le mélange de la solution phéniquée et de la salive. Chez les adultes, en plus des irrigations, on prescrira des gargarismes phéniqués (eau phéniquée à 1/1 000e).

Chez les jeunes enfants qui se prêtent mal aux irrigations, il faudra pratiquer celles-ci de force. Le mieux est de les tenir la tête penchée en avant, au-dessus d'une cuvette, pour qu'ils n'avalent pas d'eau phéniquée.

Méthode de M. Hutinel. — Cette méthode est, dans ses traits généraux, identique à la précédente.

1° L'ablation de la fausse membrane se pratique de la même manière; il en est de même pour les attouchements de la gorge. Le liquide antiseptique, dont se sert M. Hutinel, est tantôt le sublimé au 100e, tantôt l'acide salicylique, tantôt enfin l'acide phénique. C'est à ce dernier antiseptique que M. Hutinel s'est arrêté; mais il remplace l'huile de la formule Gaucher par la glycérine; les inconvénients que celle-ci peut présenter sont loin de valoir ceux de l'huile.

En effet, l'huile ne mouille pas, et, en vernissant la muqueuse, elle empêche la pénétration de l'acide phénique; en même temps, la solution de M. Hutinel est moins forte; voici d'ailleurs la formule :

Acide phénique cristallisé	5	grammes.
Camphre.	20	—
Alcool à 90 degrés. . . .	10	—
Glycérine pure	25	—

Badigeonner toutes les trois ou quatre heures suivant l'abondance et la reproduction des fausses membranes.

2° Les irrigations, répétées rigoureusement toutes les deux heures, quelle que soit la bénignité de la diphthérie, se font à l'acide borique.

Acide borique	40	grammes.
Eau distillée.	1000	—

L'acide borique se recommande surtout par sa grande innocuité; les autres solutions peuvent également être employées, pourvu qu'elles ne soient pas trop fortes, et qu'elles aient une acidité suffisante. Le poison diphthérique a de la peine à s'accumuler dans un milieu acide; en tout cas, la toxicité de ces produits de sécrétion est bien moindre dans un milieu acide que dans un milieu alcalin. Ces irrigations ou lavages agissent en outre en entretenant la propreté de la bouche et de l'arrière-gorge.

3° Pulvérisations. M. Hutinel, est un partisan fervent des pulvérisations. Celles-ci doivent être répétées toutes les demi-heures environ. Le pulvérisateur de M. Lucas-Championnière convient très bien dans tous les cas. Il faut envoyer la vapeur en approchant l'instrument le plus près de la bouche. C'est à cette seule condition que le liquide pulvérisé garde un certain degré de chaleur. C'est encore l'acide borique qui fait les frais de ces pulvérisations. M. Hutinel a vu, avec les pulvérisations, disparaître des symptômes inquiétants du côté du larynx. Il est probable que ces pulvérisations acides, douées d'un certain pouvoir antiseptique, empêchent ou enrayent la formation des fausses membranes dans le larynx. Les bons résultats que M. Renou a obtenus avec son traitement, tiennent probablement aux vaporisations acides qu'il fait continuelle-

ment entretenir autour du petit malade. C'est à ce titre seulement que M. Hutinel le recommande. Sur un fourneau de cuisine placé dans la chambre du malade, on place deux casseroles contenant chacune environ 2 litres d'eau. Dans ces casseroles, on verse, toutes les trois heures, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Acide phénique	280	grammes.
» salicylique	56	—
» benzoïque.	112	—
Alcool rectifié	468	—

Méthode de M. Jules Simon. — Le savant médecin de l'hôpital des Enfants-Malades proclame la nécessité d'un traitement local énergique. Il fait les badigeonnages à l'aide d'une pince à forcipressure, autour de laquelle on enroule du coton hydrophyle, de façon à former une petite quenouille de la grosseur d'une olive environ ; on aura deux pinces ainsi préparées. Avec la première pince, armée de coton sec, on nettoie la gorge, de façon à enlever les mucosités ou la salive seulement qui recouvrent les fausses membranes. Avec la seconde pince, dont le coton a été imprégné du collutoire, on attaque les fausses membranes mêmes. Il ne faut pas se contenter de faire un badigeonnage, au sens strict du mot ; il faut encore frotter avec une certaine force, de façon à détacher les parties les moins adhérentes, sans toutefois excorier la muqueuse sous-jacente. M. Jules Simon insiste sur la nécessité absolue de la fréquence de ces attouchements ; ceux-ci seront répétés toutes les heures le jour, et trois fois dans le courant de la nuit, à partir de neuf heures du soir.

Ces badigeonnages seront faits à l'acide salicylique dont nous avons donné plus haut la formule ; mais lorsque les fausses membranes sont très épaisses et très adhérentes, M. Simon fait, en outre, deux à quatre fois chaque jour, un attouchement au perchlorure de fer sous la forme suivante :

Perchlorure de fer.. . } *āā* 10 grammes.
Glycérine.. . . . . . . }

M. Jules Simon est, en outre, partisan des irrigations et pulvérisations pratiquées comme nous l'avons décrit.

M. Marais (d'Honfleur) préfère le perchlorure à presque tous les autres antiseptiques. Après avoir soigneusement débarrassé la gorge du malade des mucosités qui s'y trouvent, M. Marais imbibe toutes les fausses membranes de perchlorure par des attouchements successifs au moyen d'un pinceau ou d'une éponge bien imprégnée du liquide caustique. A chaque reprise, on lave le pinceau ou l'éponge à grande eau, et on fait gargariser le malade avec de l'eau pure. S'il s'agit d'un enfant, on lui injecte de l'eau avec une poire en caoutchouc, et on lui en fait avaler une ou deux gorgées. Les fausses membranes, sous l'action du perchlorure qui les pénètre, se racornissent, se détachent et sont enlevées facilement. Ces attouchements, qui demandent un temps variant de dix minutes à une demi-heure, doivent être répétés *deux fois par jour*.

Il nous reste quelques recommandations à donner pour la pratique des irrigations, celles-ci sont quelquefois très difficiles à exécuter à cause de la résistance opiniâtre des enfants. Pour obvier à cet inconvénient M. Legendre a décrit la méthode employée aux Enfants-Malades, et dont nous-même nous nous sommes bien trouvé. L'enfant est roulé dans un châle, les bras le long du corps, pour qu'il ne puisse se débattre. Il est assis sur les genoux d'une personne qui, étant elle-même assise sur une chaise à dossier droit, ne peut reculer, elle lui maintient la tête contre sa poitrine, en entourant de ses deux mains le front du malade.

Une autre personne tient une cuvette sous le menton et un irrigateur chargé de la solution antiseptique. On pince le nez de l'enfant, dès que la bouche s'ouvre, on place un coin de bois entre les molaires pour maintenir l'écartement des mâchoires et l'on dirige vers les différents points de l'isthme du gosier la canule de l'irrigateur, le robinet étant assez ouvert pour fournir un jet suffisamment énergique. Cette pratique a été modifiée aux Enfants-Malades, comme il a été dit plus haut, mais la tête est maintenue penchée sur la cuvette, et l'on fait les irrigations interrompues par des petits intervalles de repos. Le coin de bois est absolument inutile. De cette façon, le liquide s'écoule facilement hors de la cavité buccale.

Traitement général. — Nous tenons à commencer par dire que, dans le traitement de la diphthérie, les vomitifs doivent être absolument proscrits. Quel qu'il soit, le vomitif détermine toujours un état de faiblesse, de fatigue stomacale qui rend toute alimentation pour ainsi dire impossible : or, la grande question dans la diphthérie est l'*alimentation*. Il faut faire manger le malade à tout prix ; il faut insister sur le lait, les mets préparés avec du lait, lait de poule, crèmes, potages au lait, etc. Les enfants supportent assez mal le café. Il ne faut jamais insister, vouloir vaincre la répugnance de l'enfant.

L'alcool, comme dans toutes les maladies infectieuses débilitantes, est ici d'un grand secours ; on le donnera sous forme de thé au rhum (200 grammes pour 40 grammes de rhum vieux) donné par cuillerées à café. Les enfants prennent très bien les infusions fortes de thé pourvu qu'elles soient glacées. Les vins alcooliques comme le malaga, porto, xérès, champagne, pourront ainsi être administrés. Le vin et les extraits de quinquina fatiguent trop vite l'estomac des enfants pour être conseillés. Tous les aliments liquides ne seront donnés que froids ou même glacés. Lorsque l'enfant avale difficilement à cause de la douleur que provoque la déglutition, il sera bon de donner $0^{gr}50$ à 1 gramme d'antipyrine qui fait disparaître cet obstacle à l'alimentation.

Y a-t-il un médicament qui, donné à l'intérieur, annihile les effets du poison résorbé ? A l'heure actuelle, malgré l'immensité des agents proposés, la réponse ne peut être que négative. M. Jules Simon croit à l'efficacité du perchlorure de fer donné à l'intérieur. Chez les enfants de cinq à six ans et au-dessus, il en prescrit de 10 à 20 gouttes par vingt-quatre heures, 1 goutte environ toutes les heures. Henning se loue fort des irrigations d'eau de chaux et de l'eau de chaux donnée à l'intérieur, 20 à 30 grammes par jour. Il est allé jusqu'à donner à l'intérieur trois litres de cette solution. Quant au chlorate de potasse, tous les médecins, en France, sont unanimes à le rejeter. Les préparations mercurielles, si longtemps en honneur, sont aujourd'hui complètement abandonnées. Cependant, Jacobi dans les cas de trachéo-bronchite fibrineuse avec peu de phénomènes généraux recommande le calomel à la dose de 2 ou 3 centigrammes toutes les demi-heures. L'emploi du cyanure de mercure, du sublimé peut donner de bons résultats. Pepper, dans un cas de diphthérie toxique, a eu un succès avec le sublimé à la dose de 2 milligrammes toutes les deux heures. On peut donner le sublimé à la dose de 1 gramme par 5000. Un enfant d'un an avec un bon estomac peut supporter, pendant longtemps, 3 centigrammes de sublimé par jour, sans qu'il survienne

d'accident du côté de la bouche. Les enfants supportent, en effet, mieux que les adultes, les fortes doses de mercure.

En résumé, chaque fois que l'on aura à traiter un cas de diphthérie, il faudra commencer par observer toutes les règles de prophylaxie longuement exposées plus haut et instituer immédiatement le traitement local. Quant à l'antiseptique que l'on devra choisir, nous n'avons aucune statistique pour faire pencher la balance en faveur de l'un ou de l'autre. Fort de l'opinion de nos maîtres, nous croyons pouvoir recommander la méthode de M. Hutinel, avec la restriction que la solution employée pour les applications locales sera celle que préconise M. Gaucher actuellement. Le traitement ainsi constitué exige une main ferme et expérimentée, c'est dire qu'il ne faut jamais l'abandonner aux parents ou à des personnes étrangères à la médecine. Il n'est pas douteux, comme disent MM. Chantemesse et Widal, que la cure d'un foyer atteint de diphthérie dépend non seulement de l'antisepsie, mais aussi des soins et de l'habileté du médecin qui fait le pansement. L'énergie qu'on apporte à enlever toutes les fausses membranes, les grands lavages, les pulvérisations, le pansement local fréquent (toutes les deux ou trois heures), même avec un antiseptique médiocre, constituent les éléments de succès auxquels on ne saurait donner une trop grande part.

— *Concours de l'externat.* — 12 décembre : « Administration du chloroforme. » — 14 décembre : « Fractures de la clavicule. » — 17 décembre : « Symptômes et diagnostic de la pleurésie franche aiguë. » — 19 décembre : « Symptômes et diagnostic de la pneumonie franche aiguë. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Achard (d'Entraigues-sur-la-Sorgue) ; Augry-Laudonnière (de l'Isle-Jourdain) ; Desjardins de Morainville (de Paris) ; Jennequin (d'Avize).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

N° 147. — MARDI 24 DÉCEMBRE 1889. 62e ANNÉE. MARDI 24 DÉCEMBRE 1889. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas jeudi.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Des pleurésies purulentes à pneumocoques.

Je viens d'examiner un homme de vingt-six ans, qui a eu une pleurésie purulente et qui est en voie d'entière et rapide guérison. Il me suffit de vous dire que ce malade a vu s'ouvrir spontanément, à la peau, la collection de pus qui siégeait dans sa plèvre et qu'après une ponction pratiquée dans la plèvre et la constatation d'une vomique, nous assistons à la disparition complète de l'épanchement pleural.

Quelle était la nature de cette pleurésie purulente? L'examen microscopique permit d'affirmer qu'il s'agissait d'une pleurésie purulente à pneumocoques. Les pneumocoques se trouvaient en grande abondance dans les crachats et dans le liquide de la plèvre. La capsule de ces micro-organismes est très nette. Dans la préparation, on retrouve des diplocoques, des organismes à cinq grains et quelques-uns en forme de boudin.

Les cultures et les inoculations ont donné des résultats positifs. La démonstration est donc complète : à n'en pas douter, cette pleurésie est une pleurésie à pneumocoques.

Ce fait m'engage à vous entretenir aujourd'hui des *pleurésies purulentes à pneumocoques*.

Dans une première période, qui s'étend de 1883 à 1886, les observateurs (Friendler, Sœnger, Talamon, etc.) se contentent de constater les pneumocoques dans certains épanchements purulents de la plèvre.

Dans la deuxième période qui ne commence qu'en 1885, avec les recherches de M. Netter, on tire de l'étude des malades atteints de pleurésie à pneumocoques des conclusions d'une grande utilité, pour le pronostic et la thérapeutique. C'est surtout à M. Netter que nous devons toutes les applications médicales qui ont été faites, depuis la découverte de ce micro-organisme dans les liquides purulents de la plèvre.

Il faut établir deux variétés de pleurésies purulentes à pneumocoques.

Dans la première, qui s'observe le plus souvent, cette pleurésie purulente est consécutive à une pneumonie. Avant les recherches bactériologiques, certains observateurs la connaissaient; ils l'appelaient pleurésie purulente métapneumonique. C'est bien une pleurésie consécutive, car on n'a jamais observé cet épanchement purulent de la plèvre avant le septième ou le huitième jour, à partir du début de la pneumonie. Une semaine, tel est le minimum de temps qui s'est écoulé entre l'apparition des premiers signes de la pneumonie et la constatation du plus petit épanchement pleural. Assez souvent, celui-ci apparaît plus tard encore.

La deuxième variété de pleurésie purulente à pneumocoques est l'empyème primitif.

Dans ces cas, l'épanchement de pus s'est formé, alors qu'il n'y a pas eu de pneumonie. On sait, d'ailleurs, qu'il existe d'autres maladies à pneumocoques sans pneumonie antérieure (méningite, endocardite, péricardite, otite primitive à pneumocoques).

Le malade, que je vous ai montré aujourd'hui, rentre dans la deuxième variété. Je pense, malgré quelques réserves, que cet homme a eu une pleurésie purulente primitive à pneumocoques. Voici les raisons qui militent en faveur de cette hypothèse.

Cet homme, avant de s'aliter, a éprouvé, pendant quinze à vingt jours, une détérioration graduelle de sa santé, du malaise général et un point de côté violent et diffus. C'est la dyspnée qui a forcé ce malade à prendre le lit, après cette période de deux semaines au moins. Le médecin constata alors une congestion pulmonaire à la base du poumon gauche. Quatre jours après, le même médecin déclara qu'il s'agissait d'une pleurésie grave. Mais le même jour apparut, entre deux côtes, la tumeur fluctuante qui devait bientôt s'ulcérer spontanément et laisser s'écouler une grande quantité de liquide purulent venant de la plèvre.

Cette période de quinze à vingt jours, pendant laquelle il existait du malaise, n'est guère compatible avec l'hypothèse d'une pneumonie. C'est, au contraire, de cette façon que se montre la pleurésie.

La pneumonie aurait mis le malade dans l'obligation de se coucher dès le premier jour. Il faut ajouter que cet homme n'a pas eu de crachats rouillés.

Le médecin n'a-t-il pas constaté, tout d'abord, une congestion pulmonaire et, quatre jours après, un épanchement pleural? C'est exact. Mais il est permis de supposer

que le praticien a commis une erreur d'interprétation. En effet, le quatrième jour apparaissait la tumeur provoquée par l'épanchement de pus dans la plèvre. Or, on ne trouve pas dans la science un seul exemple permettant de croire à l'existence d'un épanchement purulent à pneumocoques dans la plèvre, quatre jours seulement après le début de la pneumonie.

Telles sont les raisons qui m'ont fait porter le diagnostic d'empyème à pneumocoques primitif.

Les pleurésies à pneumocoques sont intéressantes à étudier et présentent différentes particularités utiles à connaître dans la pratique.

A. *Début.* — La pleurésie purulente à pneumocoques, primitive ou consécutive, a un début ordinairement insidieux. Le plus souvent, le malade n'est arrêté que par l'essoufflement qu'il ressent.

Beaucoup de pleurésies, dites latentes, entrent dans cette catégorie.

B. *Les caractères de la fièvre* sont un peu spéciaux. On ne remarque pas les grandes rémissions de la fièvre de la pleurésie purulente vulgaire. Les grands accès vespéraux ne sont pas observés. Au contraire, la fièvre de la pleurésie purulente, à pneumocoques, se rapproche de la continuité.

C. *Les caractères du pus* doivent fixer l'attention. Dans les pleurésies à pneumocoques, le pus est bien lié, verdâtre, et se rapproche du pus des abcès chauds. Lorsque l'épanchement est ancien, du sang, en quantité peu considérable, se mêle au liquide verdâtre.

Or, l'expérience a démontré que, dans les pleurésies purulentes banales, le pus est ordinairement grisâtre et séro-purulent. Par le repos, le liquide se sépare en deux couches.

D. *Les productions membraneuses* sont abondantes dans la pleurésie à pneumocoques. L'*enkystement* de l'épanchement à la partie supérieure de la plèvre est fréquemment observé. Tel est le cas de mon malade, ainsi qu'en dépose M. Netter qui l'a observé dès son entrée à l'hôpital. Du reste, on trouve maintenant des signes qui permettent de localiser l'ancien épanchement à la partie supérieure de la plèvre (affaissement de la paroi thoracique au-dessous de la clavicule et dans la fosse sous-épineuse ; conservation des vibrations thoraciques, respiration rude et voisine de l'oreille, dans ces deux régions).

E. *La fréquence exceptionnelle des perforations pleuro-bronchiques* doit être signalée comme une des caractéristiques de l'épanchement à pneumocoques. Dans le quart des cas de pleurésie purulente à pneumocoques, on constate une ou plusieurs vomiques. De sorte que, si le diagnostic bactériologique est posé, on peut s'attendre à une vomique.

Quant à la fréquence de la perforation spontanée de dedans en dehors, elle est sensiblement la même que dans les pleurésies purulentes ordinaires. Les fistules pleuro-cutanées sont observées dans les proportions de 5 à 6 p. 100.

F. *La tendance naturelle à la guérison* est le signe le plus distinctif des pleurésies purulentes à pneumocoques. Tandis que les pleurésies purulentes banales résistent à tous les traitements et n'ont aucune tendance à disparaître, les empyèmes à pneumocoques marchent vers la guérison. Celle-ci peut être obtenue de plusieurs manières : 1° à l'aide d'une ou de plusieurs ponctions de la plèvre ; 2° spontanément, par la production soit d'une fistule pleuro-bronchique, soit d'une fistule pleuro-cutanée. On a signalé deux cas authentiques (Israël et Netter) de résorption de l'épanchement purulent.

Le pronostic de la pleurésie purulente à pneumocoques est donc relativement bénin. L'affection guérit, en règle générale. Il faut faire une différence dans le pronostic, suivant la nature de l'épanchement.

Si l'épanchement ne contient, en fait de micro-organismes, que des pneumocoques, le pronostic est très favorable. Il l'est moins s'il y a association microbienne dans le liquide purulent. On trouve, à côté des pneumocoques, les microbes ordinaires de la suppuration. Même dans ces cas, qui sont d'une curabilité moins facile que dans la variété précédente (pleurésie à pneumocoques sans autres micro-organismes), on peut affirmer que le pronostic est plus bénin que dans la pleurésie purulente due, soit aux bacilles de Koch, soit aux organismes ordinaires de la suppuration (staphylococcus, etc.). Je propose de diviser les pleurésies purulentes à pneumocoques en deux groupes :

1° Pleurésie à pneumocoques, sans autre association microbienne. Cette variété répond au maximum et à la plus grande facilité de curabilité des épanchements purulents de la plèvre ;

2° Pleurésie à pneumocoques, avec association d'autres organismes. Pronostic un peu moins favorable. La guérison donnera plus de mal, exigera quelques ponctions. Néanmoins, cet épanchement purulent guérira plus facilement que les autres empyèmes.

PROPRIÉTÉS TÉTANIGÈNES DU SOL

SOUS DIVERSES LATITUDES (1)

Par Paul B. Bossano (de Marseille).

Lorsque nous avons commencé nos recherches sur l'étiologie du tétanos, Nicolaïer avait déjà démontré que c'est dans les jardins, dans les terres arables, en un mot partout où la terre se trouve mélangée à des matières organiques en voie de putréfaction, que se développent le plus facilement les germes tétaniques. Nos premières expériences faites avec des terres recueillies dans les environs de Marseille nous ayant donné des résultats absolument identiques à ceux obtenus par Nicolaïer en Allemagne, nous avons songé à installer une série d'expériences dans le but de déterminer les propriétés tétanigènes du sol sous diverses latitudes. Quarante-trois échantillons de terres, provenant de différents pays et recueillies dans des champs, dans des jardins ou sur des routes, ont été inoculés à des animaux. Ces inoculations ont été faites suivant le procédé adopté par Nicolaïer (2), c'est-à-dire en introduisant la terre dans de petites poches sous-cutanées. Ce procédé, le seul qui ait été employé par le savant allemand, a l'avantage de ne pas fausser le résultat des expériences, l'ébullition, l'alcoolisation ou même une simple macération, pouvant modifier complètement la nature de la terre, et donner des résultats absolu-

(1) Travail fait au laboratoire de bactériologie de l'École de médecine de Marseille, sous la bienveillante direction de M. le professeur Rietsch.

(2) Nicolaïer. Ueber infectiosen Tetanus. Aus dem hygienischen Institut de Universitat Gottingen, in *Deutsch. Med. Wochens.*, 1884, n° 52.

ment négatifs, alors même que la terre employée aurait été primitivement douée d'une puissance tétanigène considérable.

Voici les résultats que ces expériences nous ont donnés.

Résultats fournis par des inoculations de terres provenant de différents pays.

PROVENANCE des terres.	GENRE d'animal inoculé.	NOMBRE d'animaux inoculés.	ANIMAUX morts tétaniques.	TEMPS ÉCOULÉ entre l'inoculation et la mort.
Vichy	Cobayes.	2	2	4 jours.
Trouville	Id.	3	1	Id.
Lyon	Souris blanches.	2	1	2 jours.
Hyères	Id.	3	2	2 et 3 jours.
Bordeaux	Cobayes.	2	2	4 jours.
Caen	Id.	1	0	
Rome	Id.	2	1	3 jours.
Naples	Id.	3	0	
Madrid	Lapins.	2	1	5 jours.
Cadix	Cobayes.	3	0	
Barcelone	Id.	2	2	4 jours.
Bilbao	Souris blanches.	2	2	3 jours.
Gibraltar	Cobayes.	3	1	4 jours.
Bath	Souris blanches.	3	2	2 jours.
Porstmouth	Cobayes.	2	0	
Plymouth	Id.	2	1	5 jours.
Manchester	Id.	2	2	4 jours.
Rotterdam	Lapins.	2	0	
Anvers	Cobayes.	2	1	4 jours.
Copenhague	Id.	2	0	
Lisbonne	Id.	1	1	4 jours.
Vigo	Id.	2	0	
Tanger	Souris blanches.	2	2	3 et 4 jours.
Bastia	Cobayes.	2	1	4 jours.
Ajaccio	Id.	2	0	
Chypre	Id.	3	0	
Malte	Id.	2	1	3 jours.
Alger	Lapins.	2	0	
Oran	Cobayes.	2	1	4 jours.
Tunis	Id.	3	0	
Odessa	Lapins.	2	0	
Alexandrie	Cobayes.	3	1	4 jours.
Suez	Id.	2	2	Id.
Madras	Id.	2	2	Id.
Calcutta	Id.	2	0	
Singapore	Id.	2	0	
Sanghaï	Lapins.	2	1	3 jours.
Sydney	Cobayes.	3	0	
Melbourne	Id.	2	1	4 jours.
Montevideo	Souris blanches.	3	3	2 et 4 jours.
Buenos-Ayres	Cobayes.	2	1	3 jours.
New-York	Id.	2	0	
Mexico	Id.	3	1	3 jours.

Les terres de 27 pays sur 43 nous ont donc donné des résultats positifs et, sur 96 animaux, inoculés chacun avec une terre différente, quoique provenant quelquefois d'un même pays, 39 sont morts tétaniques, 16 autres animaux sont morts à la suite de ces inoculations : 9 sans phénomènes pathologiques bien définis et les 7 autres avec des symptômes tétaniques trop peu accusés, pour qu'il nous soit permis d'affirmer qu'ils avaient contracté le tétanos.

Ces expériences confirment, tout d'abord, les idées émises par Nicolaïer et confirmées plus tard par de nombreux expérimentateurs sur l'existence presque constante des germes tétaniques dans les terres cultivées ou souillées par des matières organiques en voie de putréfaction. Les résultats négatifs, obtenus par divers expérimentateurs, en essayant de provoquer le tétanos par des inoculations de terre, ne détruisent nullement la théorie de l'origine tellurique du tétanos. En admettant même que la nature des terres qui ont servi à instituer les expériences dont les résultats ont été négatifs, n'ait pas été modifiée par un traitement quelconque (ébullition, alcoolisation, etc.), ces insuccès ne sauraient prouver qu'une seule chose : c'est que ces terres ne contenaient pas de germes tétaniques et personne, croyons-nous, n'a posé, jusqu'à présent, en principe que toute terre doit fatalement être tétanigène.

Le tétanos étant une affection assez rare et de nombreuses expériences ayant démontré que le virus tétanigène ne se rencontre guère, chez les tétaniques, que dans le voisinage du point d'inoculation, il n'est pas admissible que les hommes ou animaux atteints de tétanos constituent l'origine unique du virus si répandu dans la plupart des terres cultivées. Il faut donc nécessairement admettre que le bacille tétanique, si difficile à cultiver à l'état de pureté, rencontre abondamment dans la nature, en dehors des malades tétaniques, les conditions nécessaires à sa multiplication.

Au cours de la récente discussion sur le tétanos, à l'Académie de médecine, M. Nocard dit que l'on pourrait se rendre compte de certains faits relatifs à la pathogénie du tétanos en assimilant le microbe du tétanos au vibrion septique : de même que ce dernier, le bacille tétanique serait ingéré par les animaux avec les aliments et, passant dans les excréments, en conservant la propriété de provoquer le tétanos, il contaminerait les terres qui seraient souillées par ces excréments.

Cette hypothèse est très plausible, mais nous croyons que l'on pourrait expliquer autrement la présence si fréquente des germes tétaniques dans le sol. On sait, en effet, que le bacille de Nicolaïer ne se montre généralement dans les cultures que six ou sept jours après l'ensemencement, époque à laquelle ces cultures exhalent une forte odeur de putréfaction, due à l'action d'un autre bacille qui accompagne constamment celui de Nicolaïer. C'est également à ce moment-là que les cultures possèdent le plus de virulence. En s'appuyant sur ces faits, il ne serait pas hasardé d'admettre que le fumier, de quelque source qu'il provienne, et, en général, toute matière organique en voie de décomposition, modifie la constitution chimique du sol et, au moyen des agents de la putréfaction que ces matières contiennent, le transforment en un milieu favorable au développement du bacille tétanique. Celui-ci, en tant qu'agent tétanigène, devrait donc être classé parmi les parasites facultatifs.

Nos expériences offrent en outre un certain intérêt à un autre point de vue. On a constaté depuis longtemps que le tétanos est bien plus fréquent dans certains pays que dans d'autres, et l'on s'est basé sur ce fait pour conclure que le climat joue un rôle considérable dans l'étiologie de cette affection.

Les terres provenant de pays chauds nous ayant donné des résultats analogues à ceux fournis par les terres des pays froids ou tempérés, on serait tenté de croire que, si le tétanos s'observe plus fréquemment dans certaines contrées que dans d'autres, cela tient moins à une prédisposition de race ou à une influence météorologique quelconque, qu'à un défaut d'hygiène et au manque de précautions dans le traitement des plaies en général.

LES LIVRES D'ÉTRENNES

La France et ses colonies (1), par M. Onésime Reclus.

I. *En France.*

A côté du magistral ouvrage consacré à la Géographie universelle, par M. Élisée Reclus, il y avait place pour une description plus détaillée de notre beau pays de France et de ses colonies. C'est cette œuvre qu'a entreprise, et avec un véritable succès, M. Onésime Reclus.

L'auteur, après avoir étudié la situation, le nom, l'étendue et les frontières de notre pays, nous promène à travers les monts et plateaux, les plaines et les régions naturelles. Puis, il nous fait descendre les cours d'eaux, et, après une visite en Corse, il reprend des généralités si intéressantes pour nous. Ce sont les climats, les vents et pluies : puis, l'origine des Français ; la langue française en France, en Europe et dans le monde. Un coup d'œil sur les religions ; des études sur les accroissements des Français, et leur émigration.

Enfin, il termine par l'étude de nos anciennes provinces et de nos divisions actuelles par département.

Deux cent cinquante gravures et vingt et une cartes font, de ce premier volume, un livre des plus agréables à parcourir.

II. *Nos colonies.*

Depuis quelque temps on se préoccupe beaucoup, en Europe, de politique coloniale, et ces deux mots fatidiques qui troublent parfois la tranquillité des gens, ne sont pas toujours bien compris de tout le monde ; tout au moins y a-t-il peu de personnes qui sachent leur donner leur juste valeur. Que l'on soit partisan ou adversaire d'une politique d'expansion qui a fait la fortune de l'Angleterre et de la Hollande, pour n'en pas nommer d'autres, il y a un fait que personne ne peut supprimer, c'est que la France a, depuis longtemps, des colonies, moins, hélas ! qu'elle n'en a eu, et qu'avant de prendre parti, il faut s'éclairer sur ce que sont ces colonies. C'est ce besoin que satisfait le beau livre de M. Onésime Reclus. A la science du géographe, à la connaissance approfondie du globe qu'il possède comme son frère, M. Élisée Reclus, l'auteur joint une vivacité de style, une originalité de description qui donnent à son livre la saveur de ces fruits des tropiques que l'on ne peut se lasser de savourer. Les éditeurs ont accompagné le texte d'une profusion de gravures de la plus grande perfection artistique qui donnent des vues exactes des contrées et des types décrits par l'auteur ; c'est à la fois un livre et un album à l'aide desquels on fait commodément le tour du monde dans son fauteuil, en visitant successivement l'Algérie et la Tunisie, le Sénégal et le Soudan, les comptoirs de Guinée, le Congo, Madagascar, Obok, les cinq villes de l'Inde, l'Indo-Chine, Saint-Pierre et Miquelon, les Antilles françaises, la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane française, la Nouvelle-Calédonie, Taïti et ses dépendances.

Les Lacs de l'Afrique équatoriale (2), voyage d'exploration exécuté de 1883 à 1885, par M. Victor Giraud, lieutenant de vaisseau.

La mort de Livingstone dans les marais qui bordent le lac Banguouéolo avait laissé imparfaitement connue toute une région située au centre de l'Afrique à l'ouest des lacs Nyassa et Tanganyika. La persistance de cette tache blanche, sur la carte du continent noir, irrita la curiosité d'un lieutenant de vaisseau de la marine francaise, M. Victor Giraud, qui résolut de reprendre la découverte au point où Livinsgtone l'avait laissée.

(1) Deux vol. in-8° jésus : I. *En France* (250 grav. et 21 cartes) ; II. *Nos Colonies* (252 grav. et 18 cartes). Prix de chaque volume : broché, 13 fr. ; cart. avec fers spéciaux, tr. dorées, 18 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(2) Un magnif. vol. in-8° jésus. avec 150 grav. et 2 cartes. Prix : broché, 15 francs ; relié, 20 francs. — Paris, Hachette et Cie,

Parti de Zanzibar au mois de décembre 1882, il était de retour à Quilimane, sur les rives de l'Océan Indien, à l'embouchure du Zambèze, au mois de novembre 1884. Il avait donc mis deux ans à accomplir son projet, au milieu de fatigues, de péripéties et de périls sans nombre. Au point de vue géographique, il confirmait l'existence de deux lacs de dimensions moyennes, les lacs Bangouéolo et Moëro, dans le haut bassin du Congo, à l'ouest des grands lacs déjà découverts et colonisés par les Anglais.

Mais, on trouvera peut-être encore son récit de voyage, alerte et vif, plus intéressant par l'art avec lequel il nous met au fait de l'état d'esprit de ces populations noires de l'Afrique centrale. Il abonde en observations caractéristiques, en anecdotes frappantes qui, mieux que toutes les démonstrations ou toutes les conclusions, jettent une vive lumière dans l'esprit du lecteur sur les idées qu'il doit se former de ces pays à peine connus, de leurs populations barbares, de leur présent, du rôle que l'Europe joue déjà et jouera de plus en plus dans l'avenir dans cette quatrième partie du monde qui s'ouvre, de nos jours, à son activité.

Ce n'est pas sans quelque surprise que l'on visite, avec M. Victor Giraud, ces stations de missionnaires anglais et américains dans lesquelles ils vivent avec leur famille, qui se multiplient déjà sur les rives des lacs Tanganyika et Nyassa, que l'on navigue avec lui sur ces grands lacs intérieurs à l'aide de petits bateaux à vapeur commandés par des capitaines anglais, que l'on parcourt à sa suite les nouvelles routes construites par des ingénieurs anglais, au centre de l'Afrique. Son récit de voyage sera assurément, pour beaucoup de lecteurs, une révélation sur ce travail lent qui se poursuit lentement et sans bruit et qui livrera un beau jour à l'Angleterre des milliers de lieues carrées d'un des territoires les plus riches et les mieux doués de l'Afrique centrale.

Au pays des Cannibales (1), voyage d'exploration chez les indigènes de l'Australie Orientale, par M. Carl Lumholtz, traduit du norvégien avec l'autorisation de l'auteur, par V. et W. Molard.

Un naturaliste norvégien, M. le docteur Carl Lumholtz, attiré par la singularité des types de la faune australienne, résolut de se rendre en Australie pour se procurer les animaux dont il désirait enrichir ses collections. Le but de son voyage devait le conduire nécessairement dans les contrées les plus primitives du continent australien, là où l'invasion de la civilisation européenne n'avait pas encore chassé les animaux sauvages de leurs forêts inexplorées, ni l'indigène australien des solitudes où il se plaît. C'est au nord-est de l'Australie, dans la province de Queensland, et particulièrement dans le Queensland occidental et septentrional, que M. Lumholtz a passé de longs mois, seul, au milieu des sauvages, recueillant à la fois des types d'animaux étranges et des observations curieuses sur les idées et les mœurs de ces hommes primitifs traqués par les colons européens, et dont la race ne tardera pas à disparaître.

A travers l'Empire britannique (2), par le baron de Hübner.

On se rappelle l'intérêt qu'éveilla, dans le monde lettré européen, la publication de l'ouvrage de M. le baron de Hübner, intitulé : *Une promenade autour du monde*. L'impression produite par celui-ci n'est pas moindre.

N'est-il pas intéressant de pénétrer le secret de la force et de la faiblesse de ce grand corps aux membres épars, disséminés sur toute la surface du globe, qui s'appelle l'Empire britannique ? Les passions, les intérêts qui s'agitent autour de la question de l'expansion des races, expliquent bien le sentiment de curiosité, curiosité d'homme d'État tout autant que curiosité de voyageur, qui a poussé M. le baron de Hübner à affronter encore une fois

(1) Un magnifique vol. in-8°, avec 150 grav. et 2 cartes. Prix : broché, 15 francs ; relié, 20 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(2) Deux vol. in-16, avec 50 grav. Prix de chaque volume : broché, 4 francs ; cart. en percal., tr. rouges, 5 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

les fatigues d'un nouveau voyage autour du monde. Il y a plaisir et profit à l'entendre exposer les résultats de cette grande enquête personnelle, conduite avec la sûreté de jugement d'un diplomate consommé, dans le langage le plus frappant qui se puisse imaginer. Il semble que ce soit avec le burin plus qu'avec la plume que M. le baron de Hübner écrive, tant les impressions qu'il communique à ses lecteurs se gravent fortement dans leur esprit; le dessin est sobre; quelques traits seulement, mais le portrait est vivant, le tableau animé; on le voit, on l'a vu, on le reconnaîtra à la première occasion. Les jugements qu'il porte ne sont ni moins sûrs, ni moins remarquables par les conséquences qu'il prévoit pour l'avenir, dans cette lutte de tous les instants où chaque peuple combat vraiment pour l'existence. En Afrique, dans l'Inde, en Australie, dans la Nouvelle-Zélande, en Amérique, partout où nous mène M. le baron de Hübner, nous remarquons ces symptômes de réveil des races liées au sol qui se préparent à secouer l'étreinte de la vieille Europe, et tout en parcourant ces contrées si diverses, dont les paysages nous apparaissent aussi nets que si nous les avions sous les yeux, nous assistons aux luttes de la conquête, au développement pacifique qui la suit, aux sacrifices qu'elle réserve à l'avenir.

Le récit de son voyage, dégagé des considérations si remarquables qui l'accompagnent, suffirait seul, d'ailleurs, à intéresser les plus indifférents. Comme chacun de ses tableaux a une couleur propre, qui le fait aisément distinguer de celui qui le précède ou de celui qui le suit, on est bien convaincu qu'on a, sous les yeux et devant l'esprit, l'image vraie des pays qu'il vous fait traverser à sa suite. Aussi, après avoir lu le nouvel ouvrage de M. le baron de Hübner, on jugera aussi bien que si l'on y était allé soi-même : la colonie du Cap, les républiques du Transvaal et d'Orange, habitées par les Boërs, le Basutoland et le Zululand, l'Inde avec ses grandes présidences et les résidences princières des rajahs du Rajpoutana, la Nouvelle-Zélande, l'Australie et les îles Fidji et Samoa, sans parler de l'Amérique du Nord ni du Canada.

L'Orénoque et le Caura (1), par M. Chaffanjon.

Parmi les grands fleuves de l'Amérique du Sud, les plus grands des cours d'eaux du monde, il en est dont la découverte s'associe à la découverte du continent américain lui-même; tels sont le fleuve des Amazones et l'Orénoque. Mais si leurs deltas et la partie inférieure de leurs cours ont depuis longtemps livré tous leurs secrets aux populations de race blanche qui sont venues s'y établir, il n'en est pas de même des bassins supérieurs de ces fleuves défendus contre la curiosité européenne par l'humeur farouche des tribus indiennes qui répugnent à y laisser pénétrer aucun voyageur.

Désireux de contribuer aux progrès de la science géographique, M. Chaffanjon sollicita et obtint une mission du ministère de l'instruction publique, en 1884, à l'effet d'explorer le bassin supérieur de l'Orénoque et de rechercher les sources de ce fleuve. C'est ainsi que le voyageur reconnut successivement le cours de l'Orénoque, et du Caura, l'un de ses plus grands affluents, et fut assez heureux pour atteindre la source même du fleuve. A côté de l'intérêt géographique que présente ce voyage, accompli malgré les obstacles de tout genre que la nature et les hommes opposaient à son accomplissement, le récit que nous donne le voyageur renferme de curieuses observations ethnographiques et pittoresques sur les populations indiennes qui habitent ces régions peu connues.

Le Toit du monde (2), par M. E. Capus.

Les anciens, frappés sans doute par l'aspect majestueux des montagnes africaines, avaient imaginé que l'Atlas était un des supports de la voûte céleste. Avec autant d'imagination mais moins d'ambition, les populations primitives de l'Asie centrale considèrent le puissant massif montagneux qui s'élève ainsi qu'une pyramide triangulaire à l'intérieur du continent asiatique, comme le toit du monde. Est-ce parce qu'il recueille sur ses flancs les eaux de condensation de l'atmosphère pour les répartir dans trois directions différentes, comme l'eau de pluie, qui s'écoule des diverses faces d'un toit, suit des directions opposées? En tout cas, c'est à cela seul que se borne l'analogie : le Toit du monde n'abrite rien; le Pamir, pour lui donner son vrai nom géographique, n'est qu'un obstacle qui s'oppose aux communications du Turkestan russe avec la Kachgarie chinoise et de toutes deux avec l'Inde anglaise. Réputé infranchissable parmi les indigènes, jusqu'à ces dernières années, il n'avait livré qu'une partie de ses secrets, d'une part aux Russes, de l'autre aux Anglais, lorsque trois Français intrépides, piqués de curiosité scientifique et du désir de percer un mystère qui paraissait impénétrable, résolurent de le traverser de part en part, du Nord au Sud, du Turkestan russe à l'Inde anglaise. M. Bonvalot, le chef de l'expédition, a déjà fait pour sa part le récit de son expédition. L'un de ses compagnons d'intrépidité et de souffrances, qui l'accompagnait à titre de naturaliste, M. Capus, le complète aujourd'hui de la manière la plus heureuse, par un récit parallèle qui, sans empiéter en rien sur le précédent, ne manque cependant ni d'intérêt, ni d'imprévu; il achève de nous livrer tous les secrets d'une région effroyablement élevée, — elle dépasse 3000 mètres d'altitude moyenne, — que l'on aurait pu plus justement appeler le nombril du monde, puisque c'est le nœud d'où se détachent les plus puissants reliefs du globe.

Le Bronze (1), par M. Vuillaume.

Le bronze est, avec le fer, le métal qui a le plus contribué à la civilisation de l'homme. Leur découverte et l'origine de leurs premiers usages se perdent dans la nuit des temps; également utiles, ils ont continué à suivre, dans l'industrie de l'homme, une marche parallèle. Si le fer a, pendant un temps, pris la prédominance, parce qu'il se prêtait mieux aux travaux de la terre ou aux actes de guerre, le bronze a repris le premier rang, lorsque la paix créa au génie de l'homme des conditions favorables à son essor. Moins rigide, plus souple, moins rude d'aspect que le fer, le bronze se prête mieux aux formes gracieuses; son inaltérabilité assure, en même temps, une plus longue durée aux œuvres d'art. Rival du marbre, dont il n'a point cependant la blancheur, il reste avec lui l'élément indispensable de l'œuvre du sculpteur. Aussi n'a-t-il pris toute son importance que lorsque la Renaissance eût donné à la statuaire tout son éclat. Ses usages industriels ont, de même, continué de se développer. Auxiliaire utile dans la construction des machines, il est resté pendant longtemps l'âme des armes de guerre de grand jet.

L'étudier dans sa fabrication et dans ses diverses applications, de manière à former une monographie du bronze qui permette aux gens du monde d'en apprécier toute la valeur, est le but que s'est proposé l'auteur en écrivant le volume qui paraît aujourd'hui.

Le Désert (2), par M. Mellion.

Un de nos compatriotes, un Français, M. Bresson, qui a parcouru pendant longtemps un des déserts les plus tristes du monde, écrivait au retour de ses voyages les réflexions que l'on va lire.

« On s'éprend peu à peu de ce désert qui n'avait d'abord inspiré que des sentiments répulsifs, et sa physionomie prend un intérêt qu'on n'aurait jamais soupçonné. Pour le voyageur qui ne fait que le traverser, en se rendant rapidement au point où il doit aller, rien, en effet, n'est plus lugubre que ces ondulations per-

(1) Un vol. avec 56 grav. et 2 cartes. Prix : broché, 4 francs; cart. en percal., tr. rouges, 5 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

(2) Un vol. avec 40 grav. Prix : broché, 2 fr. 25; relié en percal. bleue, tr. rouges, 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

(1) Un vol. avec 70 grav. Prix : broché, 2 fr. 25; relié en percal. bleue, tr. rouges, 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

(2) Un vol. avec 30 grav. Prix : broché, 2 fr. 25; relié en percal. bleue, tr. rouges, 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

pétuelles, que ces déchirures abruptes dans des terrains décharnés, ces masses de granit et de porphyre alternant avec des collines de sable aveuglant; rien n'est plus dur que ces courses de 20 lieues faites en toute hâte pour gagner l'aiguade où l'on ne pourra étancher sa soif qu'à une eau saumâtre et malsaine. Mais pour l'explorateur qui, au lieu de ne passer qu'une fois, a vécu longtemps dans les solitudes inhabitables, qui les a parcourues, animé de la pensée de vaincre les résistances qu'ils opposent à l'esprit de civilisation, pour celui-là, ces régions si mortes présentent à chaque instant des phénomènes pleins d'attrait, de séduction même, et, à la longue, on se prend, pour le désert, de la passion que le marin ressent pour la mer. »

Telle est la philosophie de ce livre, résumé des impressions rapportées par les explorateurs qui se sont dévoués, comme à une cause sainte, à l'exploration des déserts du globe. Il nous montre que si les déserts sont partout des solitudes désespérantes, et se ressemblent tous par ce point, ils ont chacun une physionomie propre qui n'est point inanimée, car la vie n'en est point absolument bannie. Et l'intérêt qui en ressort se révèle peu à peu à l'esprit, à mesure que l'on suit l'auteur à travers les déserts de la Mongolie, du Turkestan, de la Perse, de l'Arabie et de la Syrie, pour l'Asie; à travers ceux de l'Égypte et du Sahara, pour l'Afrique; enfin, à travers le désert d'Atacama, pour l'Amérique.

ECOLE DE MEDECINE NAVALE

Liste des jeunes gens nommés élèves du service de santé de la marine, après avoir souscrit les engagements prévus à l'article 29 de la loi du 15 juillet 1889 (du 1er au 30 novembre 1889).

Elèves sans inscription ou ayant de 1 à 4 inscriptions de doctorat exclusivement. — MM. Abeille de la Colle, André, Antoine, Baraillaud, Baret, Bartet, Baudry, Blin, Boudou, Camus, Carbonel, Castaing, Castueil, Cordier, Crozet, Delaporte, Daniel, de Lavigne, Dethève, Doré, Erdinger, Frézouls, Gary, Guitard, Hernandez, Houillon, Jacob, Lasnet, Le Roux, Liffran, Lucas, Mariot, Massiou, Mesny, Mille, Pelletier, Pénon, Pierre, Quinson, Roi, Ruelle, Taburet, Viguier et Ziegler.

Elèves possédant de 4 à 8 inscriptions de doctorat exclusivement. — MM. Arnould, Aubert, Audibert (A.), Avérous, Barrau, Bavay, Bernard, Brugère, Brun-Bourguet, Burdin, Caillard, Condé (L.), Damiau, Deprez, Durand, de Schuttelaère, Faucheraud, Gaudemard, Gautier, Géhin, Giraud, Grimaud, Guélou, Hazard, Lairac, Lallemant, Lambert, Laurent, Le Hénaff, Le Fel, Le Floch, Madon, Mercier, Meslet, Mesny, Moran, Morel, Nègre, Noblet, Nogué, Normand, Nouaille, Ozanam, Pellan, Poret, Poumayrac, Prigent, Rapuc, Reboul, Reygondaud, Traonouez et Vial.

Elèves possédant de 8 à 12 inscriptions de doctorat exclusivement. — MM. Allain (J.), Aldebert, Alliot, Audibert (L.), Aubry, Aurégan, Barillet, Bailly, Bonain, Béguin, Boy, Boury, Bouchart, Buisine, Chabanne, Defressines, de Saint-Germain, Dutigny, Emily, Etourneau, Forterre, Fournes, Gérard, Lautour, Lacombe, Le Gendre, L'Helgoualc'h, Lenoir, Le Quément, Letrosne, Longchampt, Maillin, Massolis, Mourron, Pernet, Pervès, Poix, Porre, Pouchon, Pillion, Préboist, Rey, Roger, Rosiers, Roudié, Rigaud, Rigollet, Ruban, Rousseau, Souls, Talayrach, Thiroux, Tréhen et Vizerie.

Elèves possédant de 12 à 16 inscriptions de doctorat inclusivement. — MM. Allain (A.), Aunac, Battarel, Brochet, Castex, Charles, Chevalier, Colin, Condé (G.), Damiens, Denis, Doublet, Doucet, Dhomé, Dubois (P.), Dubois (L.), Dupuy-Fromy, Dupin, Duranton, Ferrandini, Forgeot, Fournier, Fricotel, Garnier, Gléraut, Gombaud, Giraud, Hamon, Hennequin, Henri, Hervé, Huot, Jacquin, Jousseaulme, Lasselves, Lecœur, Léost, Le Gall, Lépinay, Lesueur-Florent, Maisse, Mas, Mazot, Martin, Michel, Millet, Miraude, Monier, Mottin, Morgue, Ollivier, Parin, Patriarche, Prat, Piétra-Santa, Peltier, Renault, Rozier, Réjou, Sarrat, Taddéi, Thirion, Thoulon et Toché.

Elèves en pharmacie. — MM. Carron, Michel et Mureau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort de M. le professeur Damaschino, enlevé avec une rapidité foudroyante par des accidents pulmonaires. Ce n'est pas sous le coup d'un malheur si imprévu, qu'on peut retracer la vie de ce médecin qui, arrivé très jeune aux plus grands honneurs de notre profession, ne comptait que des amis.

Les obsèques de notre ami regretté auront lieu mardi 24 décembre, à midi, à l'église russe de la rue Daru.

— Par décret, en date du 19 décembre 1889, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lecygne, Roéser, Tison, Vissaguet, Labitte, Picard, Baronnet, Neubauer, Broquet, Decourtieux et Ferrand.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Salles, médecin aide-major de deuxième classe.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Laurens, Ecoiffier, Théron, Deydé, Teulat, Thaubet, Puel, Galangau, Calvet, Tournié et Jocaveill.

— Le bureau de la Société de chirurgie, pour l'année 1890, est ainsi composé :

Président, M. Nicaise; vice-président, M. Terrier; secrétaire général, M. Monod; secrétaire annuel, M. Marchand; vice-secrétaire annuel, M. Richelot; archiviste, M. Reclus.

— *Hôpitaux de Montpellier.* — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Cannac, Imbert et Castan. — Internes provisoires : MM. Magnol et Zaleski.

Externes titulaires : MM. Houel, Cavalir, Villard, Cabanon, Bonnemaison, Mante, Ch. Giral, Bosc, Vaton, Wedel. — Externes provisoires : MM. Girard, Tardieu, C. Giral.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Ville, agrégé, est chargé d'un cours de chimie médicale pendant la durée du congé accordé à M. Engel.

M. de Girard, agrégé libre, est rappelé à l'exercice.

M. Moitessier, licencié ès sciences, préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Montpellier, est délégué dans les fonctions de chef des travaux chimiques à ladite Faculté, en remplacement de M. Ville, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Guillemin, agrégé, est nommé professeur de physique (chaire nouvelle).

M. Sabadini, chef de clinique obstétricale, est institué chef de clinique chirurgicale à ladite école, en remplacement de M. Thiébaut, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine d'Angers.* — M. André (Michel-Denis) pharmacien de 1re classe, est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Boutron (Augustin-François-Alexis), licencié ès sciences physiques, pharmacien de 1re classe, est institué suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale.

— Le concours pour trois places de médecin du Bureau de bienfaisance de Lyon vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Albertin, Devic et Porteret.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Nature infectieuse du tétanos; étude historique des recherches expérimentales, par M. Paul-B. BOSSANO (de Marseille). — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE GÉNÉRALE

Nature infectieuse du tétanos; étude historique des recherches expérimentales.

Par M. Paul-B. BOSSANO (de Marseille).

I

PRÉDÉCESSEURS DE NICOLAÏER : TENTATIVES INFRUCTUEUSES DE TRANSMISSION DE L'HOMME AUX ANIMAUX ET D'ANIMAUX A ANIMAUX. — « Une doctrine nouvelle, dit P. Dubois (1), apparaît rarement dans la science sans que les esprits y aient été plus ou moins préparés. Presque toujours celui qui la propose a suivi, sans qu'il s'en soit rendu compte, un certain courant d'idées dans lequel d'autres étaient engagés comme lui. Il en résulte, qu'au moment où cette doctrine se manifeste au grand jour, de nombreux prétendants surgissent, et qu'elle paraît alors, non pas l'œuvre exclusive de celui qui le premier s'en déclare l'auteur, mais celle d'une foule de collaborateurs qui se sont ignorés, peut-être, les uns les autres, et presque toujours chacun revendique la meilleure part dans la découverte. »

Ces paroles peuvent très bien s'adapter à la théorie sur la nature infectieuse du tétanos. Quand cette théorie a-t-elle fait son apparition dans la science? A qui revient l'honneur de l'avoir conçue le premier? Voilà deux questions auxquelles il serait peu aisé de donner une réponse exacte. Si nous parcourons les auteurs qui ont, à diverses époques, essayé de soulever le voile qui enveloppait la pathogénie du tétanos nous trouvons perdues, au milieu d'une masse de théories banales, certaines idées qui prouvent que la théorie infectieuse du tétanos a cours depuis longtemps dans la science.

Sans remonter plus loin dans l'histoire de la médecine, nous voyons, déjà en 1801, Pierre Dufouart (2) émettre l'avis que, si la rage est due à l'action d'un virus, le tétanos pourrait être provoqué d'une façon analogue.

Un demi-siècle plus tard, Simpson est plus explicite.

(1) P. DUBOIS. *Traité complet de l'art des accouchements*, t. I, p. 312.

(2) P. DUFOUART. *Analyse des blessures par armes à feu et de leur traitement*, An X, vendémiaire 1801, p. 145.

Le premier (1), il formule nettement l'hypothèse que le tétanos pourrait être provoqué par un agent infectieux et conseille de rechercher si le sang d'un animal tétanique est capable de produire cette affection chez d'autres animaux. Ces paroles constituent une affirmation nette et catégorique de la théorie infectieuse du tétanos, et bien que la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que c'est à Benjamin Travers fils (2), qu'appartient la paternité de cette théorie, il est facile de se convaincre qu'elle revient tout entière à James Simpson, dont le travail, paru un an avant celui de Benjamin Travers fils, est autrement explicite que celui de ce dernier auteur.

Bétoli (3), en 1859, dit que la cause du tétanos réside dans un ferment animal et que, si le tétanos est une affection relativement rare, on doit attribuer cette rareté à ce que ce ferment trouve difficilement un terrain propice à son développement. Cet auteur ajoute qu'il faut rechercher les moyens de détruire ces ferments dans le sang.

En 1870, Arloing et Tripier (4) essayèrent de transmettre le tétanos à des lapins et à des chiens en les inoculant avec du pus et du sang provenant de sujets morts tétaniques. Les résultats de ces expériences furent négatifs. Arloing et Tripier en conclurent qu'il ne s'agissait pas, dans l'affection en question, d'un processus infectieux.

Dans un travail consacré au tétanos des nouveau-nés And. von Huttenbrenner (5) distingue deux formes différentes de tétanos : le tétanos avec température élevée, qui serait produit par un poison pénétrant dans le sang; et le tétanos apyrétique, dont il faudrait rechercher la cause dans une excitation périphérique.

Quelques années plus tard, M. Nocard (6), pensant que l'on pourrait trouver les germes du tétanos dans le système

(1) J. SIMPSON. *Edinburgh's Monthly Journal of Medical Science*, fév. 1854, et in *Clinique obstétricale et gynécologique*, ouvrage traduit par M. le docteur Chantreuil, p. 545, Paris 1874.

(2) B. TRAVERS fils. In *Lancet*, 15 décembre 1855, p. 579.

(3) BETOLI. Tetano transmissibile dall' animale all' uomo di campinas nel Brasile, in *Annal. univ. di med.*, sér. IV, vol. XXXI, t. CLXVII, p. 96, Milan 1859.

(4) ARLOING et TRIPIER. Expériences relatives à la pathogénie du tétanos, in *Comptes rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie*, t. I, 5e série, vol. XXI de la collection, et Recherches sur la pathogénie et le traitement du tétanos, *Archives de physiologie*, 3e année, p. 235.

(5) AND. VON HUTTENBRENNER (Vienne). Trismus des nouveau-nés, in *Jahrb fur Kinderheilkunde*, VII, Jahrg., 1 Heft., 15 décembre 1873, III, p. 30, et in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 2e série, t. XI, p. 358, 1874.

(6) NOCARD. *Archives vétérinaires*, 1882, p. 881.

nerveux, essaya de provoquer cette affection chez des animaux en les inoculant, tantôt avec du liquide céphalo-rachidien, tantôt avec une émulsion du bulbe rachidien, pris chez des animaux morts tétaniques. Ces expériences ne donnèrent pas de résultats positifs.

En même temps que M. Nocard publiait les résultats de ses expériences, Brower (1) et Curtis (2) annonçaient qu'ils avaient constaté la présence de bactéries spéciales, de forme sphérique, dans le sang de plusieurs individus atteints de tétanos.

La théorie de l'origine infectieuse du tétanos n'était basée jusqu'à présent, comme on le voit, que sur de simples présomptions. Les quelques tentatives faites pour transmettre cette affection de l'homme aux animaux, ou d'animal à animal, avaient toujours échoué et rien ne plaidait encore en faveur de cette théorie lorsque parut en 1884 un travail de Carle et Rattone (3). Ces auteurs avaient institué des expériences avec le contenu d'un bouton d'acné, point de départ d'un tétanos mortel. Vingt et un lapins furent inoculés au moyen d'injections pratiquées dans la gaine du sciatique. Onze de ces animaux moururent tétaniques. Il était donc prouvé, que certains tissus, pris chez l'homme tétanique et inoculés à des animaux, engendraient le tétanos.

II

Nicolaïer. Présence du bacille tétanique dans le sol. Confirmations de ses recherches. — Vers la fin de la même année, Nicolaïer (4) démontrait que certaines espèces de terres étaient douées de propriétés tétanigènes considérables, et, qu'en les inoculant à des cobayes ou à des lapins, dans de petites poches pratiquées sous la peau, elles déterminaient des phénomènes tétaniques très violents. Chez les animaux ainsi inoculés, on voyait apparaître, tout d'abord, des contractures limitées au membre au niveau duquel avait été faite l'inoculation; elles s'étendaient ensuite aux autres membres et, au bout de trois ou quatre jours, les animaux mouraient après avoir présenté tous les symptômes classiques du tétanos. A l'autopsie il ne trouva aucune lésion dans les organes. La poche d'inoculation contenait quelques gouttes de pus dans lequel il trouva des bacilles minces et sveltes, plus longs et un peu moins épais que les bacilles de la septicémie décrits par Koch. Il rencontra encore ce même bacille dans les parois de la poche d'inoculation, mais jamais il ne put le trouver dans aucune autre partie de l'organisme. Nicolaïer conclut, de ces expériences, que le tétanos expérimental était provoqué par un micro-organisme du sol. Pour confirmer cette opinion il chauffa pendant une heure, à 190 degrés, les terres infectieuses employées dans ses expériences; les terres furent alors inoculées à divers animaux qui n'en éprouvèrent aucun malaise.

(1) Brower. Traumatic tetanus, in *Chicago Med. Journ. Examiner*, 1882, vol. XLV, p. 449.

(2) Curtis. Micro. org. found in the blood in a case of tetanus, in *Ibid.*, p. 462.

(3) Carle e Rattone. Studio esperimentale sull' eziologia del tetano, *Giornale della Academia di med. di Torino*, 1884, n° 3; et in Beumer. Zur Ætiologie des trismus sive Tetanus neonatorum. *Zeistchr. f. Hygiene*, 1888, p. 244.

(4) Nicolaïer. Ueber infectiosen Tetanus. Aus dem hygienischen Institut der Universitat Gottingen, in *Deutsch. Med. Wochens.*, 1884, n° 52; et in Beumer. Zur Ætiologie des trismus sive Tetanus neonatorum, *Zeitschr. f. Hygiene*, 1888. p. 244 et suiv.

Des tubes de sérum de sang coagulé, ensemencés avec le pus des animaux morts tétaniques, montraient, après plusieurs jours de séjour à l'étuve à 35 degrés, de nombreux bacilles en tout semblables à ceux trouvés dans le pus. Les bacilles étaient surtout abondants dans les quelques gouttes de liquide qui se trouvaient au fond du tube. Inoculées à divers animaux, ces cultures donnèrent le tétanos et il en fut de même en employant des cultures secondaires, tertiaires, etc.

En 1885, M. Polaillon (1) essaya de provoquer le tétanos chez des lapins en leur inoculant une petite quantité de substance nerveuse (nerf médian et bulbe) prise chez un homme tétanique. Ces inoculations ne lui donnèrent aucun résultat.

Les expériences de Nicolaïer furent confirmées l'année suivante par Rosenbach (2). Cet auteur ayant inoculé, à un certain nombre d'animaux, de petits fragments de tissus pris sur la jambe d'un individu atteint de gangrène des deux pieds et mort tétanique, réussit à communiquer le tétanos à ces animaux. Il obtint également des résultats positifs en transportant sur d'autres lapins le pus trouvé dans la poche d'inoculation des animaux morts tétaniques. De l'ensemble de ces expériences Rosenbach conclut que le tétanos expérimental et le tétanos humain étaient des maladies identiques et qu'elles étaient provoquées par le bacille de Nicolaïer. Il essaya d'isoler ce bacille mais ne put jamais obtenir que des cultures doubles contenant, outre le bacille de Nicolaïer, un autre bacille très connu, qui a la propriété de putréfier le sérum. Ce sérum pourri paraît être un excellent milieu de culture pour le bacille de Nicolaïer.

L'absence constante de ce bacille dans les organes des animaux morts tétaniques amena Rosenbach à admettre qu'il devait se localiser dans les plaies et y sécréter une substance chimique spéciale, une ptomaïne, dont la résorption engendrait le tétanos. Rosenbach fait en outre observer que, dans les cultures doubles dont il a parlé plus haut, on peut reconnaître le bacille de Nicolaïer à ce qu'il développe très tardivement ses spores, auquel moment l'autre bacille a presque complètement disparu. Les inoculations faites avant la formation des spores ne donnent aucun résultat, tandis que les cultures employées après la formation des spores se montrent très virulentes.

Au même Congrès de la Société allemande de chirurgie, Socin (3) dit que pendant qu'il observait un homme atteint de tétanos, il fit des inoculations avec de la terre végétale. La ressemblance des symptômes tétaniques dans les deux cas est telle, dit Socin, qu'il est impossible de nier que ces deux maladies ne soient identiques.

A peu près à la même époque, MM. Kirmisson (4) et Jeannel (5) publiaient les résultats négatifs que leur avaient

(1) Polaillon. In *Bulletins* et *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. XI, p. 715, 1885.

(2) Rosenbach. Zur Ætiologie des. Wundstarrkrampfes beim Menschen, *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie*, 1886; et in Beumer. Loc. cit., p. 245, et XVe Congrès de la Société allemande de chirurgie, tenu à Berlin du 7 au 10 avril 1886, in *Semaine médicale*, 1886, p. 145 et 146.

(3) Socin (de Bâle). XVe Congrès de la Société allemande de chirurgie, Berlin, 7-10 avril 1886, et *Semaine médicale*, 1886, p. 146.

(4) Kirmisson. *Bulletins* et *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. XII, 1886, p. 859.

(5) Jeannel (de Toulouse). In *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, t. XXII, 2e série, 1886, p. 799.

fournis plusieurs expériences faites avec divers tissus (sang, pulpe splénique, protubérance, moelle et détritus putrilagineux de la plaie) provenant de sujets morts tétaniques.

Peu de temps après que ces travaux avaient paru, M. Verneuil (1), s'occupant à son tour de l'étiologie du tétanos, se rallie entièrement à la théorie de l'origine infectieuse de cette maladie. Les nombreux travaux qui ont paru dernièrement sur cette question lui ont, dit-il, suggéré l'idée que l'on pourrait, peut-être, trouver dans le cheval la cause première du tétanos et il formule, le premier, l'hypothèse de l'origine équine de cette affection.

D'après M. Verneuil les germes tétaniques que l'on trouve dans le sol y seraient apportés par les déjections des chevaux. Le tétanos affecterait d'après lui une prédilection marquée pour le cheval et c'est de lui que, dans la plupart des cas, l'homme et les animaux recevraient les germes de cette affection.

Au commencement de 1887, Ferrari (2) ayant fait des ensemencements en gélatine et en agar, avec le sang d'une malade, morte de tétanos à la suite d'une ovariotomie, trouva, au bout de quelques jours, dans ces cultures, de nombreux micro-organismes sphériques et des bacilles. Ces cultures, inoculées à des lapins, leur donnèrent le tétanos. Les cultures successives ne contenaient plus que des staphylococci. Ces résultats amenèrent Ferrari à admettre que le tétanos est dû à l'action du micro-organisme trouvé dans ses cultures.

Briéger (3), voulant vérifier l'exactitude de l'opinion émise par Rosenbach sur la propriété qu'aurait le bacille de Nicolaïer de sécréter une substance spéciale, dont la résorption serait la cause immédiate du tétanos, fit de nombreuses expériences pour isoler cette substance. Dans ce but, il ensemença une grande quantité de viande hachée avec des cultures impures faites avec le pus d'un animal tétanique et parvint ainsi à isoler une base ayant pour formule $C^{13}H^{30}Az^2O^4$, à laquelle il donna le nom de tétanine. Les animaux (lapins ou cobayes), inoculés avec une quantité assez forte de cette substance, meurent rapidement tétaniques; si la dose employée est très petite, on constate les mêmes symptômes tétaniques, mais ceux-ci sont considérablement atténués et les animaux guérissent presque toujours.

Outre la tétanine, Briéger retira de ces cultures une seconde toxine : la tétanotoxine représentée par la formule $C^5H^{11}Az$. Ses effets sont sensiblement les mêmes que ceux de la tétanine.

Enfin, quatre autres substances furent retirées de ces cultures : la cadavérine et la putrescine, en trop petite quantité pour être étudiées ; la spasmotoxine, qui provoque surtout des convulsions cloniques et toniques, et une quatrième qui a la propriété de déterminer une sécrétion salivaire et lacrymale très abondante.

(1) Verneuil. Clinique chirurgicale, in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, t. XXIII, 2e série, 1886, p. 597.

(2) Ferrari (de Parme). IVe réunion de la Société italienne de chirurgie, tenue à Gênes du 4 au 7 avril 1887, in *Semaine médicale*, p. 142, et *Revue de chirurgie*, t. VII, 1887, p. 590.

(3) Brieger. *Untersuchungen über Ptomaine*, 3 theil, Berlin 1886; — Zur Kenntniss der Ætiologie des Wundstarrkrampfes, *Vortrag. aus. dem. Verein fur innere Medicin*, Sitzung vom. 28 mars 1887; — *Berlin. Klin. Wochens.*, 1887, nº 17; — Zur Kennetnis der Ætiologie des Wundstarrkrampfes, *Deutsch. Med. Wochens.*, 1887, nº 15; et in Beumer. Loc. cit., p. 247, et in *Semaine médicale*, 1887, p. 447.

En opérant sur de la viande, Briéger a obtenu surtout de la tétanine et de la tétanotoxine; la spasmotoxine, au contraire, prédomine dans les cultures faites avec du lait. Une température de 37°5 est indispensable au développement de ces ptomaïnes; au-dessus de cette température elles diminuent et sont remplacées en partie par de l'ammoniaque. Un fort dégagement d'acide hydrothionique se fait dans ces cultures pendant que se forment ces ptomaïnes.

Au mois de mai de la même année Hochsinger (1) fait paraître un nouveau travail sur l'étiologie du tétanos. Cet auteur ayant obtenu des résultats positifs en inoculant divers animaux avec une quantité assez considérable de sang, pris chez un sujet tétanique, rapporte que Flügge (2) aurait démontré que les inoculations faites avec des tissus de tétanique ne donnent des résultats positifs qu'à la condition qu'elles soient faites avec des quantités assez fortes de ces tissus.

Les expériences de Nicolaïer et Rosenbach furent de nouveau confirmées par Bonome (3), dont le travail fut publié peu de temps après celui de Hochsinger. Ce savant parvint à provoquer le tétanos chez des animaux inoculés avec des fragments de tissus pris dans la plaie de plusieurs tétaniques qu'il avait observés, lors du tremblement de terre de Bajardo. Il réussit également à donner le tétanos à des animaux en leur inoculant de la poussière provenant des édifices écroulés à Bajardo.

Dans un remarquable mémoire paru au mois de juillet 1887, Beumer (4) s'attache à démontrer que le tétanos humain et le tétanos expérimental sont des maladies absolument identiques. Beumer explique la fréquence relative du tétanos des nouveau-nés dans certains pays, par les pansements malpropres que l'on applique sur la plaie ombilicale et cite plusieurs observations à l'appui de cette opinion. Beumer termine son travail en insinuant que l'état granuleux d'une plaie pourrait bien être un obstacle à la résorption des germes tétaniques, ce qui expliquerait la rareté relative des cas de tétanos comparée au nombre considérable de terres, dans lesquelles on rencontre les germes de cette affection, et cite, à ce sujet, les expériences de MM. Jeannel et Laulanié (5), sur le rôle respectif des ptomaïnes et des microbes dans la pathogénie de la septicémie. Les auteurs ont tiré de ces expériences les conclusions suivantes :

1° Lorsqu'un virus est déposé sur une membrane granuleuse intacte, cette membrane absorbe les ptomaïnes seules.

2° Si le virus est déposé sur une plaie fraîche, les ptomaïnes et les bacilles sont absorbés.

3° Lorsque la plaie granuleuse est éraillée, elle absorbe les ptomaïnes et les bacilles, mais elle paraît opposer une certaine résistance à l'infection, celle-ci se faisant plus lentement que lorsque le même virus est déposé sur une plaie fraîche.

(1) Hochsinger. Zur Ætiologie des Menchslichen Wundslarrkrampfes, *Centralbl. f. Bakteriologie und Parasitenkunde*, 1887, Bd. II, nos 6 u. 7; et in Colin. *De la nature infectieuse du tétanos*, Thèse de Paris, 188, p. 41.

(2) Flugge. *Die mikroorganismen, etc.*, Leipzig 1886, p. 276.

(3) Bonome. Ueber des Ætiologie der Tetanus. Aus dem. pathologisch-anatomischen institut zur Turin, *La Riforma medica*, 1886, nº 293; — *Deutsch. Med. Wochens.*, 1887, nº 15.

(4) Beumer. Loc. cit.

(5) Jeannel et Laulanié (de Toulouse). Recherches sur le rôle respectif des ptomaïnes et des bacilles dans la pathogénie de la septicémie, in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1885, nº 30, p. 630, et nº 40, p. 643.

Beumer entreprit, enfin, une série d'expériences, pour déterminer la nature des terres dans lesquelles on trouve les germes tétaniques, et démontra que les terres les plus tétanigènes sont celles qui ont été depuis quelque temps en contact avec des matières organiques, en voie de putréfaction. Les terres, prises à une petite profondeur au-dessous du niveau du sol, sont incapables de produire le tétanos.

Ohlmuller et Goldschmidt (1) prétendent avoir réussi à obtenir une culture pure du bacille de Nicolaïer, mais cette culture ne put pas être transplantée. Ces auteurs sont d'avis que ces bacilles se trouvent dans le sang à l'état de spores.

Dans le courant de la même année, M. Nocard (2) reprend ses expériences et parvient à rendre des animaux tétaniques en les inoculant avec le produit du raclage de plusieurs casseaux ayant servi à la castration de chevaux morts du tétanos. En inoculant à d'autres animaux de la substance prise dans la poche d'inoculation de ces derniers, M. Nocard obtint encore des résultats positifs. Toutes les tentatives d'inoculations, faites avec des tissus autres que ceux pris dans la poche d'inoculation, restèrent sans résultat, sauf dans un cas où un lapin, inoculé avec un fragment de la moelle lombaire d'un autre lapin mort tétanique, contracta le tétanos.

M. Nocard admet pleinement la théorie de Rosenbach sur la propriété, qu'aurait le bacille de Nicolaïer, d'agir au moyen des ptomaïnes qu'il sécrète au point d'inoculation et cite des cas où des animaux, devenus tétaniques à la suite d'une amputation de la queue, ont guéri après une seconde amputation, pratiquée à une certaine distance au-dessus de la première.

Vers la fin de 1887, parut un travail des plus intéressants, de Ed. O. Shakespeare (3), démontrant que le virus tétanique se trouve aussi bien au point d'inoculation que dans le sang et dans le système nerveux cérébro-spinal. Ce virus est doué d'une plus grande activité, quand on l'introduit sous la dure-mère, que lorsqu'il pénètre dans l'organisme par la voie hypodermique. Il s'exalte par le passage de lapin à lapin et s'atténue dans les moelles desséchées des animaux morts tétaniques.

Des expériences faites, à peu près à la même époque, par MM. Lannegrace et Forgue (4), avec le bulbe d'un homme tétanique, donnèrent des résultats absolument négatifs.

Enfin, les travaux de Giordano (5), Peiper (6) et Reuter (7), parus à la fin de 1887, démontrent de nouveau que les animaux, inoculés avec des tissus pris dans la plaie de sujets tétaniques, contractent facilement le tétanos.

En 1888, Lampiasi annonce qu'il a trouvé, dans un cas de tétanos spontané, un bacille spécial différent de celui de Nicolaïer. Ce bacille prend, dans les cultures, des formes différentes suivant l'époque de son développement à laquelle on l'observe. Lorsqu'il est complètement développé, il se présente sous la forme d'un bâtonnet long de 2 à 4 μ et large de 1 μ et possède des mouvements caractéristiques. Ses spores sont grosses et elliptiques. Il forme des colonies blanchâtres ayant l'aspect d'une tache de cire. Les cultures faites avec ce bacille, qui se trouve aussi bien dans la plaie des sujets tétaniques que dans leur sang, produisent, chez les animaux, un tétanos rapidement mortel.

Lampiasi (1) conclut, de ces expériences, que le tétanos est dû à l'action de ce bacille et, qu'au point de vue étiologique, on ne saurait établir aucune différence entre le tétanos traumatique et le tétanos spontané.

Peu de temps après, Belfanti et Pescarollo (2) annonçaient, à l'Académie de médecine de Turin, qu'ils avaient réussi à cultiver un micro-organisme spécial, produisant, chez les animaux auxquels on l'inoculait, des phénomènes paralytiques plus ou moins étendus et parfois des convulsions, quelques instants avant la mort. Ce micro-organisme est un petit bâtonnet, plus long que large, ressemblant au bacille du choléra des poules. Il est un peu arrondi à l'une de ses extrémités et très mobile, même à la température de 23 degrés. Ce bacille ne communique pas de mauvaise odeur aux cultures et son action est la même, lorsqu'il pénètre dans l'organisme par inoculation sous-cutanée, que lorsqu'il y arrive par la voie stomacale. Dans le pus trouvé dans la poche d'inoculation des animaux morts, après avoir été inoculés avec ce bacille, on rencontrait, à côté de ces derniers, d'autres bacilles ressemblant à celui de Nicolaïer. Ces auteurs paraissent admettre que leur bacille n'est autre que celui de Nicolaïer, dont la morphologie varierait suivant le milieu dans lequel on l'observe. Ils admettent, également, que les résultats positifs, obtenus par divers expérimentateurs, en inoculant des tissus pris chez des tétaniques, ailleurs que dans la plaie ou dans la poche d'inoculation, sont dus à l'action de leur bacille. Ils sont, en effet, d'avis que ce n'est que dans les plaies ou au point d'inoculation que le bacille de Nicolaïer se présente sous la forme d'une baguette de tambour; dans les autres points de l'organisme, il revêt la forme qu'ils ont décrite.

Quelques mois plus tard, notre maître, M. le professeur Rietsch (3), adressait, à l'Académie des sciences, un mémoire dans lequel il démontrait que le tétanos expérimental et le tétanos des Équidés sont des affections absolument identiques. En prenant pour point de départ de la poussière de foin, M. Rietsch parvint à donner à un âne le tétanos typique des Équidés. Cet âne servit à faire les expériences suivantes :

1° Deux lapins inoculés : (*a*) avec 5 centimètres cubes de sang et (*b*) avec le nerf sciatique, sont restés bien portants;

2° Deux lapins inoculés : (*a*) avec le foie, (*b*) avec le cerveau, sont morts de septicémie le onzième jour sans symptômes tétaniques.

3° Quatre lapins, inoculés avec le pus et avec le tissu bordant l'abcès qui s'était formé chez l'âne au point d'ino-

(1) Ohlmuller und Goldschmidt. Ueber einen Bacterienbefund bei menslichen Tetanus, *Centralbl. f. Klin. Med.*, 1887, n° 31.

(2) Nocard. Sur la pathogénie du tétanos, in *Recueil de médecine vétérinaire*, t. IV, p. 617, 1887.

(3) Ed. O. Shakespeare (de Philadelphie). IXe Congrès international de médecine, tenu à Washington, section de pathologie, 6 sept. 1887, in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 2e série, t. XXIV, 1887; et in Colin. Loc. cit., p. 50 et suiv.

(4) Lannegrace et Forgue, in Millet. *Nature du tétanos*, Thèse de doctorat, Montpellier 1887, p. 48 et 49; et Colin. Loc. cit., p. 68.

(5) Giordano, in Nocard. *Recueil de médecine vétérinaire*, t. IV, 1887, p. 619.

(6) Peiper. Zur ætiol. des Trismus's Tetanos Neonatorum, *Centralbl. f. Klin. Med.*, 1887, p. 777.

(7) Reuter, in Ohlmuller et Goldschmidt. *Centralbl. f. Klin. Med.*, 30 juillet 1887, p. 570.

(1) Lampiasi (de Trapani). Congrès de chirurgie de Naples, in *Bulletin médical*, 1888, p. 440; et in Colin. Loc. cit., p. 74.

(2) Belfanti et Pescarollo. In *Centralbl. f. Bacter.*, etc., vol. IV, n° 17, 1888.

(3) Rietsch. Sur le tétanos expérimental, in *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 6 août 1888.

culation, sont pris de tétanos après trente-six heures; les deux premiers meurent le cinquième jour, les deux autres le sixième et le septième jour.

« Le tétanos expérimental, dit en terminant M. le professeur Rietsch, ne semble donc différer en rien du tétanos contracté spontanément. Ce qui précède confirme encore l'opinion émise par divers auteurs sur l'identité entre le tétanos en général et le tétanos expérimental et montre, une fois de plus, combien le virus tétanique est répandu dans la terre et les poussières. »

A la séance de la Société de thérapeutique du 28 novembre 1888, M. Guelpa (1) lut un travail dont il tira les conclusions suivantes : « Le tétanos est une maladie infectieuse d'origine bactérienne; quoique le cheval soit, plus qu'un autre animal, peut-être, exposé à contracter cette maladie, l'opinion de M. Verneuil, qui admet que le tétanos est d'origine équine, ne semble pas démontrée; le tétanos, ainsi que le prouvent toutes les expériences récentes, est d'origine tellurique. » Il est probable que les symptômes du tétanos ne sont que des effets toxiques déterminés par des ptomaïnes sécrétées par des microbes. La pullulation et le développement de ceux-ci sont limités, au début du moins de la maladie, au siège même de la blessure qui a été le point de départ des accidents.

Au mois de décembre de la même année nous adressions à l'Académie des sciences (2) une note dans laquelle nous démontrions de nouveau la puissance tétanigène de terres souillées par des matières organiques putréfiées. Nous constations, en outre, qu'en inoculant un cobaye avec une terre infectieuse et en transportant successivement d'un animal à un autre le pus trouvé dans la poche d'inoculation, la puissance tétanigène de ce pus diminuait à mesure que l'on s'éloignait du premier animal inoculé. Le cinquième cobaye de passage résiste à l'inoculation faite avec le pus de l'animal précédent, mais contracte le tétanos si on l'inocule de nouveau avec la terre primitivement employée. La durée de la maladie dans ce cas, est un peu plus longue que lorsqu'on inocule, avec la même terre, un animal neuf.

Dans un mémoire consacré au tétanos des nouveau-nés, M. le docteur Labonne (3) dit qu'en Islande, aux Fœroer et aux Hébrides, pays dans lesquels le tétanos des nouveau-nés est très fréquent, on prétend que l'usage de la graisse des oiseaux de mer comme nourriture a une grand influence sur le développement de cette maladie. M. Labonne ne serait pas éloigné de croire que les oiseaux peuvent communiquer, à l'enfant, une bactérie spéciale, liée à l'apparition du tétanos, et ajoute, qu'une enquête, à laquelle il s'est livré pendant son séjour en Islande lui a permis de constater que, certains points de l'île, d'où les oiseaux de mer sont exclus, comme nourriture, ne sont jamais visités par le tétanos.

Le 12 février dernier, la question fut portée devant l'Académie de médecine, où elle donna lieu à une vive discussion, qui ne fut close que dans la séance du 7 mai suivant.

(1) Guelpa. Société de thérapeutique, séance du 28 novembre 1888, in *Semaine médicale*, 5 décembre 1888.

(2) Bossano (de Marseille). Atténuation du virus tétanique par le passage de cobaye à cobaye, in *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 31 décembre 1888, et in *Revue de médecine*, février 1889.

(3) H. Labonne. Du tétanos des nouveau-nés, notes de voyage dans le Nord, in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1889, p. 26.

M. Nocard (1) ouvre le feu, en se déclarant nettement partisan de la théorie infectieuse, et dit que ses expériences ne lui ont donné de résultats positifs, que lorsqu'il s'est servi de tissus pris dans le voisinage de la plaie, d'où procédait la maladie. Sur plus de deux cents inoculations de substance nerveuse qu'il a pratiquées, une seule fois il eut des résultats positifs. M. Nocard croit que l'agent tétanique reste cantonné dans la plaie, où il sécrète des ptomaïnes qui sont la cause immédiate du tétanos.

M. Leblanc (2), tout en admettant les idées émises par M. Nocard, croit que les germes tétaniques n'agissent que sur le sujet prédisposé.

M. Trasbot (3) dit que la théorie infectieuse du tétanos ne saurait être réfutée, et ajoute que tous les faits négatifs que l'on pourrait réunir n'infirment en rien cette théorie.

M. Verneuil (4) aborde ensuite la discussion et, après avoir répondu en quelques mots à MM. Trasbot, Leblanc et Nocard, expose, en détail, les résultats de ses recherches, qui sont basées sur un nombre considérable d'observations et dont il tire les conclusions suivantes :

1° Le tétanos, transmissible entre animaux de même espèce ou d'espèces différentes, l'est également de l'homme à l'homme, de l'homme à l'animal et, réciproquement, de l'animal à l'homme.

2° Il est vraisemblable que plusieurs animaux domestiques sont capables d'infecter l'homme, mais la démonstration n'est encore faite que pour les solipèdes.

3° La contagion s'effectue du cheval tétanique à l'homme blessé, directement ou indirectement; le second procédé est de beaucoup le plus commun.

4° Les agents intermédiaires entre l'animal premièrement atteint et l'homme, infecté plus ou moins longtemps après, sont extrêmement variés, et parfois assez multiples, pour qu'il soit malaisé de suivre la marche du microbe tétanique ou de ses germes.

5° Deviendra agent tétanifère possible, tout objet qui, mis en contact avec un cheval tétanique, en recevra le dépôt, lui donnera asile, au moins temporaire, et ne le détruira pas.

6° Tout objet mis, à son tour, en contact avec un agent tétanifère, pourra devenir tétanifère à son tour, de sorte que le cercle d'infection pourra sans cesse s'agrandir.

7° Dans ce cercle, on trouvera des corps inanimés et des êtres vivants, ayant été, les uns et les autres, en rapport avec le cheval tétanique ou les objets souillés par lui. Les premiers, naturellement, n'auront point à souffrir du périlleux dépôt. Il pourra en être de même pour les seconds, c'est-à-dire pour les hommes et les chevaux simplement tétanifères, mais avec la menace constante de devenir tétaniques par suite d'auto-inoculation traumatique, si une plaie, porte d'entrée, est ouverte au virus.

8° L'homme blessé peut donc recevoir le tétanos de la plupart des objets ambiants, mis en contact avec sa blessure; mais l'observation et les recherches expérimentales démontrent que les contacts les plus dangereux sont ceux du cheval et de tout ce qui en dépend et lui appartient;

(1) Nocard. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 3e série, t. XXI, p. 207 et suiv.

(2) Leblanc. *Idem*, p. 212 et suiv.

(3) Trasbot. *Idem*, p. 250 et suiv.

(4) Verneuil. *Idem*, p. 256 et suiv.

puis de la terre cultivée et de quelques-uns de ses produits ; d'où, en ce qui concerne les provenances du tétanos humain, la querelle entre les « équinistes » et les « telluristes ».

9° L'accord serait facile si l'on voulait, en acceptant les deux provenances, subordonner l'une à l'autre et reconnaître que, si la terre possède une virulence tétanique indéniable, elle le doit à sa souillure par le cheval tétanique.

10° Pour soutenir que, dans la double virulence du cheval et de la terre, la priorité appartient à l'animal, on peut, outre la comparaison avec d'autres maladies infectieuses, le charbon, par exemple, invoquer trois arguments principaux :

A. Le relevé des professions démontrant, pour le tétanos comme pour la morve, que ceux-là surtout sont exposés qui sont en contact avec le cheval ;

B. L'enquête sur la nature des agents vulnérants et sur les circonstances précédant, accompagnant ou suivant les blessures, d'où résulte que celles-ci sont, dans un grand nombre de cas, souillées par le cheval ou la terre fumée ;

C. La distribution topographique des tétanos équin et humain, qui montre les rapports numériques intimes existant entre les deux : le premier, au moins dans nos climats, étant toujours plus fréquent que le second, en un lieu donné ; le second, comme le fait a déjà été constaté pour la morve, diminuant et tendant à disparaître là où le premier diminue et disparaît lui-même. D'où résulterait que la vraie prophylaxie du tétanos humain serait entre les mains des vétérinaires.

11° Si, sur cent cas de tétanos humain, récemment et convenablement observés, on recherche la provenance d'après les données établies plus haut, on constate que les faits, conformes à la théorie équine, constituent la très grande majorité, et que les faits négatifs sont trop peu nombreux pour ébranler sérieusement la doctrine.

M. Leblanc (1) n'admet pas l'opinion de M. Verneuil, sur la propriété qu'aurait un animal de communiquer, à d'autres animaux ou à l'homme, une maladie dont il n'est pas atteint lui-même, aucune preuve, tirée de l'expérimentation ou de la pratique, ne plaidant en faveur de cette opinion. La fréquence du tétanos, constaté à la suite de morsures de cheval, tiendrait, d'après lui, à la nature de la blessure ; les équidés qui mordent écrasant la partie saisie et produisant un traumatisme, analogue à celui qui survient à la suite d'un écrasement des membres produit par les roues d'une voiture.

« Je dois aussi, dit M. Leblanc, répondre à M. Verneuil, sur ce que j'entends par prédisposition. Pour lui, il n'y a qu'une seule cause prédisposante : c'est le commerce avec les chevaux ou avec d'autres animaux ; pour moi, la prédisposition à contracter le tétanos résulte des mauvaises conditions hygiéniques ou climatériques dans lesquelles se trouvent les animaux ayant des blessures apparentes ou supposés en avoir, quoiqu'il ne reste aucune cicatrice visible ; des écuries mal closes, le temps froid et humide, le vent d'Est ou de Nord-Est soufflant en bourrasque, la pluie ou la neige fondue, peuvent avoir une influence néfaste sur les animaux blessés, opérés ou simplement fatigués et couverts de sueur. »

(1) Leblanc. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1888. 3e série, t. XXI, p. 600 et suiv.

M. Nocard (1) déclare, à son tour, que les faits rapportés par M. Verneuil ne l'ont pas converti à la théorie équine. D'après lui, le seul fait bien établi est l'action tétanigène de la terre cultivée, mais il est impossible de dire comment la terre acquiert cette propriété. M. Nocard ajoute que l'on pourrait, à la rigueur, assimiler le bacille du tétanos au vibrion septique qui, étant extrêmement répandu dans la nature, est ingéré par les animaux avec les aliments et passe ensuite dans les excréments. Mais, avant de le faire, il faudrait démontrer que le bacille du tétanos existe dans les intestins des animaux et qu'il passe dans les excréments en conservant toutes ses propriétés toxiques. Jusqu'à ce que cette démonstration soit faite, ajoute M. Nocard, la théorie de M. Verneuil demeurera une pure hypothèse.

M. Trasbot (2) réfute également la théorie de M. Verneuil et démontre que le tétanos n'est pas plus une affection propre aux équidés que la rage ne l'est au chien ou le charbon au bœuf, et que, si ces animaux contractent ces diverses maladies plus facilement que d'autres, cela tient surtout aux conditions dans lesquelles il vivent. M. Trasbot explique la fréquence du tétanos chez le cheval, par son mode d'utilisation qui l'expose à des refroidissements, par les nombreuses blessures auxquelles il est exposé et par les opérations en si grand nombre qu'on exécute sur lui. M. Trasbot résume ensuite les expériences qu'il a faites en collaboration avec M. Leclainche, et en tire les conclusions suivantes :

1° Le tissu d'une plaie cicatrisée peut contenir les germes du tétanos ;

2° Ce germe s'épuise par des passages successifs sur des lapins ;

3° L'inoculation du tétanos est plus difficile à réaliser sur le cheval que sur le lapin, ce qui est loin de montrer une prédisposition spéciale chez le premier.

4° Un organisme qui reçoit facilement le germe tétanique ne représente pas un milieu de culture où il se conserve indéfiniment.

Et il ajoute : « Si, après s'être assuré que l'activité de l'agent tétanigène s'éteint par son passage dans certains organismes, on constatait qu'elle se conserve, au contraire, dans celui du cheval et s'y propage indéfiniment, comme cela arrive pour la morve, on serait en droit de penser que le cheval représente plus particulièrement son terrain de pullulation. Mais, jusqu'à présent, rien de semblable n'a été constaté. Aussi, sans rien préjuger sur cette question, je ne vois, ni dans les faits d'observation clinique, ni dans ceux qui ont été acquis par l'expérimentation, une raison valable de considérer le tétanos comme étant d'origine équine. »

M. Laborde (3) regrette que les orateurs qui l'ont précédé n'aient pas songé à établir une distinction préalable, qu'il considère comme capitale dans la question de la pathogénie du tétanos : cette distinction procède du syndrome constitutif de la maladie. En effet, l'élément fondamental du syndrome, dont il s'agit, est le phénomène convulsif à caractère tonique ou tétanique. Ce phénomène, dit M. Laborde, peut être provoqué par une excitation purement *mécanique*, aussi bien que par une cause *chimique*, et le tétanos microbien doit être rattaché à ce dernier type. Ce que je tiens à démontrer,

(1) Nocard. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 3e série, t. XXI, p. 617.
(2) Trasbot. *Idem*, p. 636.
(3) Laborde. *Bull. de l'Académie de médecine*, 3e série, t. XXI, p. 648 et suiv.

ajoute-t-il, c'est que la détermination du tétanos peut être subordonnée à deux ordres de conditions étiologiques et pathogéniques :

1° Conditions mécaniques ou physiques, auxquelles ressortissent probablement les cas de traumatisme accidentel, tels que ceux que M. Trasbot a cités, d'un clou implanté dans le pied du cheval et provoquant le tétanos par voie réflexe ;

2° Conditions d'ordre chimique ou toxique, dans lesquelles rentreraient les cas de tétanos par intoxication microbienne, soit que le poison agisse localement à la porte d'entrée, comme dans les faits signalés par M. Nocard, et conséquemment par le mécanisme réflexe, soit qu'il se répande, par voie d'absorption, dans l'organisme et qu'il exerce directement son action sur les centres nerveux.

Il résulte de ce qui précède, que l'origine microbienne ne saurait être seule invoquée, en admettant même que son intervention et son rôle soient définitivement démontrés.

M. Lagneau (2) dit que, depuis que la question de l'étiologie équine a été soulevée, il reçoit de la Préfecture les bulletins nécrologiques relatifs à cette affection. Pendant les neuf années 1880-1888, la statistique municipale a enregistré 314 décès par tétanos, parmi lesquels 75 femmes et 13 enfants de zéro à un an, soit 88 individus sur 314, dont le sexe et l'âge semblent *a priori* écarter l'étiologie équine. Il confirme, ensuite, ce que dit M. Verneuil, qu'à Paris le tétanos se développe rarement dans la ville, tandis qu'il est fréquent dans quelques-unes des communes suburbaines.

Enfin, à la séance du 7 mai, M. Verneuil (3), répondant à M. Nocard, dit, qu'il n'a jamais prétendu qu'un cheval, en tant que cheval, pouvait recéler le virus tétanique, mais qu'il a affirmé, au contraire, de la façon la plus formelle, que lorsqu'un cheval était tétanisé ou tétanifère, c'est qu'il avait reçu le virus d'un autre cheval, ou de la terre, ou de tout autre objet préalablement infecté. Le cheval, de même que l'homme, ne peut recéler le virus, d'après M. Verneuil qu'à titre de dépôt, lequel peut se faire sous deux formes : *intus* et *extra*; dans le premier cas, le cheval devient tétanique ; dans le second, il est tétanifère.

Répondant à M. Leblanc qui met en doute l'origine microbienne du tétanos, en se basant sur l'impuissance, souvent constatée, de l'antisepsie à empêcher son développement, M. Verneuil dit que l'argument de M. Leblanc ne prouve qu'une seule chose : c'est que les antiseptiques qui ont été employés jusqu'à présent n'ont aucune action sur le bacille tétanique, et qu'il faudra faire de nouvelles expériences pour établir quel est l'agent antiseptique capable de le détruire.

Après quelques observations de M. Goubaux, qui déclare être absolument de l'avis de M. Leblanc, la discussion sur le tétanos est close.

Pendant que cette discussion se déroulait devant l'Académie de médecine, Tizzoni (3) communiquait, à la Société italienne de chirurgie, les résultats de ses recherches, faites en collaboration avec Mlle Cattani, privat docent de la Faculté de médecine de Bologne. Ces auteurs ayant eu à observer un homme qui, à la suite d'une chute, s'était fait une fracture compliquée du bras et était mort tétanique, firent avec le sang, le système nerveux et la rate de cet homme, des cultures qui ne donnèrent aucun résultat. Par contre, les cultures en sérum, faites avec de la sérosité, prise dans la plaie et inoculées à des animaux, se montrèrent très virulentes.

Tizzoni et Mlle Cattani retirèrent de ces cultures trois espèces de micro-organismes :

1° Un streptococcus ou colonies globuleuses ne liquéfiant pas la gélatine ;

2° Un diplococcus tout à fait semblable à celui de Fraenkel et ayant tous ses caractères biologiques ;

3° Un bacille identique, à tous les points de vue, à celui de Nicolaïer.

Les cultures de ces divers bacilles s'épuisent rapidement dans le sérum et se conservent dans l'agar : ils ont pu en avoir de la neuvième génération.

A la même séance de la Société italienne de chirurgie, Lampiasi (1) confirme les résultats qu'il a précédemment obtenus et ajoute que, depuis deux ans, les cultures du bacille qu'il a décrit conservent la même virulence, tandis que celles, faites avec le bacille de Nicolaïer, restent sans effet.

III

Kitasato. Isolement du bacille de Nicolaïer. — Quelques jours plus tard, Kitasato (2) annonçait, au Congrès de la Société allemande de chirurgie, qu'en employant la méthode anaérobie, il était parvenu à avoir des cultures pures du bacille de Nicolaïer et que ces cultures, inoculées à des animaux, provoquaient chez eux des phénomènes tétaniques très violents (3).

Vers la fin du mois d'avril, parut également un travail de Sarmani (4). Ce savant, ayant introduit, dans l'estomac de plusieurs animaux, diverses substances alimentaires mélangées à des cultures très riches en bacilles de Nicolaïer, constata que les selles de ces animaux, qui n'avaient présenté aucun symptôme tétanique, possédaient la propriété de donner le tétanos par inoculation. Ces selles conservaient également leur puissance tétanique, lorsqu'on faisait absorber aux animaux des substances alcalines.

En mai 1889, Belfanti et Pescarollo (5) font connaître les résultats d'une série d'expériences, faites avec de la terre tétanigène, et dont les résultats furent tous positifs. Les cultures, faites avec le pus trouvé dans la poche d'inoculation de ces animaux, contenaient le bacille qu'ils ont décrit ainsi que d'autres bacilles ressemblant à celui de Nicolaïer. Inoculées à des animaux, ces cultures donnèrent toujours des résultats satisfaisants, mais il leur fut impossible de déterminer des phénomènes tétaniques en inoculant des cultures pures du bacille de Nicolaïer.

(1) Lagneau. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 3e série, t. XXI, p. 650 et suiv.

(2) Verneuil. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 3e série, t. XXI, p. 660 et suiv.

(3) Tizzoni et Cattani (de Bologne). VIe réunion de la Société italienne de chirurgie, tenue à Bologne du 16 au 18 avril 1889, in *Semaine médicale*, n° 17, p. 129.

(1) Lampiasi. *Ibid.*

(2) Kitasato. Congrès de la Société allemande de chirurgie, tenu à Berlin du 24 au 27 avril 1889, in *Semaine médicale*, n° 18, 1er mai 1889.

(3) Kitasato n'a rien publié encore sur cette question. Nous pensons toutefois que le travail de Belfanti et Pescarollo, qui ont suivi les expériences de Kitasato, dans le laboratoire de Koch, reproduit assez fidèlement les résultats obtenus par le savant allemand.

(4) Sormani. *Riforma Med.*, avril 1889, et in *Centralbl. f. Bacter.*, etc.

(5) Belfanti et Pescarollo. In *Centralbl. f. Bacter.*, etc., vol. V, nos 20 et 21, 10 et 17 mai 1889.

Ces résultats engagèrent Belfanti et Pescarollo à essayer des cultures anaérobies. De grands tubes, contenant du sérum liquide ensemencé avec le pus d'un animal mort tétanique, furent fermés à la lampe et soumis pendant quelques minutes à une température de 70 degrés.

En transportant dans d'autres tubes les colonies qui s'étaient formées dans ces derniers, ils obtinrent des cultures qui contenaient, outre le bacille qu'ils ont décrit, deux autres bacilles : l'un de ces bacilles ressemble à celui de Nicolaïer, et l'autre se rapproche beaucoup du bacille saprogène n° 1, de Rosenbach. Ce dernier liquéfie le sérum et lui communique une forte odeur de putréfaction.

Belfanti et Pescarollo abandonnèrent alors ce procédé de cultures et en employèrent un autre. Un godet, contenant du sérum solide, fut ensemencé avec une culture renfermant les trois bacilles indiqués plus haut. Ce godet fut placé dans un dessiccateur avec une solution d'acide pyrogallique et mis à l'étuve à 37 degrés. Au bout de trois semaines, le sérum présentait un point liquéfié, au niveau duquel on trouvait le bacille analogue au saprogène de Rosenbach, mais le long des stries on voyait de nombreuses colonies très transparentes, formées de cocci qu'ils n'avaient jamais trouvés dans leurs expériences précédentes. Des cultures en agar couvert, faites avec ces colonies, montraient, huit jours après l'ensemencement, de nombreux bacilles dont la spore terminale ne se colorait que sur les bords. Çà et là on voyait encore quelques cocci semblables à ceux observés dans les colonies. En faisant des cultures avec la partie profonde de ces tubes, ils ne trouvèrent que des bacilles qu'ils purent reproduire par de nouvelles cultures anaérobies, mais les cultures, faites au contact de l'air, ne contenaient que des cocci. « Ceci éveilla en nous la pensée, disent ces auteurs, que ces cocci et ces bacilles pouvaient appartenir à une même espèce, mais se montrer sous une forme ou sous une autre, suivant les conditions dans lesquelles ils se développent. »

Ces auteurs n'ont pas pu suivre pas à pas l'évolution de ces cocci en bacilles, mais en examinant les cultures à des intervalles très courts, ils purent constater que ces cocci s'allongent peu à peu et prennent définitivement la forme de bacilles en baguette de tambour. Ces cocci, pas plus que ces bacilles, ne liquéfient le sérum.

Les inoculations faites, avec des cultures mixtes de ces cocci et du bacille ressemblant au saprogène de Rosenbach, ainsi qu'avec celles qui contenaient ce dernier bacille en même temps que celui que ces auteurs ont décrit dans leur premier travail, ont produit une assez grande quantité de pus au point d'inoculation. Dans ce pus, on trouvait les mêmes cocci, ainsi que des bacilles très minces, à spores terminales renflées, en tout semblables à celui de Nicolaïer. Mais les animaux, auxquels on inocula ces deux sortes de cultures ne présentèrent aucun symptôme tétanique.

Dans une nouvelle communication, faite à l'Académie royale de Turin, le 31 mai dernier, Belfanti et Pescarollo (1), après avoir rappelé ce qu'ils avaient dit précédemment sur l'impossibilité de transmettre le tétanos à des animaux, en leur inoculant des cultures pures du bacille de Nicolaïer, affirment que cette opinion était erronée. Ce fait, disent-ils, a été démontré dernièrement par Kitasato. Le point de départ des expériences faites par Kitasato était un enfant de dix ans, atteint d'une blessure à la main. Cette blessure ayant été pansée avec des toiles d'araignée prises dans une écurie, l'enfant contracta le tétanos et en mourut.

Belfanti et Pescarollo, ayant inoculé divers animaux avec des toiles d'araignée prises au même endroit que les précédentes, ceux-ci contractèrent rapidement le tétanos. Le pus, trouvé dans la poche d'inoculation de ces animaux, contenait de nombreux bacilles de Nicolaïer. Avec ce pus, ils firent des cultures qui furent soumises à une température de 80 degrés, pendant dix minutes seulement, au lieu d'une demi-heure, comme le conseille Kitasato. Ces cultures servirent ensuite à ensemencer des plaques d'agar que l'on plaça dans une atmosphère d'hydrogène. Au bout de quatre ou cinq jours, on voyait sur ces plaques les colonies caractéristiques du bacille de Nicolaïer. Ces colonies offrent un point central foncé d'où partent des ramifications très nombreuses et très régulières ; elles dégagent une odeur très marquée de putréfaction.

On peut également obtenir ces colonies en faisant des cultures en agar ordinaire sans hydrogène, mais à la condition de couvrir l'agar immédiatement après l'ensemencement. Dans ces cultures, on voit, le long du trajet de l'aiguille, de petits traits excessivement minces, ressemblant à des plumes.

Dans la gélatine, le bacille de Nicolaïer se développe au fond du tube et forme des colonies ayant l'aspect d'œufs de grenouille, avec un point central foncé, autour duquel on voit une zone de gélatine liquéfiée. Quand ces cultures ne sont pas faites par la méthode anaérobie et qu'elles n'exhalent pas d'odeur de putréfaction, elles ne produisent aucun effet sur les animaux ; dans le cas contraire, elles déterminent un tétanos très violent. Chez les animaux morts tétaniques, après l'inoculation de ces cultures, on ne trouve, dans la poche d'inoculation, que de rares bacilles de Nicolaïer, mais on y voit, par contre, une grande quantité de spores.

Les colonies qui se développent dans les cultures anaérobies, faites en agar, sont beaucoup plus ternes et plus transparentes que celles que l'on trouve dans les cultures en gélatine. Elles n'offrent pas de ramifications régulières, mais sont formées d'un réseau de mailles très fines. La piqûre en agar n'offre pas non plus la même forme élégante que la piqûre en gélatine, et l'on ne voit qu'une petite ligne blanche tout le long du trajet de l'aiguille.

D'après ces auteurs, leurs expériences diffèrent de celles de Kitasato, en ce qu'en partant d'une culture anaérobie très virulente, ils ont pu obtenir d'autres cultures aérobies douées d'une virulence égale.

La première de ces cultures aérobies montre, après vingt heures de séjour à l'étuve, une petite pellicule grisâtre au niveau de la surface libre de l'agar, contenant des bacilles longs et des bacilles très courts ; quelques-uns de ces bacilles ont des spores colorées ; d'autres, des spores moins colorées. On voit également, dans ces préparations, de nombreuses stades de transition entre ces deux formes extrêmes. Les animaux, inoculés avec de petits fragments de cette pellicule, meurent tétaniques trois jours après l'inoculation. La deuxième culture a les mêmes caractères que la précédente, avec cette différence que la pellicule renferme très peu de bacilles en baguette de tambour, tandis que les bacilles courts prédominent. La pellicule superficielle, inoculée à des animaux, les tue en vingt-quatre heures. La

---

(1) Belfanti et Pescarollo. Académie royale de médecine de Turin, 31 mai 1889, et in *Centralbl. f. Bacter., etc.* vol. VI, nos 10 et 11, 20 août et 3 septembre 1889.

troisième culture aérobie est moins virulente que la seconde : les animaux, auxquels on l'inocule, ne succombent qu'au bout de trois jours. Cette culture a une odeur moins forte que les précédentes, et l'on n'y trouve plus aucun bacille en forme de baguette de tambour.

Ce qui est remarquable, ajoutent ces auteurs, c'est que la virulence de ces cultures paraît être en raison directe de l'odeur particulière qu'elles dégagent. Cette virulence peut être aussi considérablement augmentée, quand les cultures sont faites en bouillie de viande : elles ont alors une odeur insupportable et donnent lieu à un abondant dégagement de gaz et surtout d'hydrogène sulfuré.

Ces résultats concordant parfaitement avec ceux obtenus par Kitasato, Belfanti et Pescarollo ont pensé qu'il serait intéressant de rechercher comment ils étaient arrivés à des résultats si différents dans leurs expériences précédentes. Dans ce but, ils ont fait, avec leurs anciennes cultures, pures mais inactives, du bacille de Nicolaïer, de nouvelles cultures anaérobies. Au bout de quatre jours, ces cultures exhalaient une odeur très forte de putréfaction, et les animaux auxquels on les inocula moururent tétaniques.

Ces auteurs croient que le bacille, observé par Lampiasi, est le même que celui qu'ils ont décrit dans leur premier travail et rappellent que les inoculations, faites avec les cultures de ce bacille, provoquent des phénomènes analogues à ceux du tétanos. Une nouvelle série d'expériences, faites avec les cultures de ce bacille, confirment les résultats qu'ils ont précédemment obtenus. Ils ont également essayé d'extraire de ces cultures les ptomaïnes formées par ce bacille, en suivant la méthode de Briéger, mais ils n'ont pu en obtenir qu'une quantité trop petite pour en faire l'analyse. En introduisant une aiguille de platine, trempée dans ces ptomaïnes, dans la peau d'un cobaye, on provoque des phénomènes semblables à ceux que produit l'inoculation des cultures, mais infiniment plus violents.

De l'ensemble de ces expériences, Belfanti et Pescarollo tirent les conclusions suivantes :

1° Le bacille de Nicolaïer peut être aérobie au anaérobie, suivant les conditions dans lesquelles il se développe.

Dans la vie aérobie, il prend des formes très différentes, depuis la forme d'un bâtonnet très court et arrondi, jusqu'à celle d'une baguette de tambour.

2° L'activité du bacille de Nicolaïer peut, suivant les cas, diminuer ou s'accroître ; cette activité paraît être en raison directe de l'odeur de putréfaction que dégagent les cultures.

3° Une culture inactive du bacille de Nicolaïer peut reprendre toute son activité si on la cultive dans une atmosphère d'hydrogène.

En terminant leur travail, Belfanti et Pescarollo croient devoir ajouter la réflexion suivante : « Quoiqu'en réalité cela ne soit pas nécessaire, nous pensons qu'il est utile de faire remarquer, afin de ne pas être mal compris, que, lorsque nous avons parlé de *cocci*, au commencement de nos recherches, nous ne nous sommes pas servi de ce mot dans le sens de la classification (?). Cette *forme coccus*, que prend le bacille de Nicolaïer à la surface des cultures, n'est qu'un stade de développement de la spore, laquelle, par suite de circonstances particulières, n'atteint pas les stades ultérieurs de son développement. »

Le 6 juillet dernier, M. Laborde voulut bien nous faire l'honneur de présenter, à la Société de biologie (1), une note exposant les résultats que nous avions obtenus en inoculant, avec de la terre tétanigène, un certain nombre de cobayes, auxquels nous avions inoculé, quelques jours avant, du sang provenant d'un sujet paludéen. Le tableau clinique de l'affection contractée par ces animaux est sensiblement différent de celui que l'on observe chez les animaux devenus tétaniques à la suite d'inoculations faites avec de la terre seulement. Chez ces derniers animaux, le tétanos a une évolution plus courte et plus régulière que chez les premiers. Les résultats de ces expériences éveillèrent en nous la pensée que l'action du bacille tétanique pourrait être entravée lorsque ce bacille se développe sur un terrain paludéen, et nous faisions observer que, si ce fait était démontré, on pourrait, peut-être, en tirer de grands avantages, au point de vue du traitement du tétanos.

Vers la fin du mois de juillet, nous adressions également, à l'Académie de médecine (2), un nouveau travail contenant les résultats que nous avait fournis une série d'inoculations faites avec des terres de différents pays. Sur quatre-vingt-seize animaux inoculés, chacun avec une terre différente, quoique provenant quelquefois d'un même pays, trente-neuf sont morts tétaniques. Ces quatre-vingt-seize échantillons de terre provenaient de quarante-trois pays différents et avaient été recueillis dans des champs, dans des jardins ou sur des routes. Tout en confirmant les idées émises par Nicolaïer, sur la présence presque constante des germes tétaniques dans certaines terres, ces expériences offraient un certain intérêt à un autre point de vue. On a constaté en effet depuis longtemps que le tétanos est bien plus fréquent dans certains pays que dans d'autres et l'on s'est basé sur ce fait pour admettre que le climat joue un rôle considérable dans le développement de cette maladie. Les terres des pays chauds nous ayant donné des résultats analogues à ceux fournis par les terres des pays froids ou tempérés, on serait tenté de croire, disions-nous, que si le tétanos est plus fréquemment observé dans certaines contrées que dans d'autres, cela tient moins à une influence météorologique quelconque ou à une prédisposition de race, qu'à un défaut d'hygiène et au manque de précautions dans le traitement des plaies en général.

Au mois de septembre dernier, MM. Jeannel et Laulanié (3) publiaient un travail dont ils tiraient les conclusions suivantes :

1° La terre d'une écurie, souillée par les déjections de chevaux n'ayant pas eu le tétanos, n'est pas tétanigène (?), pour le cheval.

2° La terre d'une écurie, souillée par les déjections d'un cheval tétanique et mort tétanique, mais ayant été lavée à l'eau chaude, puis habitée par d'autres animaux, n'est tétanigène ni pour le cheval, ni pour l'âne, ni pour le chien (?).

3° L'injection hypodermique d'urine ou de sueur, provenant d'un cheval tétanique, n'est pas tétanigène pour le cheval (urine), ni pour le lapin (sueur).

(1) Bossano. In *Bulletin de la société de biologie*. Séance du 6 juillet 1889 et in *Marseille médical*, septembre 1889, p. 513 et suiv.

(2) Bossano. Propriétés tétanigènes du sol sous diverses latitudes, *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 23 juillet 1889, et in *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1342.

(3) Jeannel et Laulanié. In *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 38, 20 septembre 1889, p. 610.

4° L'injection interstitielle, dans la gaine d'un nerf, d'un liquide obtenu par macération du crottin d'un cheval tétanique, n'est pas tétanigène pour le cheval.

5° Le séjour prolongé sur une litière, souillée par un cheval tétanique, n'est pas tétanigène pour le cheval, ni pour le chien, ni pour le lapin, même si les animaux sont blessés et que leur plaie touche la litière suspecte (?).

Dans un des derniers numéros de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, MM. Maljean et Peugniez (1) ont publié les résultats d'une série d'expériences faites avec un fragment de bois trouvé dans la plaie d'un homme mort tétanique. En transportant successivement ce morceau de bois sur plusieurs animaux (cobayes et lapins), ces auteurs sont arrivés à provoquer chez eux un tétanos mortel, mais en inoculant à d'autres animaux divers tissus, y compris ceux pris dans la poche d'inoculation, provenant des animaux inoculés avec le morceau de bois, ils ne purent déterminer chez eux aucun phénomène tétanique.

MM. Maljean et Peugniez sont d'avis que le tétanos est dû à l'action d'une substance chimique, fabriquée en dehors de l'organisme. Ils ne peuvent pas s'expliquer autrement la virulence du fragment de bois qui a servi à instituer leurs expériences et l'innocuité des tissus provenant des animaux morts tétaniques, à la suite des inoculations faites avec ce corps.

Nous citerons enfin, en terminant, un travail que nous avons fait en collaboration avec M. Steullet (2), aide-vétérinaire au 1er hussards, et dont les résultats ont été communiqués dernièrement à la Société de biologie. Les expériences exposées dans ce travail nous ont permis de constater que les tissus, pris dans les plaies de sujets tétaniques, conservent toute leur virulence, même lorsque ces plaies ont été traitées par certaines substances antiseptiques (acide phénique 25 p. 1000, iodoforme). Il en est de même de la terre : celle que nous avons recueillie dans l'écurie, où était morte, peu de temps avant, une jument tétanique, s'est montré excessivement tétanigène. Il résulte donc de nos expériences que les spores du bacille tétanique jouissent d'une grande résistance à l'action de certaines substances antiseptiques.

Comme on peut le voir par ce long exposé de faits, l'histoire des recherches expérimentales, sur la théorie infectieuse du tétanos, peut se diviser en trois grandes périodes : la première de ces périodes comprend les travaux des prédécesseurs de Nicolaïer, dont les tentatives de transmission du tétanos de l'homme aux animaux ou d'animaux à animaux, demeurèrent presque toujours infructueuses ; dans la seconde, nous trouvons les travaux de Nicolaïer et de ses successeurs, démontrant l'existence des germes tétaniques dans le sol, et la possibilité d'engendrer le tétanos par des inoculations de terre ou de tissus pris dans les plaies de sujets atteints de tétanos ; enfin, la troisième est marquée par la découverte du procédé d'isolement du bacille de Nicolaïer, due à Kitasato, découverte qui détruit la plupart des arguments sérieux, invoqués contre la théorie de la nature infectieuse du tétanos.

Cette théorie s'appuie aussi bien sur les recherches expérimentales que nous venons d'énumérer que sur un grand nombre de preuves cliniques, qui établissent d'une façon irréfutable la contagiosité du tétanos. Pour ne pas sortir du cadre que nous avions tracé à notre travail, nous ne nous sommes pas occupé de cette question, qui a d'ailleurs été traitée avec tous les détails qu'elle comporte, par M. le docteur René Colin, dans sa thèse inaugurale, que nous avons eu l'occasion de citer dans le courant de ce travail et dans laquelle nous avons puisé de nombreux et précieux renseignements.

Au moment où notre Revue était sur le point de paraître, nous avons reçu le travail de M. Kitasato auquel nous faisons allusion plus haut. Ne pouvant pas analyser ici ce travail avec tous les détails qu'il comporte, nous nous proposons de le faire prochainement.

(1) Maljean et Peugniez. In *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 44, 1er novembre 1889, p. 708.

(2) Bossano et Steullet. Résistance des germes tétaniques à l'action de certaines substances antiseptiques. *Bulletin de la Société de biologie*, séance du 9 novembre 1889, in *Bulletin médical*, 3e année, n° 90, p. 1392, 13 novembre 1889.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 décembre 1889, a été promu dans le corps de santé militaire et a reçu, par décision du même jour, l'affectation ci-après indiquée, savoir :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de première classe Piot, en remplacement de M. Farcy, mis en non-activité pour infirmités temporaires. M. Piot est désigné pour les hôpitaux de la division de Constantine.

— Par décret, en date du 24 décembre 1889, M. le docteur Trécard, médecin auxiliaire de deuxième classe, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de santé de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 20 décembre 1889, M. le médecin aide-major de première classe Dommartin a été désigné pour le 3e tirailleurs algériens.

— La question donnée à l'externat le jeudi 26 décembre est : « Le cathétérisme de la vessie chez l'homme. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — A l'occasion du jour de l'an, les cours de la Faculté vaqueront du dimanche 29 décembre au dimanche 5 janvier. Ils reprendront le lundi 6 janvier 1890.

— *École de médecine navale de Rochefort.* — M. le médecin de deuxième classe Jollet est désigné pour l'emploi de prosecteur d'anatomie.

— Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Bastide (de la Pointe-Saint-Sulpice) ; Botkine, premier médecin du Czar ; de M. le professeur Dobroslavine (de Saint-Pétersbourg) ; de MM. les docteurs Frère (de Paris), Fontaine (de Campeaux), Gabriel (de Haroué) ; de M. le professeur Heymann (de Stockholm).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Massage in der Frauenheilkunde, von Dr. L. Prochownick. In-8°. — Prix : 5 francs. — Hamburg et Leipzig, Leopol Woss.

De l'hémoglobinurie, par le docteur Delabrosse. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Lecrosnier et Babé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

26

SIROP DU DOCTEUR DUFAU

À L'EXTRAIT DE STIGMATES DE MAÏS.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie.

Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.

DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.

Hydropisies, affections du cœur, albuminurie.

et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

DOSE : Deux à quatre cuillerées de sirop par jour, à prendre à jeun de préférence, dans un verre d'eau froide ou chaude.

Boisson très agréable. PRIX : **3** fr. le flacon.

23

PHOSPHURE DE ZINC (GRANULES TROIS CACHETS)

4 milligr. (1/2 milligr. de Phosphore actif).

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé ($PhZn^3$). On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Anémie, Rachitisme, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgie et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhées, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.

DOSE : Un, puis deux granules à chacun des principaux repas. PRIX : **3** fr. le flacon.

14

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

EXTRAIT DE VIANDE LIEBIG

Bouillon concentré de viande de bœuf

SANS GRAISSE NI GÉLATINE

Les plus hautes distinctions aux grandes expositions internationales depuis 1867.

HORS CONCOURS DEPUIS 1885.

Précieux pour ménages, malades, usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur B[on] Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

52

SANTAL CITRIN DE CAVAILLÈS

Capsules à 40 centigr. d'essence pure

Ces capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe. — **Ph[ie] Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

56

VIN DE MILLET CHALYBÉ BALSAMIQUE

Efficacité certaine contre : *Anémie, Affections chroniques, Fièvres, Maladies des pays chauds, Scrofule, Lymphatisme.* — Ech. f[o] à MM. les Méd[s]. **3** f. le fl[on]. Ph[ie] MILLET, 41, r. d[s] Francs-Bourgeois.

46

SIROP DU DOCTEUR REINVILLIER

Au Phosphate de chaux gélatineux.

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

Ph[ie] VIRENQUE, 8, place de la Madeleine, et ph[ies].

109

PANSEMENTS VAGINAUX

faits par la malade elle-même au moyen des

OVULES CHAUMEL

A la glycérine solidifiée (à tous médicaments)

Boîte : **3** fr. **50**. — 87, r. Lafayette, Paris (env. f[o] éch.)

34

ALIMENTATION CHIMIQUE

SIROP D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU D[r] CHURCHILL

Pharmacie SWANN, 12, rue Castiglione, Paris.

75

MAGNÉSIE ROY

SEL PURGATIF ALCALIN SOLUBLE

Laxatif et *dépuratif chimique* de premier ordre, qui unit aux avantages de la médication alcaline les propriétés purgatives et dépuratives des sels de magnésie. — *Antiacide, Antilithique.*

DOSES : 1/2 cuiller à café à 3 cuillers à bouche.

A. ROY, ph[en] de 1[re] classe, Paris-Auteuil, et ph[ies].

55

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS.	LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES.	GASTRALGIE.
DYSPEPSIE.	GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES :	
Pancréatine Defresne :	en poudre, 4 gr. 2 à 4 cuillerées.
Pilules digestives Defresne	3 à 5 pilules

Élixir et Sirop.

DÉPÔT : 2, rue des Lombards et t[tes] pharmacies.

DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

47

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

60

AVIS A MM. LES MÉDECINS

La maison **Pâtre**, à Orléans, fondée en 1840, s'occupe spécialement de la fourniture des médicaments à MM. les Médecins faisant la pharmacie. Elle les livre en qualité irréprochable, aux prix des drogueries de Paris ; les divise au gré du client de manière à lui éviter toute manipulation, les étiquette suivant les indications données, sans autre indication d'origine que sa marque de fabrique (cachet de garantie) et les expédie franco. — Ses laboratoires d'analyse et de fabrication sont à la disposition de MM. les Médecins désirant faire faire des essais. — Prix très modérés. — *Prix courant détaillé sur demande.*

Maison **Pâtre**, à Orléans (Loiret).

32

SIROP-ZED (A BASE DE CODÉINE PURE, DE TOLU ET D'EAU DE LAURIER-CERISE)

Aux propriétés somnolentes de la codéine s'ajoutent utilement celles si sédatives de l'eau de *laurier-cerise*, agissant là comme l'émulsion d'amandes des loochs ; enfin l'action du tolu sur les sécrétions bronchiques, complètent l'ensemble d'un médicament certain.

Le sirop pectoral du docteur Zed est un calmant précieux contre les *accès spasmodiques de toux convulsive, coqueluche, toux des phthisiques, affections des bronches, insomnies*, etc.

Paris, 22 et 19, rue Drouot. *Dr Zed*

23

COTON IODÉ DU D[R] MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du D[r] Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

72

DRAGÉES QUINOIDINE-DURIEZ

Très efficaces contre les récidives des fièvres intermitten[tes], Paris, 20, pl. des Vosges.

99

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

Au Copahu et à l'Essence de Santal.
Au Copahu, au Cubebe et à l'Essence de Santal.
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables. »

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & C[ie]**, 20, r. des Fossés-S[t]-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

17

SOLUTION DE SALICYLATE DE SOUDE

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

GROS : **Clin & C[ie]**, 20, r. des Fossés-S[t]-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

241

LIQUEUR MARIANI À LA TERPINE ET À LA COCA

Titrée à 20 centigr. de Terpine p[r] cuillerée à bouche.

Cette liqueur unit les propriétés modificatrices et anti-catarrhales de la **Terpine** (hydrate d'essence de térébenthine) à l'action tonique et digestive de la **Coca.**

Employée avec succès contre les *Affections catarrhales*, aiguës ou chroniques, des muqueuses respiratoires, digestives et génito-urinaires, dans l'*Anémie*, la *Chlorose*, l'*Atonie*, la débilité générale et les maladies du système nerveux.

DOSE : 1 à 2 cuillerées à bouche matin et soir ou avant les deux repas.

45

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas.**

MARIANI, ph[ien], 41, Boul. Haussmann, et t[tes] ph[ies].

67

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT,

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF — TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

54

DYSPEPSIE, GASTRALGIE

ENTÉRITES guéries par les DRAGÉES de PANCRÉATINE PAULAY.

Dépôt g[al] : Ph[ie] Centrale, f[g] Montmartre, 52, Paris.

66

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre.

REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi f[o] du catalogue.

47

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre	1.33
Silicate acide / Arséniate » / Phosphate » / Sulfate » — sesqui-oxyde de fer; — de chaux; Chlorure de sodium; Matières organiques	0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

79

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

74

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

St dép. dét. à Paris, Phie LEBEAULT, 53, Réaumur.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-L'Abbé, Paris.**

19

PHTHISIE, TUBERCULOSES

BRONCHITES, CATARRHES

LES CAPSULES COGNET

à l'Eucalyptol *ABSOLU* iodoformo-créosoté

constituent dans l'état actuel de la science

L'ANTIBACILLAIRE PAR EXCELLENCE

Paris, 4, rue de Charonne, et toutes phies.

38

BOLDO-VERNE. *Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie*, les *cachexies* d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds, *la dyspepsie atonique, les fièvres intermittentes*, on prescrit dans les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gttes par jour ou 4 cuillerées à café d'**Elixir de Boldo-Verne.**

VERNE, Grenoble, et phies, France et étranger.

77

ANALYSE DE DÉCEMBRE DU

LAIT PUR ET NON ÉCRÉMÉ

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres bouchés, et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois de décembre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1033.50
	gr.	
Beurre par litre	49.700	
Albumine	6.100	
Caséine	30.500	
Sucre de lait	52.700	
Sels	7.200	
Total des matières fixes	146.200	146.200
Eau		887.300

L'analyse des sels a donné par titre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.330
Acide sulfurique	0.111
Potasse	1.590
Soude	0.529
Chaux	1.915
Magnésie	0.260
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.465
Total	7.200

PRIX :

Dans les dépôts	65 c. le litre.
—	40 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	70 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.

Adresser les demandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

63

SIROP D'AUBERGIER

AU LACTUCARIUM

Approuvé par l'Académie de médecine de Paris.

Une innocuité complète, une efficacité parfaitement constatée dans les *Rhumes, Bronchites* et la *Grippe*, ont assuré au **Sirop d'Aubergier** une vogue immense.

(*Formulaire* BOUCHARDAT, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 26e édit.)

Ce **Sirop** est une des rares préparations qui pourront être employées dans la médication infantile.

(Drs GUBLER, DEBOUT, Jules SIMON.)

Paris, COMAR et Cie, 28, rue Saint-Claude, Paris.

69

PEPTONE DENAEYER

Éléments de la viande digérés et diffusibles, en solution concentrée à 20 p. 100, **limpide et stérilisée;** saveur et arôme de fort bouillon de bœuf.

Analyses de MM. les professeurs Violette, Frésénius, Krukenberg, etc.

Rapport à l'Académie royale de médecine de Belgique.

BROCHURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

PEPTONATE DE FER DENAEYER

ferrugineux neutre, non astringent, complètement assimilable.

Dépôt central : MICHELAT *et* LESUEUR, *9, rue des Guillemites, Paris. — Pour le Nord, Pharmacie* GOBERT, *à Lille.*

EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

50

LANOLINE LIEBREICH

La seule absolument libre d'acide, sans odeur, ne rancissant pas. Seul excipient absorbant son poids d'eau et se mêlant avec toutes les autres graissse.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline,

USINE DU TREMBLAY, à CREIL (Oise).

PARIS, 31, rue des Petites-Ecuries, PARIS.

53

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

25

LE THÉ DIURÉTIQUE DE FRANCE

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l urèthre.

Prix de la boîte : DEUX FRANCS.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

36

LES DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorrhagies, l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE FRANCS.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VENTE EN GROS : Chez tous les droguistes.

67

SOLUTION PAUTAUBERGE

au chlorhydro-phosphate de chaux créosoté.

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et 50 centigrammes de sel de chaux elle doit être prise dans de l'eau sucrée.

Bien tolérée par les voies digestives, cette Solution est facilement acceptée et complètement absorbée; très efficace dans les **Tuberculoses, Affections chroniques broncho-pulmonaires, Scrofules, Rachitisme.**

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César. Paris.

91

SULFUREUX POUILLET

Approuvé par l'Académie de médecine.

Permet d'obtenir *de suite* e *économiquement* une bonne *eau sulfureuse.*

EN BOISSON : **2 fr. 50** — une mesure (12 centigrammes) dans un verre d'eau.

EN BAINS: **1 fr.** — un flacon pour un bain *incolore et sans odeur.*

Vente en gros : 112, rue du Bac, Paris.

10

Récompense de 16 600 f. — l'État à Laroche 1811
Médaille d'OR, *Exposition Vienne* 1883.

QUINA-LAROCHE

ELIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres*, etc.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. — *Laroche*

22

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUE

(*Amers et ferments digestifs.*)

Dyspepsie, anorexie, vomissements de la grossesse, anémie, troubles digestifs de l'enfance, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge et phies

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement de Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. D. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 30 décembre 1889.

GRIPPE ET PNEUMONIE

Est-ce la grippe, est-ce la dengue atténuée ? La question est encore douteuse à cette heure. Cependant, il faut le reconnaître, les médecins français et étrangers, du moins la grande majorité, inclinent à penser qu'il s'agit d'une grippe insolite dans ses manifestations prodromiques et dans sa marche.

L'épidémie, qui sévit à Paris avec une intensité non décroissante, ne réalise pas les prévisions optimistes des grands maîtres de l'hygiène publique. On a dû licencier les grandes écoles militaires et envoyer hâtivement en vacances les élèves des lycées.

Il serait puéril de dissimuler l'augmentation de la mortalité à Paris pendant la dernière semaine. La grippe ne tue pas, mais les malades sont emportés avec rapidité par des affections aiguës de l'appareil respiratoire. Il y a donc lieu d'envisager, avec plus de circonspection, les déterminations de la grippe sur les bronches, les plèvres et les poumons, et surtout de ne pas pratiquer une médication expectante et anodine, en se fiant sur la bénignité de l'épidémie régnante.

Depuis longtemps, la fréquence des complications pulmonaires a été signalée pendant les épidémies de grippe.

Valleriola, en 1557, en fait mention pour la première fois. Baillou attire l'attention sur les fluxions du côté des poumons et sur les pleurésies qui tuèrent beaucoup de malades, au cours d'une épidémie catarrhale, régnant à Paris en 1570 et 1571.

Tous les observateurs ont noté la coïncidence des pneumonies et de la grippe. Mais c'est l'épidémie de 1837 qui permit de mieux étudier les relations qui existent entre la grippe et les inflammations aiguës du poumon. Les premiers cas de l'affection catarrhale débutèrent à Paris, du 15 au 20 janvier 1837, et l'épidémie ne tarda pas à gagner le reste de la France, la Suisse, l'Italie et l'Angleterre. Au début, les malades étaient atteints légèrement, mais bientôt apparurent des pneumonies nombreuses et graves. Depuis cette époque, la grippe est devenue de plus en plus commune en France, et elle existe à l'état endémique à Paris. Cependant il faut signaler les épidémies de 1851, 1858, 1860, 1861 et 1886, qui furent accompagnées d'un nombre considérable de pneumonies mortelles.

Quels liens rattachent la pneumonie à la grippe ? Les cliniciens qui avaient observé l'épidémie de 1837 étaient divisés en deux camps. Les uns admettaient que la pneumonie était une complication de la grippe. Telle était l'opinion de Nonat, de Vigla et Pétrequin. D'autres, parmi lesquels il faut citer Landau, Gouraud et Piorry, affirmaient que la pneumonie était une simple manifestation de la grippe.

La question n'a pas beaucoup avancé. On sait maintenant que la pneumonie est une maladie infectieuse produite par un micro-organisme spécial. Mais quelle est la nature de la grippe ? A-t-elle un microbe? Faut-il la considérer, avec Graves, Biermer et M. Jaccoud, comme une affection miasmatique? Il faut avouer que nos connaissances ne sont pas très précises sur ces points. Ce que l'on sait, depuis l'épidémie de 1886, c'est que, dans les pneumonies dites grippales, comme dans les autres, on a toujours constaté la présence des pneumocoques. L'unicité de la pneumonie serait ainsi établie et l'inflammation du poumon n'aurait pas la même origine que les déterminations congestives et catarrhales de la grippe.

On est donc amené à conclure que la grippe et la pneumonie sont deux affections distinctes qui se manifestent simultanément. Quelle est la cause de leur fréquente association? On l'ignore. La grippe semble incontestablement prédisposer à la pneumonie, voilà tout ce que l'on peut affirmer. Mais, si l'on veut pénétrer plus avant dans le problème, si l'on étudie la pathogénie des deux affections, on en est réduit à incriminer les influences atmosphériques, les changements de température et d'état hygrométrique, les émanations telluriques, les variations de la quantité d'ozone de l'air.

Tous ces facteurs étiologiques rentrent dans la catégorie des hypothèses plus ou moins plausibles mais gratuites, parce qu'elles ne sont appuyées sur aucun fait expérimental démontré.

HOPITAL NECKER. — M. PETER.

Une énigme abdominale; un cancer latent de l'estomac.

Au nº 4 de ma salle, était couché un homme que vous avez pu examiner plusieurs fois. Il était entré à l'hôpital pendant les vacances. Il se plaignait d'avoir perdu l'appétit et ressentait un affaiblissement progressif. Il avait des habitudes alcooliques. En effet, il buvait un demi-litre d'eau-de-vie par jour. Mais ce qui fixa surtout l'attention, ce fut l'épanchement ascitique qui gênait ce malade. Le diagnostic posé à ce moment par mon collègue des hôpitaux fut le suivant : gastrite alcoolique (à cause de quelques troubles stomacaux sur lesquels je reviendrai) et cirrhose atrophique du foie. Le foie était très difficile, impossible même à délimiter. On fit une ponction qui permit d'évacuer 6 à 7 litres de liquide ascitique. On ne fut pas peu étonné de tomber sur un foie gros, irrégulier, bosselé, marronné, un peu douloureux en certains points. Il était indiqué de rapporter les phénomènes à un cancer du foie. Or, quel est le cancer du foie le plus fréquent? Quel est celui qui se rapporte le mieux aux caractères que la palpation avait révélés? C'est, évidemment, un cancer secondaire du foie. Le cancer deutéropathique de la glande hépatique est, en effet, plus souvent observé que le cancer primitif. Mais, quand la tumeur est secondaire, où siège de préférence le néoplasme primitif? Dans les intestins et dans l'estomac. Dans le cas actuel, l'intestin était hors de cause. En était-il de même de l'estomac? Il faut avouer qu'il n'existait aucun symptôme caractéristique motivant le diagnostic de tumeur stomacale. Cependant, je dois vous mettre en garde contre certaines croyances très répandues, qui pourraient vous conduire à des erreurs de diagnostic.

Dans le cancer de l'estomac, la douleur manque très souvent. Cet organe est tolérant. Autant la douleur est fréquente dans l'ulcère de l'estomac, autant elle est rare dans le cancer qui n'a déterminé aucune perte de substance de la muqueuse gastrique. L'ulcération met à nu les filets du pneumogastrique, voilà la raison des souffrances stomacales. Ce premier signe, douleur, est donc loin d'exister toujours dans les néoplasmes de l'estomac.

La tumeur peut manquer, et manque, en effet, dans un certain nombre de cas. Il suffit qu'elle soit située à la face postérieure de l'estomac pour qu'elle échappe à la palpation.

Si la douleur et la tumeur n'existent pas, dans un cas de cancer stomacal, du moins, les troubles fonctionnels seront-ils toujours assez accusés pour permettre de reconnaître la tumeur? On a écrit et on professe ailleurs, que les vomissements sont fréquents dans le cancer stomacal. Or, je déclare que beaucoup d'individus, atteints de cancer de l'estomac, ne vomissent pas. Et cela est facile à comprendre : l'estomac ne souffre pas, il tolère la présence des aliments. Cependant, il ne faudrait pas exagérer les choses : le plus souvent, ces malades ne vomissent que de temps à autre, et ils ont alors des vomissements alimentaires. Plus tard, des hématémèses paraîtront. Mais, si la région pylorique est envahie, les vomissements sont la règle et se répètent très habituellement. Le pylore est, en effet, extrêmement sensible et, dès qu'il existe une tumeur à son niveau, un spasme arrive et permet à l'estomac de se débarrasser de son contenu. De plus, le cancer du pylore entraîne toujours un certain degré de rétrécissement de l'orifice et, par suite, permet aux aliments de s'accumuler dans l'estomac.

Mais revenons à notre malade, qui a fini par mourir, il y a quelques jours, dans un état d'amaigrissement incroyable. L'autopsie nous a démontré qu'il était atteint d'un cancer latent du pylore et d'un cancer secondaire du foie.

Comment aurions-nous pu établir le diagnostic de cancer de l'estomac, malgré l'absence des vomissements, des douleurs et de la tumeur?

Tout homme qui, vers quarante-cinq ans, se plaint tout à coup de troubles digestifs, doit être examiné avec la plus grande attention. Si son estomac a été bon jusque-là, il y a lieu de redouter une affection grave, un cancer de l'estomac. Certes, on trouve des individus qui ont des digestions stomacales difficiles, pénibles même, et qui n'ont pas de cancer. Mais vous remarquerez que ces personnes sont malades de l'estomac depuis très longtemps, dès leur jeunesse. Ce sont des dyspeptiques par nervosité.

Notre homme était dans l'âge du cancer, et, quoiqu'il fût alcoolique, il n'avait pas les vomissements que l'on rencontre ordinairement dans la gastrite alcoolique. Par contre, son anorexie était absolue. Il avait la viande en horreur, et je ne saurais trop insister sur ce fait qui se rencontre si souvent dans le cancer de l'estomac.

Quant au cancer du foie, était-il possible de le reconnaître? Oui, et la preuve, c'est que sa présence a été révélée par une palpation méthodique.

Le cancer du foie détermine rarement de la douleur, sauf dans certains cas, quand il y a, par exemple, une poussée aiguë de périhépatite. Le cancer hépatique détermine un amaigrissement rapide et une anémie parfois colossale. C'est ainsi, qu'au lieu de 4000000 de globules rouges, on n'en trouve parfois que 600000 chez les malades atteints d'un cancer du foie. Ces cancéreux urinent peu et n'excrètent qu'une faible dose d'urée, parfois 1 gramme seulement en vingt-quatre heures. On a voulu attribuer au foie un rôle qu'il n'a pas. Cet organe, d'après certains auteurs, contribuerait à fabriquer l'urée, et la preuve, disent-ils, c'est que toute affection grave du foie amène la diminution du taux normal de l'urée, que l'on dose dans l'urine. La réalité est que le foie ne fabrique pas l'urée. Dès que l'organe hépatique est profondément altéré, les fonctions gastro-intestinales se font mal, l'absorption n'est pas parfaite, la nutrition languit et, par suite, l'urée tombe à un chiffre inférieur.

Je veux examiner devant vous une autre question. Comment le cancer, localisé d'abord à l'estomac, s'est-il propagé au foie? Le transport de la matière cancéreuse se fait par les radicules de la veine porte et par la voie lymphatique. Une cellule se détache de la tumeur centrale, pénètre dans les rameaux de la veine porte et arrive dans la glande hépatique où elle se multiplie par scissiparité. La réalité de cette migration a été démontrée par la constatation d'embolies cancéreuses.

L'infection secondaire est plus difficile à expliquer par la voie lymphatique. Mais le fait est incontestable. On sait que les cellules cancéreuses, ainsi que M. Troisier l'a démontré, peuvent suivre une marche rétrograde par rapport à la direction de la circulation lymphatique.

Je vous ai dit que le cancer du foie, généralement indolore, pouvait provoquer des souffrances. La périhépatite explique parfois les douleurs, mais la compression du hile du foie détermine aussi des phénomènes douloureux. C'est

ce que l'on peut facilement comprendre, si l'on se rappelle que les gros conduits de la bile qui se trouvent au niveau du hile sont très richement pourvus de nerfs. Cette compression de la tumeur sur les canaux vecteurs explique aisément l'ictère qui apparaît parfois dans le cours du cancer du foie.

ANÉVRYSME CIRSOIDE OU VARICE ANÉVRYSMALE

DE LA MAIN ET DU MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT

Par M. le docteur Bazy, chirurgien des hôpitaux.

Le nommé P..., âgé de trente-sept ans, m'est envoyé le 2 octobre dernier pour avoir mon avis au sujet d'une petite ulcération qu'il porte sur la face dorsale de la main, au voisinage du bord interne.

La région est recouverte par un carré de taffetas d'Angleterre, dont l'ablation est suivie d'une hémorrhagie assez abondante se faisant par la petite ulcération en question. Cette ulcération est, du reste, d'origine traumatique, et a été produite par un éclat de bois : elle date du 6 septembre, c'est-à-dire de près de un mois. Elle est entretenue par l'existence, à son niveau, d'un véritable lac veineux qui laisse échapper le sang par la petite ouverture chaque fois qu'on enlève le pansement protecteur.

Quoi qu'il en soit, voici les renseignements que j'ai recueillis sur ce malade.

Il a eu la fièvre typhoïde, en 1871, et une fluxion de poitrine, il y a deux ans.

En 1870, à l'âge de dix-neuf ans, avant sa fièvre typhoïde, il eut un *durillon forcé* (sic) de la face palmaire de la main. Effectivement, on constate, au niveau de l'éminence hypothénar, une cicatrice résultant de l'incision qu'on lui a faite à cette époque.

Or, dans la convalescence de ce phlegmon, il constata que les veines du dos de la main et celles du dos de l'annulaire se tuméfiaient, et il affirme qu'auparavant, rien n'avait attiré son attention de ce côté : sa main ressemblait à l'autre.

Je note en passant cette origine inflammatoire, d'une varice anévrysmale, pour la rapprocher des cas où on a signalé une origine traumatique.

Dans l'espace de deux ou trois ans, la tumeur veineuse aurait acquis le développement qu'elle a aujourd'hui. Ainsi, depuis seize ou dix-sept ans, elle reste stationnaire.

Voici ce que l'on constate.

Sur la face dorsale et sur la face externe de la première phalange de l'auriculaire droit, existe une tumeur manifestement veineuse par sa coloration bleuâtre, par sa surface bosselée, serpentine, par sa mollesse qui est très grande, sa réductibilité et ses connexions avec les veines de la région.

Cette tumeur, complètement réductible par la pression, diminue quand on élève la main, augmente et devient plus dure quand le bras est pendant, ou quand on exerce une compression sur la veine volumineuse qui en part.

La tumeur se prolonge sur le dos de la main, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, avec les mêmes caractères : mais plus haut, au niveau du cinquième métacarpien, la surface n'est plus bosselée, elle est lisse, unie, dépressible, réductible, et forme ainsi un véritable lac sanguin qui communique avec les grosses veines, dilatées et serpentines, situées au niveau du quatrième métacarpien et du quatrième doigt.

La peau est légèrement écailleuse au niveau des tumeurs : elle ne présente pas d'autres caractères.

En palpant avec attention les tumeurs ou plutôt en laissant reposer le doigt dessus, on sent qu'elles sont le siège de pulsations, peu énergiques il est vrai, mais perceptibles, isochrones aux battements du pouls radial, augmentant par la compression des veines dorsales et cessant par la compression des artères, soit humérale, soit radiale. La compression de la cubitale n'exerce pas d'influence.

Les artères offrent aussi des particularités intéressantes. La radiale a le volume de l'humérale du côté opposé : elle est très augmentée de volume au point qu'on la sent et qu'on la voit très bien battre dans la tabatière anatomique ; il en est de même, à plus forte raison, au niveau de la gouttière radiale.

L'artère cubitale explorée avec soin, ce qui était facile le sujet n'étant ni gras, ni fortement musclé, m'a paru saine; dans tous les cas, ses battements ne sont pas plus forts que ceux du côté opposé.

L'humérale bat fortement au pli du coude et elle me paraît avoir le volume de la fémorale; il en est de même dans tout le parcours du bras.

L'axillaire est plus volumineuse que celle du côté opposé mais la différence entre les deux est moins grande que celle des deux humérales.

La sous-clavière bat notablement plus fort du côté droit que du côté gauche; comme cette exploration se fait en dehors des artères dans une région où elles sont aussi superficielles l'une que l'autre, j'en conclus que la droite est plus volumineuse que la gauche. Je n'ai rien constaté du côté du cœur.

Les veines sont peut-être un peu plus développées à droite qu'à gauche; mais la différence n'est pas très grande, au moins dans le réseau superficiel.

Il n'existe pas de bruits anomaux.

Du reste le malade n'est nullement gêné; il n'existe aucun trouble fonctionnel, pas de fourmillement, pas de douleurs, pas de gêne dans le travail.

La force musculaire paraît normale. Il n'existe aucun trouble trophique, la température ne paraît pas augmentée, les muscles ne paraissent ni atrophiés, ni hypertrophiés; le système pileux n'est pas plus développé que du côté opposé. Le seul trouble trophique constaté a été l'état légèrement écailleux de la peau au niveau des tumeurs veineuses.

Je dois ajouter que je n'ai rien constaté dans la paume de la main.

Les observations d'anévrysmes cirsoïdes ou de varices anévrysmales de la main et des doigts ne sont pas tellement nombreuses que les cas qui se présentent puissent être négligés.

Je n'ai pas l'intention de faire un travail d'ensemble sur cet ordre de lésion; ce travail a été fort bien fait déjà et dans la thèse d'agrégation de M. Terrier, et dans les articles DOIGT et MAIN du *Dictionnaire encyclopédique*, dus à la plume de M. Polaillon. Je signalerai aussi les discussions de la Société de chirurgie en 1884.

Je me bornerai à indiquer une particularité qui, je crois, n'a pas été signalée, c'est l'origine inflammatoire de la lésion. Je ne puis m'empêcher d'établir une corrélation entre l'existence de ce phlegmon de la main et le développement de la tumeur cirsoïde. L'épaississement épidermique qui constitue le durillon est situé à la face palmaire de la main, juste au niveau de l'intervalle qui sépare les deux articulations métacarpo-phalangiennes des quatrième et cinquième doigts, c'est-à-dire correspond exactement à la tumeur veineuse du dos de la main.

Cette observation et cette remarque viendraient-elles fournir un argument à la théorie qui fait de l'artérite le point de départ des ulcérations que l'on observe tout le long des artères de la région? C'est une question que je pose sans la résoudre, n'ayant pas les éléments de la solution.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 décembre 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

RAPPORT

Anévrysme cirsoïde de la main et du membre supérieur droit. — **M. ROUTIER** fait un rapport sur un travail de M. Bazy sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1363.)

M. QUÉNU. On a invoqué l'artérite dans le cas rapporté par M. Bazy. Mais il faudrait savoir si l'artérite est antérieure ou consécutive à l'anévrysme cirsoïde.

Du reste, s'agissait-il d'un anévrysme cirsoïde ou d'un anévrysme artério-veineux? La question, il est vrai, n'est pas facile à résoudre.

M. Quénu a eu l'occasion d'observer un malade qui avait reçu un coup sur la tête. A la suite de ce traumatisme, on avait vu apparaître un anévrysme cirsoïde. En comprimant un point de la tumeur, on arrêtait les battements. M. Terrier pratiqua l'extirpation de la tumeur. Celle-ci fut examinée par M. Malassez qui démontra la communication entre une artère et une veine. C'est là un fait capital dans l'histoire de l'anévrysme cirsoïde. On a eu rarement l'occasion de constater la continuation à plein canal d'une artère et d'une veine.

Le fait de M. Bazy se rapproche de celui que M. Tillaux a observé, en 1876. La malade de M. Tillaux avait un anévrysme du dos de la main et du doigt.

M. POLAILLON avait déjà signalé la communication entre les artères et les veines plus ou moins volumineuses, dans les cas d'anévrysme cirsoïde.

Il avait déjà rapporté l'exemple d'un individu qui fut pris de faiblesse dans le membre supérieur après un traumatisme portant sur l'éminence thénar. Cependant, le membre atteint n'était pas amaigri, il était même plus chaud que celui du côté opposé. M. Polaillon constata l'existence d'un anévrysme, en appliquant un sthétoscope sur l'éminence thénar.

Tout dernièrement, il a eu l'occasion de donner des soins à un faïencier atteint de la même affection. L'application répétée de poudres sur la main avait déterminé, chez cet homme, des excoriations qui siégeaient sur le médius.

Il existait, lors de la première visite de ce malade, une tumeur rouge, réductible, s'accompagnant de la dilatation des artères collatérales du doigt qui était augmenté de volume. La tumeur était formée par un anévrysme cirsoïde. L'ablation d'une partie du doigt fut suivie d'une guérison absolue. Non seulement la tumeur qui avait été calmée ne reparut pas plus haut, mais, les artères, suturées au-dessus et qui étaient dilatées avant l'opération, revinrent à leur état normal.

L'examen de cette tumeur permit de constater, une fois de plus, la communication entre les artères et les veines, dans l'anévrysme cirsoïde.

M. TILLAUX. La malade dont a parlé M. Quénu avait des douleurs intolérables. Il existait une dilatation des artères, depuis la tumeur cirsoïde jusqu'à la racine du membre.

Cette femme fut examinée par plusieurs membres de la Société de chirurgie. Entre autres avis, on donna à M. Tillaux le conseil de faire de la compression. La compression digitale fut pratiquée pendant vingt-quatre heures. Les douleurs disparurent complètement. L'état des vaisseaux resta stationnaire. Après plusieurs années, cette femme a eu de nouvelles crises de douleurs. Le même traitement fut institué et toujours avec le même succès. Mais il est juste de faire remarquer que les artères et les veines n'ont subi aucune modification.

M. QUÉNU. Il y a deux affections distinctes :

1° L'anévrysme cirsoïde, qui se caractérise par la communication entre les artères et les veines, par l'intermédiaire des capillaires dilatés;

2° L'anévrysme artérioso-veineux, dans lequel la communication s'établit entre une artère et une veine d'un certain calibre.

M. PENGRUEBER a dû intervenir chez un homme qui avait un anévrysme cirsoïde au niveau du médius. Ce malade, alcoolique, avait déjà subi la ligature des artères radiale et cubitale. Le résultat avait été nul. L'ablation totale de la tumeur amena la guérison complète. Les battements de l'humérale, très exagérés avant l'opération, devinrent sensiblement les mêmes que les pulsations de l'humérale du côté opposé.

M. POLAILLON. La théorie que l'on invoque comme une nouveauté a été émise par Broca.

M. TRÉLAT, en examinant un malade atteint d'anévrysme, avait remarqué la dilatation considérable de l'artère fémorale. Or, au cours de l'opération qui consista dans l'extirpation du sac, on put constater que la fémorale n'était pas dilatée. Le calibre de ce vaisseau semblait être, au contraire, diminué. Après la guérison de la plaie opératoire, cette dilatation de la fémorale ne fut plus apparente. Cette dilatation n'était donc qu'une attitude de la part de l'artère. En fait, ce vaisseau n'avait subi aucune ampliation avant l'intervention.

Pour les anévrysmes cirsoïdes, il existe deux méthodes de traitement : 1° extirpation de la tumeur; 2° amputation, quand la première tentative a échoué. La ligature à distance est impuissante.

M. PEYROT. Un jeune enfant était atteint d'un anévrysme cirsoïde de la face dorsale du pied. La tumeur était née sur un nœvus qui avait apparu quelques jours après la naissance. Le pied était bleu, cyanosé, les vaisseaux de la région très dilatés. M. Peyrot optait pour l'amputation. Mais, à la suite d'une consultation, il se décida à pratiquer la ligature de la fémorale au niveau de l'anneau du troisième adducteur. Comme le pied saignait toujours, on dut exercer une légère compression sur la tumeur. Bientôt on constata le sphacèle du pied et de la partie inférieure de la cuisse.

M. QUÉNU. Il faut supprimer la communication entre les artérioles et les veinules : c'est là le point capital du traitement.

M. LE DENTU. Une femme de trente ans avait un énorme anévrysme cirsoïde de la fesse. La tumeur remontait dans le petit bassin. Le toucher rectal et le toucher vaginal permettaient de percevoir des battements très nets. A la suite d'une ulcération de la tumeur, des phénomènes inflammatoires apparurent. Auparavant, des hémorrhagies inquiétantes se répétaient sans cesse, malgré tous les traitements essayés. M. Le Dentu se demande s'il ne fallait pas faire la ligature de l'artère iliaque primitive. Mais, sous l'influence des modifications produites par l'inflammation, les hémorrhagies diminuèrent et la masse subit une véritable métamorphose, en ce sens que la tumeur devint plus dure et moins volumineuse.

La sclérose avait envahi cette masse énorme. Il existait deux ou trois gros noyaux très résistants séparés les uns des autres. Peu à peu, la tumeur diminua. Deux ans après, M. Le Dentu put constater que l'amélioration n'avait fait que s'accentuer. La partie fessière de l'anévrysme cirsoïde était presque entièrement sclérosée.

Cette malade a été vue pendant trois ans consécutifs. La tumeur n'a pas disparu, mais l'inflammation a procuré un bénéfice considérable à une femme, chez laquelle on ne pouvait songer ni à l'amputation, ni à l'extirpation du sac. Elle a échappé aux suites toujours sérieuses de la ligature de l'iliaque primitive.

M. POZZI. Gosselin a préconisé les injections de perchlorure de fer dans le traitement de ces anévrysmes. Les abcès locaux, qu'on observait à la suite de ces injections, doivent être imputés aux précautions antiseptiques défectueuses que l'on prenait à cette époque. Le perchlorure de fer donne lieu à un travail de sclérose qui peut être un excellent moyen de guérison.

M. TRÉLAT. Il est incontestable que la malade de M. Le Dentu a bénéficié de l'inflammation survenue dans la tumeur. Ce résultat est heureux, car l'extirpation et l'amputation étant impossibles, il ne restait plus qu'une seule méthode : la ligature à distance. Or, celle-ci ne donne que de mauvais résultats. Mais il ne faut pas préconiser, comme moyen de traitement, toute pra-

tique qui a pour but de déterminer l'inflammation de la tumeur. Ce moyen qui a fait son temps doit être banni.

PRÉSENTATIONS

Désarticulation du genou. — M. POIRIER présente un malade atteint de désarticulation du genou avec conservation de la rotule.

Corps étranger de la vessie. — M. ROUTIER présente les morceaux d'un thermomètre qu'un homme s'était introduit dans la vessie.

Fibrome utérin. — M. POZZI présente un fibrome utérin pesant 15 livres. Au cours de l'opération, il y eut une large plaie de la vessie, ce qui n'empêcha pas la guérison.

M. LE DENTU a eu l'occasion d'enlever un fibrome de 13 kilogrammes et demi. Cette énorme tumeur était accompagnée d'une autre de 400 grammes incluse dans le ligament large. La malade n'a pas résisté à l'opération.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Règlement sur l'avancement des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale.

I

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 18 décembre 1889.

Monsieur le Président,

Lorsque les bases de la réorganisation générale du service de santé militaire eurent été arrêtées définitivement, on dut prendre des dispositions exceptionnelles pour constituer le cadre des médecins de réserve et de l'armée territoriale; à cet effet, furent rendus les décrets des 10 janvier 1884, 2 mai et 26 août 1887, qui permirent de nommer d'emblée au grade de major de deuxième classe, sous la seule réserve qu'ils fussent pourvus du grade d'aide-major de deuxième classe, les médecins et pharmaciens occupant, soit dans l'université, soit dans les hôpitaux, des situations déterminées.

Aujourd'hui, le cadre des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale est assez solidement constitué pour que l'on puisse revenir aux règles du droit commun, tout en facilitant l'avancement rapide des médecins et des pharmaciens, appartenant au corps enseignant ou aux hôpitaux, par l'application, aussi large que possible, de mesures spéciales, mais très justifiées.

Telle est, monsieur le Président, l'objet du décret que j'ai l'honneur de soumettre à votre approbation,

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de la Guerre,

C. DE FREYCINET.

II

DÉCRET

Le Président de la République française,

Vu la loi du 14 avril 1832 sur l'avancement dans l'armée;

Vu les lois du 15 juillet 1889, sur le recrutement de l'armée et du 24 juillet 1873 sur l'organisation de l'armée;

Vu la loi du 13 mars 1875, relative à la constitution des cadres et des effectifs de l'armée;

Vu le décret du 31 août 1888, portant règlement sur l'état des officiers de réserve et de l'armée territoriale;

Vu les lois du 16 mars 1882 et du 1er juillet 1889 sur l'administration de l'armée;

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale peuvent obtenir de l'avancement dans les conditions ci-après indiquées.

Toutefois, en temps de paix, ils ne peuvent parvenir à un grade supérieur à celui de major de deuxième classe dans la réserve, et de principal de deuxième classe dans l'armée territoriale.

L'avancement a lieu sur l'ensemble des médecins et des pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, dans chaque hiérarchie respective.

ART. 2. — L'avancement à tous les grades de la hiérarchie est donné exclusivement au choix.

Les propositions pour l'avancement sont établies soit au moment où les officiers quittent l'armée active, par retraite ou démission, soit à la suite d'une période d'instruction ou à l'occasion de l'inspection générale.

ART. 3. — Nul ne pourra, en temps de paix, être proposé pour le grade de médecin-major de deuxième classe, s'il n'a subi avec succès un examen spécial portant sur des connaissances militaires et administratives, dont le programme est fixé par le ministre de la guerre.

Cet examen est indépendant de celui qui est exigé pour être nommé médecin auxiliaire ou aide-major de deuxième classe de réserve et de l'armée territoriale.

ART. 4. — Les propositions sont arrêtées chaque année à la suite de l'inspection générale, de concert entre le général commandant le corps d'armée auquel est affecté le candidat, et l'inspecteur général du service de santé.

Les candidats maintenus sont classés par ordre de mérite sur une liste dressée par grade, pour chaque profession.

Les listes régionales ainsi établies sont adressées au ministre, qui fixe le nombre de candidats à prendre en tête de chacune d'elles; ces listes réduites sont fusionnées par profession et par grade et une liste unique établie par ordre d'ancienneté qui constitue le tableau définitif d'avancement.

Les candidats inscrits au tableau d'avancement sont nommés au fur et à mesure des vacances.

Ils ne peuvent être rayés du tableau d'avancement que dans les mêmes conditions que les officiers de l'armée active.

ART. 5. — Les médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale ne peuvent être proposés pour l'avancement que s'ils réunissent les conditions d'ancienneté absolue, exigées par la loi du 14 avril 1832.

ART. 6. — Les médecins et pharmaciens de réserve ne sont nommés au grade supérieur qu'après tous les officiers du corps de santé de l'armée active de leur catégorie respective, ayant une ancienneté égale ou supérieure à la leur.

ART. 7. — L'ancienneté de grade des officiers du corps de santé de réserve et de l'armée territoriale est déterminée par la date du décret de nomination à ce grade, soit dans l'armée active, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale.

Le temps passé dans leurs foyers par les médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale compte pour l'ancienneté de grade, déduction faite des interruptions de service par suite de mise hors cadres, de suspension d'emploi ou de démission.

ART. 8. — Les médecins de réserve et de l'armée territoriale devront, avant d'être proposés pour l'avancement, avoir accompli au moins une période d'instruction dans leur dernier grade.

ART. 9. — Pourront être inscrits d'office au tableau d'avancement, successivement pour les grades d'aide-major de première classe, de major de deuxième classe dans la réserve ou dans

l'armée territoriale et de major de première classe dans l'armée territoriale, sous les réserves des articles 3, 5 et 8, les médecins et pharmaciens appartenant à une des catégories ci-après : médecins professeurs titulaires dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de l'État; pharmaciens professeurs titulaires dans les écoles supérieures de pharmacie et dans les Facultés mixtes.

Art. 10. — Pourront être inscrits d'office au tableau d'avancement, successivement pour les grades d'aide-major de première classe et de major de deuxième classe, sous les réserves des articles 3, 5 et 8 : les médecins et pharmaciens professeurs agrégés dans les Facultés de l'État; les pharmaciens dans les écoles de plein exercice ou préparatoires de médecine ou de pharmacie; les pharmaciens professeurs agrégés des écoles supérieures de pharmacie et des Facultés mixtes, ainsi que les médecins et pharmaciens qui sont médecins, chirurgiens, accoucheurs ou pharmaciens des hôpitaux dans les villes de Facultés où ces emplois sont donnés au concours.

Art. 11. — Pourront être inscrits d'office au tableau d'avancement pour le grade d'aide-major de première classe, sous les réserves des articles 5 et 8 : les médecins et pharmaciens professeurs suppléants dans les écoles de plein exercice ou préparatoires de médecine et de pharmacie; les chefs de clinique, les prosecteurs des Facultés de l'État ou desdites écoles de médecine, nommés au concours; les médecins et pharmaciens qui sont médecins, chirurgiens, accoucheurs ou pharmaciens d'hôpitaux dans les villes autres que celles de Facultés, où ces emplois sont donnés au concours, ainsi que les anciens internes des hôpitaux des villes qui possèdent une Faculté ou Faculté mixte de l'État.

Art. 12. — Les médecins et pharmaciens spécifiés aux articles 9, 10 et 11, ne peuvent être promus au grade supérieur dans la réserve qu'après les officiers des corps de l'armée active, d'une ancienneté égale ou supérieure à la leur, promus au tour du choix.

Art. 13. — A grade égal, les médecins et pharmaciens de l'armée active auront dans leur hiérarchie propre le commandement sur ceux de réserve et de l'armée territoriale.

Toutefois, ceux de ces derniers qui ont servi dans l'armée active conservent les droits que leur conférait leur rang d'ancienneté au moment où ils ont quitté l'armée.

Les médecins et pharmaciens, servant dans la réserve ou l'armée territoriale avec le grade dont ils étaient pourvus dans l'armée active, auront le commandement sur les autres officiers du corps de santé militaire de réserve et de l'armée territoriale de leur hiérarchie ayant le même grade.

Art. 14. — En temps de guerre, les officiers du corps de santé de réserve et de l'armée territoriale peuvent obtenir de l'avancement au choix dans les mêmes conditions que les médecins et pharmaciens de l'armée active, sans que les grades ainsi obtenus leur créent des droits à être maintenus dans ladite armée.

Art. 15. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions des décrets et règlements contraires au présent décret, et notamment celles des décrets des 10 janvier 1884, 2 mai et 26 août 1887.

Art. 16. — Le ministre de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 19 décembre 1889.

Carnot.

Par le Président de la République :

Le ministre de la Guerre,

C. de Freycinet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La dernière question donnée à l'internat, le samedi 28 décembre, était : « Des appareils plâtrés. »

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1889-1890 sera ouvert le mercredi 8 janvier 1889. Il sera clos le samedi 25 janvier à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat : les mercredi 8, jeudi 9, vendredi 10, samedi 11, mercredi 15 et jeudi 16 janvier ;

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les vendredi 17, samedi 18, mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24 et samedi 25 janvier.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés ; l'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et approuvés par le conseil de la Faculté.

La quatorzième inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie).

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du jeudi 16 janvier.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes ou externes des hôpitaux, devront joindre, à leur feuille d'inscriptions, un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 1er trimestre 1889-1890. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1890, entièrement refondu, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du médecin praticien,* par M. le docteur Constantin Paul, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, membre de l'Académie de médecine. — 2° *Mémorial obstétrical,* par M. le professeur Pajot. — 3° *Formulaire magistral,* par M. Delpech, pharmacien de première classe, membre des Sociétés de Pharmacie et de Thérapeutique. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger,* par M. le docteur de Valcourt. — Plus, un calendrier à deux jours par page, la liste des docteurs médecins, officiers de santé, pharmaciens et vétérinaires du département de la Seine ; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris ; les médecins des eaux minérales, les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France ; les Écoles de médecine militaire et navale, avec le nom de MM. les professeurs ; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales ; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 670 pages, dont 190 de calendrier.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 fr. — Divisé en cinq cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50 ; — n° 2, l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75 ; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr. ; — n° 4, en maroquin, 7 fr. ; — n° 5, avec fermoir en maillechort, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

TABLE DES MATIÈRES

1889

A

B

C

D

E

I

J

K

L

M

Q

R

S

T

U

V

X

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1889

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE